

УДК 617-089; 615

С. Э. Ладин, К. Н. Мовчан, Т. В. Яковенко, Т. В. Алексеев, А. И. Могила, Т. И. Оболенская, Л. Г. Макалатия

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ С УЧЕТОМ ОЦЕНКИ ИХ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Реабилитация представляет собой систему медицинских, социально-экономических, профессионально-трудовых и некоторых других мероприятий, которые направлены на профилактику развития патологических процессов, приводящих к утрате трудоспособности, а также раннее возвращение больных и инвалидов к общественно полезному труду [1]. Как известно, продолженный характер воспаления брюшины завершается фибропластическими процессами разной степени выраженности, что приводит к временной или стойкой утрате трудоспособности пациентов и их инвалидизации. В связи с этим проведение реабилитационных мероприятий и констатация «выздоровления» больного, перенесшего оперативное лечение по поводу послеоперационного перитонита, без данных о качестве его жизни чаще всего должны считаться условными [2–4]. Традиционный принцип оценки результатов лечения больных этой категории по таким показателям, как осложнения и смертность, не предусматривает оценку субъективного статуса [5, 6], отражающего восприятие пациентом степени собственного благополучия и качества жизни. Выделение субъективных ощущений больного в качестве ключевого показателя в определении эффективности проводимого лечения привело к разработке понятия «качество жизни» (КЖ) и различных опросников для оценки последнего [7–9].

Целью работы послужило изучение КЖ больных, перенесших хирургические вмешательства по поводу послеоперационного перитонита, в отдаленные сроки после выписки из стационара.

Материалы и методы исследования. Проанализированы сведения о КЖ 127 больных послеоперационным перитонитом, проходивших реабилитационное лечение в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Ленинградской и Орловской областей в период 2001–2006 гг. Оценку КЖ осуществляли согласно Европейскому опроснику качества жизни (EuroQol) [3, 8]. Она проводится многими исследователями по визуальной шкале для общей интерпретации данных, связанных со здоровьем людей, и отражает профиль здоровья [6, 7].

Наилучшее состояние здоровья, какое только может представить для себя испытуемый, соответствовало отметке 100, а наихудшее — отметке 0. При тестировании оценивались пять параметров здоровья: подвижность, самообслуживание, активность в повседневной жизни, боль и настроение. Из цифровых показателей количественного выражения профиля здоровья определялось среднее значение, являющееся на момент оценки показателем КЖ для конкретного пациента. Оценка КЖ исследуемых пациентов

© С. Э. Ладин, К. Н. Мовчан, Т. В. Яковенко и др., 2009

в баллах осуществлялась два раза в год. Результаты этой оценки суммировались и сравнивались по выбранным группам больных. На основании полученных данных оценивалось качество реабилитационного лечения.

Результаты и их обсуждение. Причиной послеоперационного перитонита у 33 больных констатирован острый панкреатит. В 22 случаях первичные операции проводились по поводу острого аппендицита. У 36 больных послеоперационный перитонит был обусловлен деструктивным гангренозным холециститом. В 14 клинических наблюдениях причиной продолженного характера воспаления брюшины были заболевания, сопровождающиеся перфорацией полого органа (10 пациентов с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, 4 случая — перфорация опухоли толстой кишки на фоне острой обтурационной кишечной непроходимости). У одного больного послеоперационный перитонит был следствием несостоятельности желудочно-кишечного анастомоза после операций, выполненных по поводу кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки. В 20 наблюдениях послеоперационный перитонит обуславливался редкими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости (мезентериальный тромбоз, дивертикул Меккеля и др.).

Наибольшее число повторных хирургических вмешательств (в 113 клинических наблюдениях) выполнено в течение 3–11 суток после проведения первичной операции. Такая разница во времени проведения релапаротомии объяснялась, очевидно, сложностями в организации лечебно-диагностического процесса при верификации послеоперационного перитонита, особенно в первые 4 суток его течения.

После выписки из стационара среди 127 оперированных больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу послеоперационного перитонита, жалобы на слабость предъявляли 106 (83,5 %) пациентов, на умеренные боли в животе — 71 (55,9 %) пациент. У 54 (42,5 %) больных констатировались диспепсические расстройства, в 42 (33,1 %) случаях — неустойчивый стул.

