УДК 616.441-001-089.15-089.168.1-152-036.8 (045)

ВЛИЯНИЕ ВЫБРАННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРАВМЕ СЕЛЕЗЕНКИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОПЕРИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

В. В. Масляков

ГОУ ВПО «Саратовский государственный военно-медицинский институт», г. Саратов, maslyakov@inbox.ru

Проведено изучение показателей, характеризующих качество жизни, у 137 пациентов, перенесших операции на селезенке в связи с ее повреждением в сроки от 1 года до 15 лет: у 57 человек — после спленэктомии, у 30 больных — после органосохраняющих операций (ОСО), а также у 50 пациентов после спленэктомии с аутолиентрансплантацией. Установлено, что выполнение органосохраняющих операций не приводит к снижению качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде, к снижению качества жизни приводит спленэктомия.

Ключевые слова: селезенка, качество жизни, органосохраняющие операции, аутолиентрансплантация, спленэктомия.

INFLUENCE OF THE CHOSEN OPERATION AT THE LIEN TRAUMA ON QUALITY OF THE LIFE IN THE REMOTE POSTOPERATIVE PERIOD

V. V. Maslyakov

The Saratov state military-medical institute, Saratov

Transferred operations on a spleen in connection with its damage studying of the indicators characterising quality of a life at 137 patients is spent to terms from 1 year till 15 years: at 57 persons after splenectomy, at 30 patients after organ saving operations, and also 50 patients after splenectomy with a autolientrasplantation. It is established that performance organ saving operations does not lead to decrease in quality of a life in the remote postoperative period. In decrease in quality of a life results splenectomy.

Keywords: a spleen, quality of a life, organ saving operations, autolientrasplantation, splenectomy.

Введение

Травматические повреждения селезенки занимают одно из ведущих мест в абдоминальной хирургии. Наиболее частой операцией, выполняемой при повреждениях этого органа, остается спленэктомия. Привлекательность этой операции заключается в технической простоте и минимальном количестве явных непосредственных осложнений [1]. Доказано, что селезенке при-

надлежит ряд важных функций, основные из которых — участие в кроветворении и иммунном статусе организма. Известно, что селезенке принадлежит важная роль в системе гемостаза, и удаление селезенки грозит развитием грозных осложнений. При этом некоторые из них могут привести к гибели пациента. Особенно опасно развитие постпленэктомического сепсиса, получившего название OPSI-синдрома [6]. Кроме того, у пациентов после спленэктомии наблюдается развитие повышенной утомляемости, эмоциональной лабильности и снижение интеллектуальных способностей [3, 4]. С целью предотвращения этих осложнений в настоящее время предложены различные органосохраняющие операции, а при невозможности их применения — аутолиентрансплантация. При изучении у пациентов после различных операций на поврежденной селезенке отдаленного послеоперационного периода установлено, что лучшие результаты получены после органосохраняющих операций, несколько хуже — после аутолиентрансплантации, самые плохие — у пациентов, которым была выполнена спленэктомия [5]. Вместе с тем качество жизни пациентов после различных операций на селезенке остается малоизученным.

Цель исследования

Взучить качество жизни пациентов после различных операций, выполненных по поводу травмы селезенки, в отдаленном послеоперационном периоде.

Качество жизни (КЖ) — интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, которое является важным и в ряде случаев основным критерием, определяющим эффективность лечения во многих клинических исследованиях [2].

Материалы и методы

Качество жизни изучено у 137 пациентов, перенесших операции на селезенке в связи с ее повреждением в сроки от 1 года до 15 лет: у 57 человек — после спленэктомии, у 30 больных — после органосохраняющих операций (ОСО), а также у 50 пациентов после спленэктомии с аутолиентрансплантацией. Из общего количества обследованных 67 (49%) человек имели в анамнезе изолированные травмы селезенки, 70 (51%) обследованных оперированы по поводу сочетанных повреждений. Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в табл. 1.

Для сравнения нами изучено качество жизни 20 относительно здоровых добровольцев.

Таблица 1

Пол и возраст пациентов, оперированных по поводу травмы селезенки

Возраст больных	Мужчины	Женщины
До 20 лет	16	5
21-30 лет	41	8
31-40 лет	40	10
41-50 лет	8	2
Старше 50 лет	7	-
Всего:	112	25

Все исследования проводились в амбулаторных условиях с согласия пациентов.

КЖ изучали с помощью русской версии опросника «The MOS 36-item Short-Form Hervey». Опросник разработали John E. Ware в Институте здоровья США [6]. Именно этот опросник использован в Международном проекте оценки КЖ, целью которого явились перевод и валидация опросника SF-36 для получения популярных норм КЖ для различных стран. Опросник состоит из 36 вопросов и включает 8 шкал. Ответы на вопросы выражены в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов шкалы соответствует более высокому уровню КЖ.

