

УДК 616.346.2-002-089

© О. В. ІВАНЬКО, Р. А. КАЛИНА

ПВНЗ "Київський медичний університет УАНМ"

Порівняльна оцінка якості життя хворих після відкритої та лапароскопічної апендектомії

O. V. IVANKO, R. A. KALYNA

PHEI "Kyiv Medical University of UAPM"

COMPARATIVE ESTIMATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER OPEN AND LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY

У статті проведено порівняння якості життя хворих, яких було прооперовано з приводу гострого апендициту за допомогою лапароскопії чи відкритої операції. Для цього досліджено показники якості життя хворих на гострий апендицит, яких прооперовано лапароскопічно (I група – 82 пацієнти) та відкритим способом (II група – 183 пацієнти). Показники якості життя визначали за допомогою опитувальника SF-36. Встановлено, що як одразу, так і у віддаленому післяопераційному періоді показники якості життя у хворих, яких прооперовано лапароскопічно, вищі.

The article compares the quality of life of patients who were operated on an acute appendicitis using laparoscopy or open surgery. There was investigated the quality of life of patients with acute appendicitis who were operated laparoscopically (I group – 82 patients) and using open method (II group – 183 patients). Quality of life was determined by using SF-36. There was established that quality of life in patients who were operated laparoscopically is higher in early and late postoperative period.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Гострий апендицит – найбільш розповсюджена гостра хірургічна патологія живота. Захворюваність на гострий апендицит у світі коливається в межах 4–6 [1]. Серед усіх невідкладних втручань, які виконуються на органах черевної порожнини, апендектомії складають 20–50 % [2]. Велика кількість сучасних високотехнологічних способів діагностики гострого апендициту не зменшує кількості помилок, які трапляються досить часто та складають від 3 до 15 % у стаціонарах, а на догоспітальному етапі обстеження сягають 70 % [1, 3]. В середньому кількість тактичних та діагностичних помилок складає 12–31 % [1]. Швидкий розвиток деструктивних змін в червоподібному відростку зумовлює необхідність своєчасної діагностики та екстреної операції в максимально ранні строки від початку захворювання [4]. За даними більшості дослідників, гіпердіагностика гострого апендициту призводить до невиправданого видалення незміненого червоподібного відростка при відкритій апендектомії в 100 % випадків [5]. При цьому загальновідомо [4], що класична апендектомія має недоліки, до яких відносять травматичність доступу, неможливість повноцінної ревізії та санації черевної порожнини, ризик розвитку спайкового процесу із залученням мат-

кових труб у жінок з наступним безпліддям, інфікування післяопераційної рани з високою вірогідністю утворення післяопераційних гриж, відносно тривалий період непрацездатності.

За останнє десятиріччя все частіше застосовуються лапароскопічні методики апендектомії [6]. Використання лапароскопії дозволяє найбільш достовірно діагностувати гострий апендицит та провести мінімально травматичне високоефективне безпечне хірургічне втручання.

Якість життя – інтегральна характеристика фізіологічного, психологічного, емоційного та соціального функціонування людини, яка оснований на його суб'єктивному сприйнятті [7]. Якість життя відносять до оцінок, які дані самим пацієнтом. У хірургії використання оцінок, які дані самим пацієнтом, сумісно з визначенням традиційних клінічних показників дозволяє отримати важливу додаткову інформацію про пацієнта і більш повно оцінити результати операції.

При порівнянні ефективності відкритої та лапароскопічної апендектомії важливе значення має оцінка показників якості життя в ранньому післяопераційному періоді.

Проведення дослідження, яке включає оцінку якості життя, дозволить дати комплексну оцінку ре-

зультатів хірургічного лікування і провести порівняльний аналіз ефективності відкритої та лапароскопічної апендектомії.

Мета роботи: поліпшення якості лікування хворих на гострий апендицит шляхом проведення порівняльної оцінки ефективності відкритої та лапароскопічної апендектомії, яку виконували з використанням показників якості життя в ранньому та пізньому післяопераційному періоді.

