

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ И ПРИНЦИПЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

А.Р. Koshel

QUALITY OF PATIENTS' LIFE AND PRINCIPLES OF RECONSTRUCTIVE AND PLASTIC ABDOMINAL SURGERY

ОГАУЗ «Медицинский центр им. Г.К. Жерлова», г. Северск

В статье рассмотрены вопросы качества жизни после хирургических операций. Показана роль и место субъективной оценки пациентом результатов лечения при выборе способа и объема операции. Обоснована необходимость разработки и внедрения в клинику новых органосберегающих и органомоделирующих технологий.

Ключевые слова: качество жизни, абдоминальная хирургия, реконструктивные операции.

Issues of quality of life after the surgeries are considered in the article. Role and place of subjective assessment of treatment results by the patient in the way and the surgery volume is shown. Need in development and introduction in clinics of new organ saving and organ modeling technologies is substantiated.

Key words: quality of life, abdominal surgery, reconstructive surgeries.

УДК 617.55-089.844:613.7/.8

Американская писательница-эссеист Agnes Repplier однажды заметила: «Современные болезни мало похожи на болезни прошлого, если не считать того, что мы от них так же умираем». Однако с некоторыми из болезней, с которыми человечество знакомо на протяжении многих лет, люди научились справляться. Вместе с тем развитие медицинских технологий и увеличение объема хирургических вмешательств ставят перед хирургом целый ряд вопросов, которые требуют своего решения.

Одной из таких проблем является коррекция последствий хирургического вмешательства при лечении целого ряда заболеваний органов пищеварения. Казалось бы, удалив патологический очаг, хирург навсегда избавляет пациента от боли и страданий. Однако с первых шагов развития желудочной хирургии было замечено, что у части пациентов в послеоперационном периоде появляются расстройства, обусловленные самой операцией. Так, по сведениям, приведенным в работе R. Earls (1986), одна из первых пациенток Th. Billroth после резекции желудка страдала неукротимой желчной рвотой [3].

Наблюдения за пациентами, перенесшими оперативное вмешательство на желудок в отдаленные сроки, показали, что у определенного их числа в различные сроки после операции возникает ряд функциональных и органических расстройств. В дальнейшем сам Th. Billroth указывал, что применение метода Billroth II было вызвано безысходностью положения и, что при нем нарушается нормальный процесс пищеварения [1].

Несмотря на это, еще в середине прошлого столетия врачи мало задумывались об отдаленных результатах лечения и отношении пациента к уровню своего здоровья. Зачастую и сегодня показателями эффективности лечения являются данные клинического обследования, лабораторные показатели, результаты инструментальных исследований, а нередко просто отсутствие жалоб.

Развитие медицинской техники в последние десятилетия прошлого и начале нового века значительно расширило возможности хирурга не только в плане щадящего отношения к анатомическим структурам и минимального травмирования ткани с сохранением и восстановлением важнейших функций оперированного

органа. Увеличение агрессивности хирургических вмешательств, широкое использование высокотехнологичных инструментов неизбежно ведет к большим потерям, не только анатомическим, но и функциональным. По самому определению хирургическое лечение остается острым и подчас далеко нефизиологичным вмешательством, оказывая в том числе и негативное воздействие на состояние больного. Несомненно, любая операция, как впрочем, в ряде случаев и консервативное лечение, могут сказаться в дальнейшем не только на общем (физическом) состоянии пациента, но и на его психическом и социальном статусе. Однако это не учитывается медицинскими работниками должным образом, и в современной медицине практически врачи продолжают использовать такие определения исхода лечения больного как «выздоровление», «улучшение», «без перемен», «ухудшение», «перевод в другое учреждение», «смерть». Все это в определенной степени может служить итогом этапа лечения, но не дает сколько-нибудь достаточной информации о результатах лечения как для врача, так и для пациента.

В середине 60-х гг. прошлого столетия в медицинской литературе появилось и все чаще стало высказываться мнение о том, что нельзя, используя только физикальные, лабораторные и инструментальные методы исследования, судить о результатах лечения и состоянии здоровья пациента. На этом фоне в 1966 г. J. Erkinson [11] одним из первых в медицинской литературе использовал термин «качество жизни», который впервые ввел в 1920 г. Arthur Pigou в книге «Wealth and Welfare» (Богатство и благосостояние) [8]. В этой книге он представил концепцию правительственной поддержки низшему классу и обсуждал ее воздействие на их жизнь так же, как на общественные финансы. Термин сначала появился в политическом лексиконе, а уже затем был введен в научную лексику.

В 1977 г. (только через 11 лет) термин «качество жизни» был официально признан в медицинской литературе и появился в одной из рубрик «Cumulated Index Medicus» [4].