Шкала ФФ (Physical Functioning — PF) — физического функционирования — определяет возможность выполнения физических нагрузок: минимальной — возможность самообслуживания (способность больного самостоятельно умыться, одеться), максимальной — способность свободного выполнения всех видов физической активности (длительная ходьба, бег, занятия спортом) без ограничения.

Прямой критерий: чем выше показатель, тем большую физическую нагрузку, по мнению респондента, он может выполнить.

Шкала РФФ (Role-Physical — RP) — ролевого физического функционирования — определяет способность к исполнению типичной для специфического возраста, социальной принадлежности определенной деятельности (ходьба на работу, сама работа, ведение домашнего хозяйства).

Низкая физическая роль оценивается при возникновении проблем в работе или любой другой ежедневной привычной нагрузке из-за состояния здоровья. У лиц с высокой физической ролью проблем в выполнении ежедневной работы не возникает.

Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, проблем со здоровьем ограничивает его повседневную деятельность.

Шкала Б (Bodily Pain — BP) — боли — выясняется значение физической боли, которая может ограничивать обычную активность больного. Локализация боли не имеет значения. Во внимание принимается как головная боль, так и зубная боль и боль любой локализации. Шкала боли предполагает возникновение очень сильного или продолжительного болевого синдрома, который не может не сказаться на качественной оценке жизни.

Другой крайний вариант оценки этой шкалы — полное отсутствие боли. Существуют также промежуточные состояния: непродолжительная боль, боль, не препятствующая выполнению привычных действий, боль, мешающая общению с друзьями, и т. д.

Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, болевые ощущения вмешиваются в его повседневную деятельность.

Шкала ОЗ (General Health — GH) — общего здоровья — оценивает субъективное восприятие предшествующего и настоящего здоровья и позволяет определить его перспективы. Наименьшее значение шкалы соответствует либо оценке состояния здоровья как «плохого», либо указывает на возможность того, что состояние здоровья ухудшится. Максимальное значение шкалы соответствует личному убеждению пациента о прекрасном состоянии здоровья.

Прямой критерий: чем выше показатель, тем лучше воспринимает респондент свое здоровье в целом.

Шкала Ж (Vitality — VT) — жизнеспособности — оценивает ощущение внутренней энергии, отсутствие усталости, желание выполнять энергичные действия. Ее значения варьируют от минимального при ощущении утомляемости большую часть времени, чувства снижения работоспособности до максимального при ощущении себя энергичным, жизнеспособным, полным сил в течение большей части времени.

Прямой критерий: чем больше показатель, тем выше респондент оценивает свой жизненный тонус, т. е. больше времени он ощущает себя бодрым и полным сил.

Шкала СФ (Social Functioning — SF) — социального функционирования — отражает способность развиваться, полноценно общаться с родственниками, друзьями, семьей, возможность адекватного профессионального общения. По данной шкале можно определить как максимальное препятствие для нормальной социальной активности, обусловленное физическими или эмоциональными проблемами, так и максимальную социальную эффективность без физических и эмоциональных проблем.

Прямой критерий: чем выше показатель, тем выше респондент оценивает уровень своих социальных связей.

Шкала РЭФ (Role-Emotional — RE) — ролевого эмоционального функционирования — отражает эмоциональный статус больного, влияние эмоций на повседневные занятия, взаимоотношения с окружающими. Оценивается наличие или отсутствие затруднений, связанных с работой и другой привычной активностью в результате возникновения эмоциональных проблем.

Обратный критерий: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, его эмоциональное состояние вмешивается в повседневную деятельность.

Шкала ПЗ (Mental Health — MH) — психологического здоровья — отражает наличие невротизации, склонность к депрессивным состояниям, ощущение счастья, умиротворенности и душевного спокойствия.

Прямой критерий: чем выше показатель, тем лучше настроение респондента, т. е. он больше времени чувствует себя спокойным и умиротворенным.

Полученные данные подвергались статистической обработке на ЭВМ по программе «Medstat». Достоверный уровень различия при использовании критерия Стьюдента-Фишера при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Результаты проведенных исследований КЖ представлены в табл. 2.

Как видно из данных, представленных в табл. 2, показатели КЖ, иллюстрирующие физический компонент здоровья (показатели шкал ФФ, РФФ и ОЗ) независимо от выполненной операции, существенно не отличались от данных, полученных в группе сравнения. Все опрашиваемые хорошо переносили физические нагрузки, как тяжелые, так и умеренные, ни один из пациентов не утратил способности к самообслуживанию (шкала ФФ). Большинство пациентов не испытывали затруднений в профессиональной или повседневной деятельности, поэтому им не пришлось сократить время, затрачиваемое на работу или выполнение домашних дел. Подобные затруднения воз-

Таблица 2

Параметры качества жизни пациентов после различных операций на поврежденной селезенке в отделанном послеоперационном периоде