Из 127 больных, оперированных по поводу острого перитонита, 73 человека (57,5 %) выписаны на амбулаторное лечение с незажившими ранами передней и боковой брюшной стенок. У 12 (9,4 %) пациентов кроме ран сохранялись дуоденальные и панкреатические, у 8 (6,3 %) — толстокишечные, у 9 (7,1 %) человек — тонкокишечные свищи.

Сразу после выписки из стационара к врачам поликлиники обратились 115 больных этой категории. В постороннем уходе нуждались 5 человек (4,3 %), были способны лишь к самообслуживанию — 40 (31,5 %), могли выполнять легкую работу на дому — 35 пациентов (27,5 %), к легкому труду приступить оказались способны 35 человек (27,5 %).

В необходимости продолженного долечивания с использованием хирургических технологий из 127 пациентов нуждались 73 человека (57,5 %), а консервативными методами — 54 больных (42,5 %).

Консультации гастроэнтерологом прошли 13 (10,2 %) из 127 больных.

Специализации врачей, проводивших долечивание оперированных больных послеоперационным перитонитом сразу после выписки из хирургического стационара, представлены в табл. 1.

В течение 2 месяцев на постстационарном этапе реабилитации из 127 больных, оперированных по поводу послеоперационного перитонита, в 58 случаях (45,7 %) развился ряд патологических состояний. Наиболее часто верифицировались послеоперационные вентральные грыжи (28 человек — 22 %), псевдокисты поджелудочной железы (10 наблюдений — 7,9 %), лигатурные свищи (6 случаев — 4,7 %), спаечная кишечная

Таблица 1

Специализация врачей, проводивших долечивание оперированных больных послеоперационным перитонитом сразу после выписки из хирургического стационара

Специализация врача, условия реабилитации оперированных больных послеоперационным перитонитом	Число наблюдений, абс. (%)
Продолжили долечивание амбулаторно у хирурга поликлиники по поводу различных патологических состояний	41 (32,3)
Находились под наблюдением хирурга поликлиники в течение срока временной нетрудоспособности	18 (14,2)
Предпочитали наблюдаться и долечиваться у бывшего лечащего врача хирургического стационара	32 (25,2)
Находились на реабилитационном лечении в поликлинике у терапевта	24 (19)
Нигде не наблюдались	12 (9,4)
Всего	127 (100)

непроходимость — 9 пациентов. В этот период из 127 больных повторные хирургические вмешательства по поводу осложнений заболевания выполнены 30 больным (23,6 %): в 11 случаях проведено устранение послеоперационной вентральной грыжи; в 3,9 % наблюдений — закрытие кишечных свищей (5 человек); у 2 человек — фистулоэнтеростомия; в 3 наблюдениях выполнено дренирование сальниковой сумки (псевдокисты поджелудочной железы) и у 3 пациентов — устранение спаечной кишечной непроходимости.

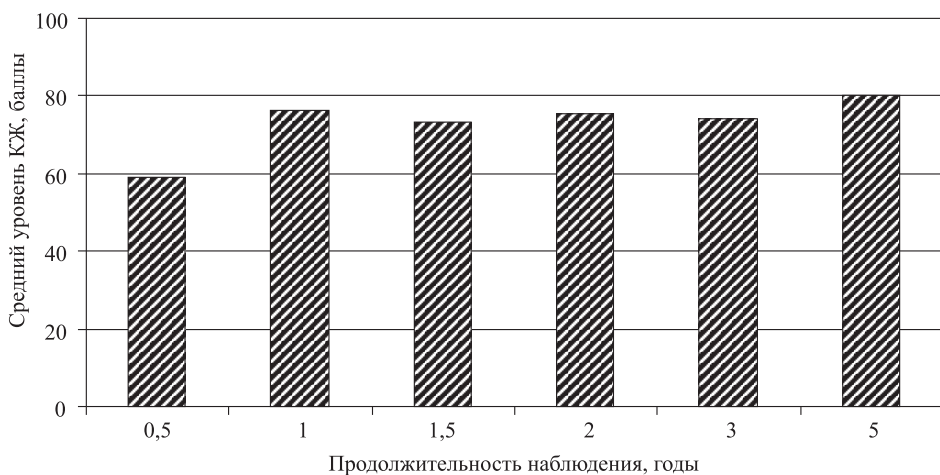
На постстационарном этапе реабилитации средний срок временной нетрудоспособности у 74 из 127 больных, перенесших релапаротомии по поводу послеоперационного перитонита и работавших до начала заболевания, составил 2,5 месяца.

