

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Оценка качества жизни - современный метод исследования, позволяющий выявлять даже незначительные изменения в любых сферах жизнедеятельности человека с целью всестороннего определения эффективности лечения. Разработанный авторами вопросник для оценки КЖ больных после операций по поводу эктопической беременности - КЖЭБ - обладает высокой чувствительностью, и позволяет выявлять статистически значимые достоверные различия уже с 14 суток послеоперационного периода. Ведущим фактором, определяющим КЖ пациенток после всех видов хирургического лечения ЭБ является бесплодие. Увеличение доли выполняемых органосберегающих операций значительно улучшает репродуктивное здоровье женщин по сравнению с результатами радикальных вмешательств с удалением МТ, что отражается на быстрой положительной динамике ИПКЖ в различные сроки после операции.

Эктопическая беременность (ЭБ) - тяжелая патология, представляющая непосредственную угрозу как жизни женщины, так и ее репродуктивному здоровью. За последние 20 лет частота развития ЭБ увеличилась в 4 раза; у 40% женщин после операции по поводу ЭБ развивается вторичное бесплодие, а из 60% вновь забеременевших частота развития повторной ЭБ достигает 15%, привычное невынашивание развивается у 20% пациенток [3]. В настоящее время нет единого мнения о преимуществах тех или иных видов оперативных вмешательств при ЭБ. Отдаленные выводы об их успешности делаются чаще на основании только лишь показателей смертности, числа осложнений, факта наступления беременности после операции, то есть сохранения репродуктивной функции. Такие показатели здоровья и результатов лечения - показатели объективные, но не дающие возможность всесторонне оценить субъективное состояние здоровья человека, которое часто является более полным и точным, чем объективная врачебная оценка. Именно субъективные показатели отражают восприятие пациентом степени собственного благополучия - качества жизни (КЖ) [2].

Современной методикой, позволяющей проводить сравнительный анализ результатов лечения, является оценка качества жизни больного. Оценка КЖ может проводиться как общими вопросниками (SF-36, QWB, SIP, NHP, QLI, COOP, EuroQoL, индексы Spitzer'a, Cronbach'a, Rosser'a), так и специфичными, включающими в себя вопросы, позволяющие раскрыть симптоматику, характерную только для

конкретной патологии. Многие авторы указывают на более высокую чувствительность последних [5,7,8,9].

В литературе имеются единичные сведения по результатам оценки КЖ у гинекологических больных [4,6,7,8,9]. По результатам исследования КЖ пациенток после операций по поводу ЭБ и медикаментозной коррекции данной патологии, проведенного Nieuwkerk P.T. и соавт. (1998), были сделаны выводы о преимуществах хирургического лечения ЭБ перед медикаментозной терапией метотрексатом. Достоверные различия были получены авторами по следующим шкалам вопросника SF-36: physical functioning, role functioning, social functioning, bodily pain, general health, vitality и mental health [7].

Целью настоящей работы являлась оценка КЖ больных после операций по поводу ЭБ при помощи разработанного специфичного вопросника КЖЭБ.

Работа проводилась в два этапа:

1. Разработка специфичного вопросника для оценки КЖ больных после операций по поводу эктопической беременности (КЖЭБ).

2. Оценка КЖ, сравнительный анализ полученных данных, проведение корреляционного анализа с соответствующими шкалами общего вопросника SF-36.