Параметры КЖ		Результаты в группах			
Компонент здоровья	Шкала	сравнения (n = 20)	после ОСО (n = 30)	после аутолиентрасплантации (n = 50)	после спленэктомии (n = 57)
Физический	ФФ	83,7	83,5	83,6	83,4
	РФФ	70,5	70,3	70,4	70,3
	Б	69,4	69,2	69,3	68,4*
	ОЗ	57,5	57,6	57,4	52,3*
Психологический	Ж	60,1	60,0	58,4*	54,8*
	СФ	71,6	71,4	71,5	61,2*
	РЭФ	70,9	70,7	70,5	68,3*
	ПЗ	61,8	61,7	61,6	54,3*

*Примечание: * — статистически значимые различия ($p < 0,05$)*

никли лишь у 4 (7%) пациентов после спленэктомии (шкала РФФ).

Физическая боль снижала КЖ у 34 (59,6%) пациентов после спленэктомии. Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на головные боли, боли в области сердца. В то же время пациенты после ОСО таких жалоб не предъявляли, а после аутолиентрасплантации такие жалобы выявлены у 9 (18%) пациентов.

Большинство 28 (99,3%) пациентов после ОСО оценивали состояние своего здоровья как отличное или хорошее, лишь 2 (6,6%) как удовлетворительное. Среди пациентов после аутолиентрасплантации отлично или хорошо оценивали свое здоровье 30 (60%). 13 (26%) пациентов оценили свое состояние как удовлетворительное и 7 (23,3%) бывших больных как неудовлетворительное. В группе пациентов после перенесенной спленэктомии 33 (57,8%) человека оценивали состояние своего здоровья как отличное и хорошее. В то же время 24 (42,2%) пациента — как плохое или посредственное.

Итак, наши исследования показывают, что пациенты после ОСО по сравнению с людьми после спленэктомии имели более высокий уровень самооценки своего здоровья и более низкий болевой синдром.

При оценке показателей КЖ, характеризующих психологические компоненты здоровья установлено, что пациенты, которым были выполнены ОСО, характеризовались более высоким уровнем психологического здоровья. Несколько хуже оказались результаты исследования показателей КЖ, характеризующих психологические компоненты здоровья у пациентов после спленэктомии с дополнением аутолиентрансплантаций: так, в этой группе 18 (36%) пациентов предъявляли жалобы на быструю утомляемость, отсутствие чувства внутренней энергии и снижение работоспособности (шкала Ж). Самые плохие результаты исследования показателей КЖ, характеризующих психологические компоненты здоровья, получены у пациентов после спленэктомии. Установлено, что 32 (56%) пациента этой

группы предъявляли жалобы на быструю утомляемость, отсутствие чувства внутренней энергии и снижение работоспособности. 12 (21%) отметили снижение социальной активности (шкала СФ). При изучении характеристик, иллюстрирующих эмоциональную сферу и психологическое здоровье этих пациентов, установлено, что они нарушены у 38 (66,6%) обследованных. У этих пациентов обнаружены склонности к развитию депрессивных состояний (шкалы РЭФ и ПЗ).

Таким образом, проведенные нами исследования КЖ показывают, что у пациентов после спленэктомии, выполненной по поводу травмы селезенки, в отдаленном послеоперационном периоде отмечается снижение параметров качества жизни, характеризующих как физический, так и психологический компоненты. У пациентов после аутолиентрасплантации и ОСО качество жизни не снижается.

Вывод

Применение органосохраняющих операций при травме селезенки позволяет улучшить качество жизни оперированных пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Ан Р. Диагностика и лечение повреждений селезенки в условиях гарнизонного госпиталя/Р. Ан, А. Н. Курицин, О. В. Пинчук и соавт. // Военно-медицинский журнал. — 2002. — №6. — С. 40-43.

2. Ардашев В. Н. Качество жизни пациентов с нарушениями атриовентрикулярной проводимости на фоне постоянной электрокардиотерапии/В. Н. Ардашев, А. В. Ардашев, А. О. Джанджгаева // Военно-медицинский журнал. — 2006. — №8. — С. 27-35.

3. Бабич И. И. Лечение закрытых повреждений селезенки у детей в сочетании с гетеротопической аутотрансплантацией селезеночной ткани/И. И. Бабич, Г. И. Чепурной, В. С. Степанов // Вестн. хир. — 1989. — №2. — С. 24-26.

4. Кущ Н. Л. Аутолиентрансплантация селезеночной ткани при спленэктомии по поводу травмы селезенки у детей/Н. Л. Кущ, И. П. Журило, Н. Н. Джансыз // Вестн. хир. — 1989. — №6. — С. 76-79.

5. Масляков В. В. Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных с травмой селезенки: Автореф. дис… канд. мед. наук. — Саратов, 2001.

6. Urasinsri U. Splenektomia w swiete wspoezecnych poladov // Polski tigodnik lekarski. — 1982. — Vol. 37. — P. 1109-1112.