Сегодня «качество жизни» является удобным и информативным термином, который позволяет не только оценить самочувствие пациента, но и использовать результаты его изучения в сравнительной оценке различных методик лечения и динамики любого заболевания. Иными словами, он позволяет врачу максимально помогать пациенту, не отдаваясь от принципа «лечить больного, а не болезнь». Поэтому большинство исследователей [5] выдвигают именно концепцию качества жизни, а не образа жизни, трактуя качество жизни как комплексную интегральную характеристику экономических, социальных, политических и культурных

факторов, определяющих положение человека в обществе. Данное понимание тесно связано с определением здоровья, которое предложено Всемирной организацией здравоохранения: «Здоровье – это полное физическое, социальное и психическое благополучие, а не просто отсутствие заболевания» [10].

Согласно данным зарубежной литературы, показатель качества жизни входит в стандарты обследования и лечения пациентов, с его помощью осуществляют индивидуальный мониторинг в процессе их лечения, оценивают эффективность терапии и прогноз заболевания. Именно результаты оценки качества жизни могут служить конечной точкой в оценке того или иного хирургического вмешательства или применения фармацевтического препарата.

Одним из классических примеров выбора стратегии лечения на основании данных исследования качества жизни является лечение сарком мягких тканей. Естественно предположить, что пациенты, которым проведено хирургическое вмешательство с сохранением конечности, а затем радиотерапия, чувствуют себя лучше, чем пациенты после ампутации. Однако многоцентровые рандомизированные исследования по лечению сарком мягких тканей нижних конечностей, выполненные в США в 80-е гг., показали, что качество жизни у пациентов, которым проведена ампутация, по крайней мере не хуже, чем у пациентов, которым удалена опухоль с последующим облучением. Более того, выявлены достоверно менее выраженные нарушения в сексуальной и эмоциональной сферах в группе пациентов после ампутации [2]. Полученные результаты дали толчок к ряду исследований по изучению роли и объема хирургического вмешательства, дозы радиотерапии, значению химиотерапии и соматической терапии и лечению сарком мягких тканей, что в дальнейшем привело к формированию новых подходов к их лечению.

Далее, в многочисленных многоцентровых рандомизированных исследованиях установлено, что онкологические больные, у которых качество жизни изначально было выше, имеют лучшие результаты лечения [6; 7; 9]. Исключительно интересный и важный результат был получен в исследованиях, убедительно продемонстрировавших расхождение в оценке качества жизни, данной самим больным и лечащим врачом. При этом оказалось, что именно оценка пациента в большей степени коррелирует с выживаемостью.

Среди способов оценки качества жизни наиболее распространены опросники, которые заполняют сами больные. В США и Европе созданы специальные центры, занимающиеся разработкой опросников качества жизни. Теоретическая концепция, которая положена в их основу,

состоит в том, что качество жизни является многомерной интегрированной характеристикой жизни человека и на основании субъективной оценки, проведенной самим пациентом, можно получить интегрально-цифровую характеристику состояния его здоровья [5].

Георгий Кириллович Жерлов одним из первых не только в Томской области, но и в России стал уделять большое внимание вопросам качества жизни пациентов. В основе его методологии оказания помощи пациентам с заболеваниями органов системы пищеварения лежит стремление к максимально возможному сохранению или восстановлению качества их жизни в процессе лечения и в отдаленные сроки после операции. При этом большое значение он отдавал таким, казалось бы, немедицинским факторам как создание максимально комфортных условий пребывания пациента в стационаре. Не зря говорят, что «в больнице стены лечат», следовательно, внутренний интерьер клиники оказывает большое позитивное психологическое воздействие. Велика роль в том, что мы называем «качеством жизни» в пред- и раннем послеоперационном периоде, среднего и младшего медицинского персонала. Именно их профессионализм и внимание закладывают основу благоприятного течения отдаленного послеоперационного периода. Исходя из вышеизложенного, большое внимание в своей деятельности в нашей клинике уделяется обучению, работе и контролю за исполнением своих обязанностей этим звеном.

Но все-таки основное влияние на исход лечения и на качество жизни пациентов имеет разработка новых хирургических технологий при операциях на органах пищеварения.

На сегодняшний день в нашей клинике используется на практике более 20 методик операций на пищеводе, желудке, поджелудочной железе, прямой и ободочной кишке, разработанных под руководством Г.К. Жерлова.

В основе идеологии Г.К. Жерлова лежит идея о необходимости пластического замещения резецированных или разрушенных сфинктеров и целых «отрезков кишечной трубки» новыми сдерживающими механизмами и резервуарами, созданными из собственных тканей пациента. Данный подход позволяет в значительной степени компенсировать потери организма, нанесенные хирургическим вмешательством.