Матеріали і методи. За період з 2007 до 2012 року нами прооперовано 82 хворих із гострим апендицитом лапароскопічно (перша – основна група) та 183 відкритим способом (друга – контрольна група). Чоловіків було 33 в основній та 69 у контрольній групі, жінок – 49 та 113 відповідно. Середній вік пацієнтів в основній групі склав 41,3 року та контрольній – 44,6 року. Середня тривалість захворювання на час надходження хворого в I групі склала – 1,4 доби, в II – 1,9 доби. Для підтвердження діагнозу перед операцією використовували стандартне фізикальне, лабораторне та інструментальне обстеження.

Оцінку якості життя проводили з використанням загального опитувальника якості життя SF-36 [7]. Опитувальник широко використовується як у здорових, так і у хворих із різною патологією. Він дозволяє оцінити динаміку відновлення фізичного, психологічного та соціального функціонування хворих після хірургічного втручання. Даний тест складається з 36 питань, які формують 8 шкал:

1. Фізичне функціонування (Physical Functioning – PF), яке відображає ступінь, в якому фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення вантажу і т. ін.). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що фізична активність пацієнта значно обмежується станом його здоров'я.

2. Рольове функціонування, яке зумовлено фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP) – вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність (роботу, виконання повсякденних обов'язків). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта.

3. Інтенсивність болю (Bodily pain – BP) – показник відображає інтенсивність та вплив болю на здатність займатися повсякденною діяльністю, в тому числі вдома та за межами дому. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта.

4. Загальний стан здоров'я (General Health – GH) – оцінка хворим свого стану здоров'я в теперішній момент і перспектив лікування. Чим нижчий бал за цією шкалою, тим нижча оцінка стану здоров'я.

5. Життєва активність (Vitality – VT) має на увазі відчуття себе повним сил та енергії або, навпаки, знесиленим. Низькі бали свідчать про втому пацієнта, зниження життєвої активності.

6. Соціальне функціонування (Social Functioning – SF) визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування). Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування в зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану.

7. Рольове функціонування, яке зумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE), передбачає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (в тому числі збільшену витрату часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості і т. ін.). Низькі показники за цією шкалою інтерпретуються як обмеження у виконанні повсякденної роботи, зумовлені погіршенням емоційного стану.

8. Психічне здоров'я (Mental Health – MH) характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічні негаразди.

Чим вищий бал за шкалою опитувальника SF-36, тим кращі показники якості життя. Опитування хворих проводили через 1 місяць, 3 місяці та 6 місяців. Анкету розсилали хворим електронною поштою, що оптимізувало проведення дослідження і виключало можливість впливу експерта на вибір пацієнтом відповіді на запитання.

Статистичний аналіз включав дані описової статистики та оцінку достовірності відмінностей. Отримані дані перевіряли, обробляли та аналізували за допомогою комп'ютерної програми.

Результати досліджень та їх обговорення. Із 82 хворих першої групи у 14 був катаральний апендицит, у 58 – флегмонозний, у 8 – гангренозний. В 4-х випадках гангренозного та в 1 флегмонозного апендициту була виконана конверсія. В II групі катаральний апендицит був у 47 хворих, флегмонозний – у 118 пацієнтів, гангренозний – у 17 хворих. Необхідно відмітити, що із 47 хворих на катаральний апендицит II групи у 11 зміни в червоподібному відростку мали вторинний характер та були зумовлені розривом кісти правого яєчника (крім апендектомії, проводили видалення кісти). Операційний доступ в I групі у всіх пацієнтів здійснювався шляхом введення трьох троакарів у стандартних точках, в II групі у 178 хворих – розрізом за Мак-Бурнеєм, у 4 – лапаротомією. При обробці кукси червоподібного відростка в I групі використовували

ли лігатурний метод, в II – додатково занурювали куксу в кисетний та Z-подібний шви. Показанням до дренивання черевної порожнини як в I, так і в II групі були наявність перитоніту, гангренозного червоподібного відростка, гнійного випоту. Середня тривалість операції в I групі склала 51,2 хв, в II групі – 49,2 хв. У післяопераційному періоді обидві групи пацієнтів отримували стандартну антибактеріальну терапію, анальгетики, за показаннями – антикоагулянти.