Материалы и методы

С целью оценки КЖ нами обследованы 36 женщин, оперированных по поводу ЭБ в клинике акушерства и гинекологии Российской Военно-медицинской академии в 1997 году. Для сравнительного анализа результатов лечения были выделены 4 группы боль-

ных, в зависимости от оперативного доступа и объема вмешательства на маточных трубах (МТ): 1а - оперированных лапароскопически, с удалением вовлеченной МТ (n=8), 1б - оперированных лапароскопически в органосберегающем объеме (n=12), 2а - лапаротомия с удалением МТ (n=11), 2б - лапаротомия и органосберегающая операция на МТ (n=3). Контрольную группу - для определения чувствительности шкал вопросника КЖЭБ - составили 10 соматически здоровых женщин с реализованной репродуктивной функцией, не имевших в анамнезе оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

Средний возраст пациенток составил $28,5 \pm 4,2$ года. У 1 пациентки из гр. 2а ЭБ была повторная, в результате лечения была удалена оставшаяся МТ; у одной больной лапароскопия потребовала выполнения конверсионной лапаротомии (из-за выраженного спаечного процесса), вследствие чего она была отнесена нами в ту же группу. 1 пациентке в гр. 1б (8,3%) и 5 (45,5%) в гр. 2а наряду с операцией на МТ были выполнены резекции одного или обоих яичников. Всем пациенткам в гр. 2б оперативный до-

ступ был выполнен по Пфанненштилю, в гр. 2а - 3 (27,3%) больным выполнена нижнесрединная лапаротомия, остальным - по Пфанненштилю. У всех наблюдаемых больных послеоперационный период протекал без осложнений; раны зажили первичным натяжением.

Исследования, проведенные Nieuwkerk P.T. и соавт. (1998), показали, что наиболее подходящими сроками для оценки КЖ после операций по поводу ЭБ являются: 2-е сутки, конец 2-й, 4-й и 16-й недель. Именно данные этапы, по мнению авторов, позволяют выявить наибольшие различия в группах пациенток, леченных различными методами [7]. Однако, по нашему мнению, данные сроки не позволяют оценить главную составляющую КЖ этих пациенток - бесплодие: оценка КЖ больных проводилась нами после операции на 3-и 14-е сутки и через 3 и 12 месяцев.

При составлении вопросника мы пользовались общепринятой в мире методикой (по Kirshner B., Guyatt G.H., 1985) [2,5]. С целью определения наиболее важных показателей результатов лечения ЭБ (специфичных шкал) нами проведен метаанализ литерату-

ры в системах MEDLINE, HISTLINE, AIDSLINE, National Library of Medicine - NLM, Excerpta Medica за период с 1980 по 1999 года. Проведенный факторный анализ частоты встречаемости характерных для ЭБ признаков и их значимости позволил выделить 4 основные специфичные шкалы: бесплодие, спаечный процесс брюшной полости, косметический эффект от операции и нарушения менструальной функции. При этом количество вопросов, включенное в вопросник должно быть пропорционально частоте встречаемости того или иного признака (табл. 1).

Для всесторонней оценки КЖ в разработанный вопросник вошли также вопросы по следующим общим шкалам: самооценка здоровья, самооценка КЖ, эмоциональное состояние, социальная роль, физическая работоспособность, умственная работоспособность, половая активность, финансовые вопросы лечения, эмоциональные переживания от операции. Общее число вопросов составило 35, для каждого вопроса определены 5 вариантов ответа. Для интегральной оценки данных нами разработана система вычисления интегрального показателя КЖ (ИПКЖ).

Соотношение частоты встречаемости признака и количества вопросов

Таблица 1

Признак (шкала)	Частота встречаемости	Количество вопросов
Бесплодие	0,97	8
Спаечный процесс брюшной полости	0,53	4
Косметический эффект от операции	0,22	2
Нарушения менструальной функции	0,13	1

Корреляционная связь и значимость показателей общих шкал вопросников КЖЭБ и SF-36

Таблица 2

Вопросник SF-36	Вопросник КЖЭБ	Коэффициент корреляции	Уровень значимости по критерию Бартлетта
Physical functioning-PF	Физическая работоспособность	0,971	P=0,0001
Social Functioning-SF	Социальная роль	0,932	P=0,001
Role-Emotional-RE	Эмоциональное состояние + эмоциональные переживания от операции	0,951	P=0,0005
General Health-GH	Самооценка здоровья + самооценка КЖ	0,980	P=0,0001
Mental Health-MH	Умственная работоспособность	0,933	P=0,001