Характер и частота лечения, проводимого больным послеоперационным перитонитом на постстационарном этапе реабилитации, показаны в табл. 2.

Таблица 2

Характер и частота лечения, проводимого больным послеоперационным перитонитом после релапаротомии на постстационарном этапе реабилитации

Характер и частота лечения	Количество наблюдений, абс. (%)
Амбулаторное лечение • в течение первого года • впоследствии ежегодно	29 (22,8) 8 (6,3)
Стационарное лечение • в течение первого года • в последующие годы – однократно – ежегодно	17 (13,4) 28 (22) 17 (13,4)
Реабилитационное лечение в условиях дневного стационара поликлиники	39 (30,7)
Лечение на койках дневного пребывания хирургического стационара	4 (3,1)
Лечение в стационаре на дому	5 (3,9)
Санаторное лечение в течение первого года	11 (8,7)
Всего	127 (100)



Динамика показателей среднего уровня качества жизни на постстационарном этапе реабилитации больных, перенесших релапаротомию по поводу послеоперационного перитонита

Инвалидами II группы из 127 пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу послеоперационного перитонита, признаны 15 человек (11,8 %), III группы — 19 больных (15 %). В течение 2 лет постстационарного этапа реабилитации в 4 случаях у этих больных II группа инвалидности переоформлена на III группу. В 12 наблюдениях в связи с восстановлением трудоспособности III группа инвалидности через год была снята.

При наблюдении в отдаленные сроки после операции умерли 5 больных (9,3 %). Причиной случаев летальных исходов оказались онкозаболевания (у 3 больных) и сердечно-сосудистая недостаточность (2 пациента).

Средние показатели уровня КЖ у 127 больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу послеоперационного перитонита, представлены на рисунке.

В течение 5 лет только 7 (5,5 %) пациентов из 127 с послеоперационным перитонитом, перенесших релапаротомию, на постстационарном этапе не обращались за медицинской помощью. В 58 (45,7 %) случаях у наблюдаемых пациентов развились различные осложнения заболевания, что в 30 случаях (23,6 %) обусловило выполнение повторных оперативных вмешательств. Во всех 127 клинических наблюдениях средний уровень КЖ больных в течение 5 лет не превышал 80 баллов. Первичный выход на инвалидность состоялся в 34 (27 %) из 127 случаев.

Постстационарное реабилитационное лечение больных послеоперационным перитонитом, перенесших оперативные вмешательства, было направлено в основном на заживление ран, свищей, коррекцию осложнений заболевания. Диспансерного наблюдения, а также лечения, направленного на коррекцию дефицита массы тела, восстановления резистентности организма и профилактики рецидива заболеваний пациентам этой категории не проводилось.

Таким образом, почти все больные, перенесшие хирургическое лечение по поводу послеоперационного перитонита, после выписки из стационара нуждаются в продолжении реабилитационных мероприятий на амбулаторно-поликлиническом этапе. Однако, как

показывает практика, так называемые традиционные методы реабилитации проводятся формально. О недостаточной эффективности реабилитационных мероприятий на пост-стационарном этапе свидетельствует сохраняющийся низкий средний уровень качества жизни больных этой категории.

Литература

1. Восстановительное лечение больных после операций на органах пищеварения: Руководство для врачей / Под ред. А. Ю. Барановского. СПб.: Фолиант, 2002. 576 с.
2. Клячкин Л. М., Щегольков А. М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2000. 328 с.
3. Белова А. Н., Щепетова О. Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М.: Антидор, 2002. 440 с.
4. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир, 2002. 320 с.
5. Рутгайзер Я. М., Михайлов А. Г. Возможности оценки качества жизни больных в гастроэнтерологической практике // Клинич. медицина. 1999. Т. 77. № 3. С. 35–38.
6. Бойко Ю. П. Профилактика психосоматических расстройств и ятрогений // Мед. сестра. 2001. № 2. С. 19–20.
7. Евдокимов Е. И., Зайцев Д. В., Федотов А. Н. Научно-методологические проблемы оценки качества жизни // Вестн. психотер. 2008. № 27. С. 102–131.
8. Polsky D. e. a. A comparison of scoring weights for the «EuroQol» derived from patients and the general public // Health Economics. 2001. Vol. 6. P. 27–37.
9. Sohn T. A. e. a. Quality of life and long-term survival after surgery for chronic pancreatitis // J. Gastro-intest. Surg. 1997. Vol. 4. P. 355–365.

Статья принята к печати 18 июня 2009 г.