Подтверждением эффективности такого подхода являются результаты реконструктивно-пластических операций, выполненных по методикам Г.К. Жерлова. Практически все печатные работы, вышедшие из нашей клиники за последние двадцать лет, содержат раздел, посвященный

именно качеству жизни пациентов в различные сроки после операции. Оценивались не только продолжительность стационарного лечения или временной нетрудоспособности, но и результаты операций с позиции социальной, трудовой и психологической реабилитации пациентов. Выяснилось, что, например, в выживаемости онкологических больных немалую роль играет все то же качество жизни. Пациенты, которые не испытывали проблем, обусловленных объемом хирургического вмешательства, при прочих равных условиях жили достоверно дольше пациентов с послеоперационными расстройствами.

Исходя из вышеизложенного, мы считаем оправданным выполнение подобных операций у пациентов с заведомо нерадикальными вмешательствами, поскольку это не только позволит им с максимальным комфортом прожить остаток жизни, но и в известной степени увеличить сроки выживаемости. Таким образом, оценка качества жизни является надежным, информативным и экономичным методом оценки здоровья пациента как на групповом, так и на индивидуальном уровне.

Оценка качества жизни является важным критерием оценки эффективности лечения и имеет прогностическое значение. Она может помочь врачу индивидуализировать симптоматическую терапию и получить важную для прогноза заболевания информацию. Данные о качестве жизни могут стать основой, на которой разрабатываются реабилитационные программы для онкологических больных. Наконец, оценка качества жизни в клинических исследованиях улучшает качество самого исследования.

В заключение хочется еще раз подчеркнуть, что в основе благоприятного течения послеоперационного периода, особенно в отдаленные сроки после операции, лежат две составляющие. Во-первых, это создание максимально комфортных условий пребывания пациента в стационаре, что включает в себя не только «красивые стены», но и высокопрофессиональный уход на всех уровнях – от санитарочки до врача. Второе – это соблюдение принципов реконструктивно-пластической хирургии у пациентов с патологией органов пищеварительной системы, которые включают максимально возможное сохранение либо моделирование функционально-активных отделов кишечной трубки, иными словами, обеспечение ее адекватной моторно-эвакуаторной и резервуарной функций. Все это вместе и составляет идеологию Г.К. Жерлова, направленную на сохранение или восстановление качества жизни оперированных пациентов при безусловном сохранении ее «количества».

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ ОСНОВНЫХ РАБОТ Г. К. ЖЕРЛОВА ПО ВОПРОСАМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ И ОНКОЛОГИИ

Монографии

1. Оперированный желудок. Анатомия и функция по данным инструментальных методов исследования / Под ред. Г.К. Жерлова, А.П. Кошеля. – Новосибирск: Наука, 2002. – 240 с.
2. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Нустафаев Р.С., Воробьев В.М. Основные принципы реабилитации больных после хирургического лечения гастродуоденальных язв. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003. – 84 с.
3. Жерлов Г.К., Баширов С.Р., Рыжов А.И. Хирургическая коррекция постколэктомических нарушений. – Новосибирск: Наука, 2004. – 190 с.
4. Жерлов Г.К. Основы функциональной хирургической гастроэнтерологии. Практическое руководство для врачей. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. – 274 с.