Больовий синдром за ходом післяопераційних ран спостерігався у пацієнтів I групи протягом 1,2 доби, II групи – 4,3 доби. Інтенсивність больового

синдрому виявилась значно нижчою в пацієнтів, яким була виконана лапароскопічна апендектомія. Відмінність інтенсивності болю між групами була статистично достовірною. Отримані дані свідчать про меншу травматичність лапароскопічної апендектомії порівняно з відкритою.

Показники якості життя в динаміці післяопераційного періоду хворих із гострим апендицитом представлені на рисунках 1 та 2.

Як ми бачимо на рисунку 2, через 3 місяці після відкритої апендектомії показники якості життя покращились за всіма шкалами опитувальника SF-36 порівняно з відповідними показниками через 1

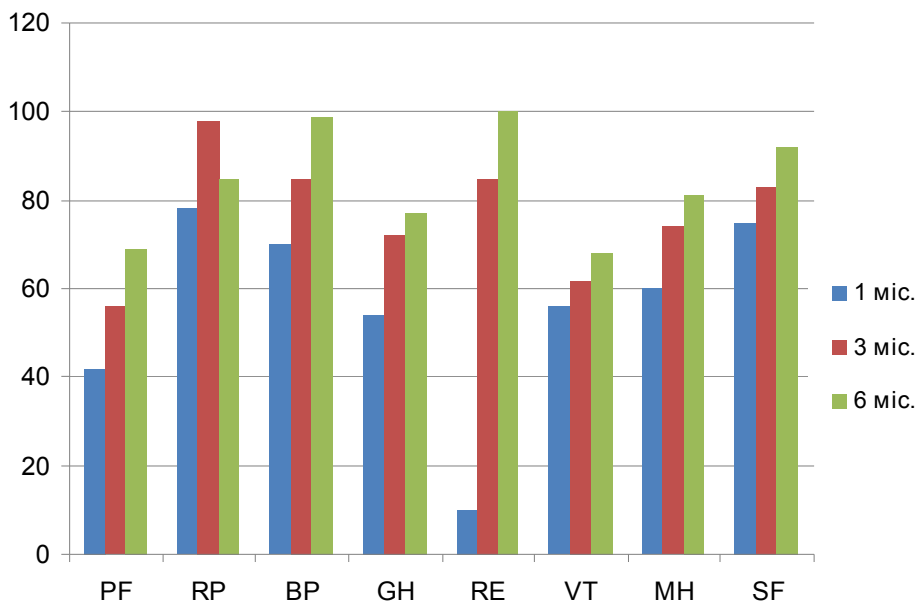


Рис. 1. Показники якості життя хворих через 1, 3 та 6 місяців після лапароскопічної апендектомії (n=183).