Статьи в журналах

5. Жерлов Г.К., Дамбаев Г.Ц., Клоков С.С. и др. Профилактика демпинг-синдрома после дистальной резекции желудка при пептической язве // Хирургия. – 1990. – № 7. – С. 27–32.
6. Жерлов Г.К. Функциональные результаты резекции желудка при пептической язве // Клин. хирургия. – 1990. – № 8. – С. 31–32.
7. Жерлов Г.К., Кошель А.П. Влияние способа гастропластики после гастрэктомии по поводу рака желудка на обменные процессы // Рос. онкол. журн. – 1999. – № 2. – С. 42–44.
8. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Максимов А.В., Агаджанов В.С. Пути улучшения качества жизни пациентов после гастрэктомии и субтотальной дистальной резекции желудка // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2000. – № 3. – С. 82–85.
9. Жерлов Г.К., Спичкин В.И., Баширов С.Р. Резервуарный илеоректальный анастомоз как способ патогенетической коррекции постколэктомической диареи // Военно-мед. журн. – 2000. – № 9. – С. 23–26.
10. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Орлов А.Г. Реконструктивная еюногастропластика // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2000. – № 1. – С. 46–49.
11. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Алипов В.В. К вопросу качества жизни пациентов в хирургии стенозирующих повреждений пищевода // The collection of scientific works of the staff members of p.l. shupuk knape. Tenth. edition, book4. – Kyiv, 2001. – P. 30–35.
12. Жерлов Г.К., Кошель А.П. Функциональные результаты операции формирования «искусственного желудка» после гастрэктомии и субтотальной дистальной резекции желудка // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2001. – № 4. – № 4. – С. 22–26.
13. Жерлов Г.К., Кошель А.П. К вопросу оценки качества жизни пациентов после хирургического лечения рака желудка // Вопр. онкологии. – 2001. – Т. 47, № 4. – С. 477–481.
14. Жерлов Г.К., Рыжов А.И., Баширов С.Р. Колостома с рефлекторным опорожнением – новый подход в реабилитации больных // Хирургия. – 2003. – № 8. – С. 46–51.
15. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Синько С.П. и др. Новые технологии хирургического лечения гастродуоденальных язв и качество жизни // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. – 2004. – № 1. – С. 199–200.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жерлов Г.К. Основы функциональной хирургической гастроэнтерологии. Практическое руководство для врачей. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. – 274 с.
2. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонов Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология. – 2000. – Т. 2. – № 1-2. – С. 25–28.
3. Нестеров В.В. Реконструктивная еюногастропластика в хирургии постгастрорезекционных и постгастрэктомических расстройств. – Томск, 2005. – 190 с.
4. Новик А.А., Ионова Т. А., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – Санкт-Петербург: Элби, 1999. – С. 139–140.
5. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
6. Coates A.S., GebSKI V, Signorini D. et al. Prognostic value of quality-of-life scores during chemotherapy for advanced breast cancer // J. Clin. Oncol. – 1992. – № 10. – P. 1833–1838.

7. Kaasa S., Mastekaasa A., Lund E. Prognostic factors for patients with inoperable non-small lung cancer, limited disease. The importance of patients' subjective experience of disease and psychosocial well-being. // Radiother. Oncol. – 1989. – Vol. 15. – P. 235–242
8. Pigou A. Wealth and Welfare, Macmillan. – London
9. Sedman A.D., Porteney R., Yao T.J. et al. Quality of life in Phase II Trials: a study of methodology and predictive value in patients with advance breast cancer treated with Paclitaxel plus granulocyte colony stimulating factor // J. Nat. Cancer Inst. – 1995. – Vol. 87. – P. 1316–1322
10. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? // Wld Hlth Forum. – 1996. – № 1. – P. 29.
11. Yelin E. Measuring Functional Capacity of Persons with Disabilities in Light of Emerging Demands in the Workplace. NAP 1999.

REFERENCES

1. Zherlov G.K. Bases of functional surgical gastroenterology. Practical handbook for the physicians. Tomsk, Tomsk University Publ., 2009. 274 p. (in Russian).
2. Ionova T.I., Novik A.A., Sukhonov Yu.A. Oncology, 2000. Vol. 2, № 1-2, p. 25–28 (in Russian).
3. Nesterov V.V. Reconstructive yeyunogastroplasty in the surgery of postgastroresection and postgastrorectomic disturbances. Tomsk, 2005, 190 p. (in Russian).
4. Novik A.A., Ionova T.A., Kind P. Conception of life quality investigation in medicine. Saint-Petersburg, Elbi Publ., 1999, P. 139–140 (in Russian).
5. Handbook on quality of life investigation in medicine. The 2-nd ed. Under ed. by the academician of RAMS Yu.L. Shevchenko. Moscow, Olma Media Group Publ., 2007. 320 p. (in Russian).
6. Coates A.S., Gebski V, Signorini D. et al. Clin. Oncol, 1992, № 10, P. 1833–1838.
7. Kaasa S., Mastekaasa A., Lund E. Radiother. Oncol, 1989, Vol. 15, P. 235–242.
8. Pigou A. Wealth and Welfare, Macmillan. London.
9. Sedman A.D., Porteney R., Yao T.J. et al. J. Nat. Cancer Inst., 1995, Vol. 87, P. 1316–1322.
10. World Health Organization. What is quality of life? Wld Hlth Forum , 1996, № 1, P. 29.
11. Yelin E. Measuring Functional Capacity of Persons with Disabilities in Light of Emerging Demands in the Workplace. NAP – 1999.

Поступила в редакцию 04.02.2014

Утверждена к печати 17.02.2014

Автор:

Кошель Андрей Петрович – д-р мед. наук, профессор, главный врач ОГАУЗ «Медицинский центр им. Г.К. Жерлова», г. Северск.

Контакты:

Кошель Андрей Петрович
тел.: раб.: 8(3823)56-42-65
e-mail: apk@gastro.tomsk.ru