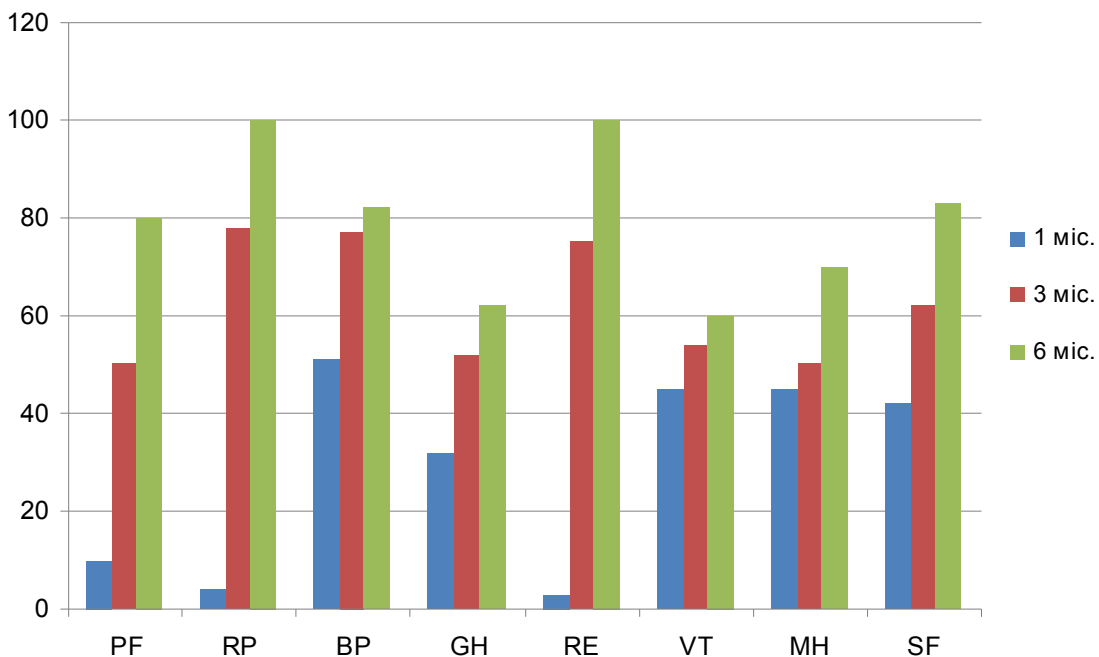


Рис. 2. Показники якості життя хворих через 1, 3 та 6 місяців після відкритої апендектомії (n=82).

місяць після операції. Така ж тенденція відмічалась і через 6 місяців. Однак при порівняльному аналізі показників якості життя в I та II групах через 1, 3 та 6 місяців встановлено, що в I групі вони значно вищі. Статистично значущі відмінності виявлені за всіма шкалами ($p < 0,05$). Отримані дані свідчать про те, що відновлення показників якості життя відбувається швидше в I групі, ніж у II. Іншими показниками мінімальної травматичності лапароскопічної апендектомії є більш рання активізація хворих, коротші післяопераційний та реабілітаційний періоди. Так, хворі після відкритої апендектомії самостійно почали пересуватися через $(15,4 \pm 2,7)$ год, а після лапароскопічної апендектомії – через $(5,2 \pm 1,8)$ год. Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі в I групі склала – 2,5 доби, в II групі – 5,1 доби.

В зв'язку з тим, що інтенсивність больового синдрому після лапароскопічної апендектомії була нижчою в основній групі, потреба пацієнтів в

анальгетиках для досягнення адекватного знеболювання в ранньому післяопераційному періоді була нижчою, що також вказує на перевагу лапароскопічної апендектомії.

Висновки. Вивчення динаміки показників якості життя у пацієнтів із гострим апендицитом, які перенесли лапароскопічну і відкриту апендектомію, дозволило виявити достовірні переваги лапароскопічної операції:

1. Показники інтенсивності болю у хворих після лапароскопічної апендектомії значно нижчі, ніж у хворих, яким було виконано відкриту апендектомію.

2. В динаміці післяопераційного періоду показники якості життя у хворих після лапароскопічної апендектомії вищі, ніж після відкритої операції.

3. Після лапароскопічної апендектомії відбувається більш рання активізація хворих і швидше відновлюється працездатність.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Качество жизни больных после лапароскопической апендектомии / Ю. М. Стойко, А. А. Новик, А. Л. Левчук [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – № 1. – С. 3–7.
2. Современные подходы к диагностике и лечению острого аппендицита / В. Д. Левитский, А. А. Гуляев, П. А. Ярцев, М. Л. Рогаль // Эндоскопическая хирургия. – 2011. – № 1. – С. 55–61.
3. Ротков И. Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците / И. Л. Ротков. – М. : Медицина, 1998. – 208 с.
4. Орехов Г. И. Место эндовидеохирургической технологии в лечении больных острым аппендицитом / Г. И. Орехов // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – № 3. – С. 35–38.
5. Саданов В. С. Миниинвазивные технологии в диагностике и оперативном лечении больных острым аппендицитом / В. С. Саданов, И. В. Шмарина // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – № 1. – С. 9–14.
6. Brugger L. Improving outcomes after laparoscopic appendectomy: a population-based, 12-year trend analysis of 7446 patients / L. Brugger, L. Rosella, D. Candinias, U. Guller // Ann Surg. – 2011. – Vol. 253, № 2. – P. 309–313.
7. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М. : Олма медиа групп, 2007. – 320 с.

Отримано 22.08.12