Шкала	Контрольная группа здоровых женщин (баллы)	Пациентки после оперативных вмешательств (баллы)	P
Самооценка здоровья	6,1±0,1	11,6±1,1	P<0,001
Самооценка КЖ	3,2±1,0	4,6±0,2	P<0,001
Бесплодие	8,0±0	22,9±3,45	P<0,005
Спаечный процесс	5,3±0,1	8,5±0,6	P<0,01
Косметический эффект от операции	2,0±0	4,6±1,1	
Эмоциональное состояние	7,3±1,1	8±2,3	P<0,005
Социальная роль	4,3±1,0	8,2±0,2	
Физическая работоспособность	3,2±0,2	5,3±1,3	
Умственная работоспособность	3,2±0,4	4,1±1,2	
Половая активность	1,1±0,1	1,4±0,3	
Финансовые вопросы лечения	1,5±0,1	2,9±1,0	
Эмоциональные переживания от операции	1,3±0	3,3±0,7	P<0,001
Нарушения менструальной функции	1,6±0,2	2,7±1,1	

Достоверность полученных показателей по общим шкалам проводилась с использованием SF-36 при помощи корреляционного анализа данных, полученных при помощи разработанного нами вопросника (КЖЭБ) и соответствующих шкал SF-36. Ни у одной из обследуемых женщин заполнение вопросника не вызвало затруднений или дополнительных вопросов.

При анализе данных особое внимание уделялось ответу на воп-

рос о желанном количестве детей в семье и информации об их наличии. Равенство этих цифр указывает на субъективную реализованность репродуктивной функции. Все обследуемые женщины во всех группах планировали беременность после операций.

Статистическая обработка данных произведена на персональном компьютере P200 с использованием пакета программ SPSS (Ver. 6.0.1.) для Windows 95. Досто-

верность различий оценивали по t-критерию Стьюдента. Статистический показатель считали достоверным при $p<0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение

Высокие корреляционные показатели (табл. 2), полученные при исследовании по общим шкалам вопросника КЖЭБ (в сравнении с SF-36), указывают на высокую до-

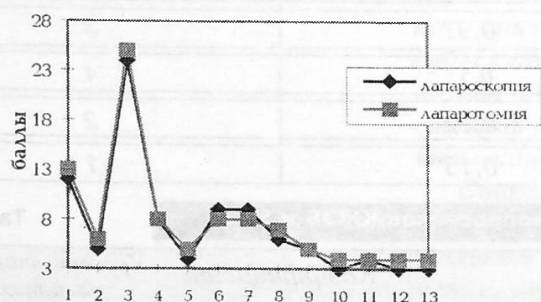


Рис. 1. КЖ пациенток на 3-и сутки после операции.

1 - самооценка здоровья, 2 - самооценка КЖ, 3-бесплодие, 4 - спаечный процесс, 5 - косметический эффект от операции, 6-эмоциональное состояние, 7 - социальная роль, 8 - физическая работоспособность, 9 - умственная работоспособность, 10-половая активность, 11 -финансовые вопросы лечения, 12-эмоциональные переживания от операции, 13-нарушения менструальной функции.

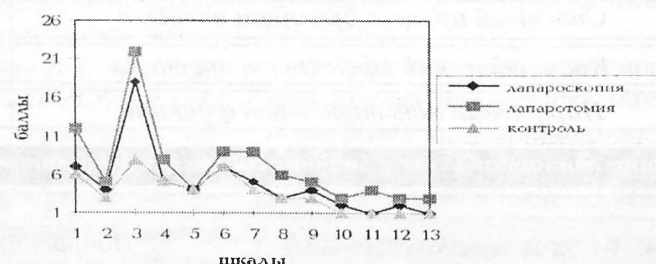


Рис. 2. Динамика показателей КЖ пациенток к 14-м суткам после операции.

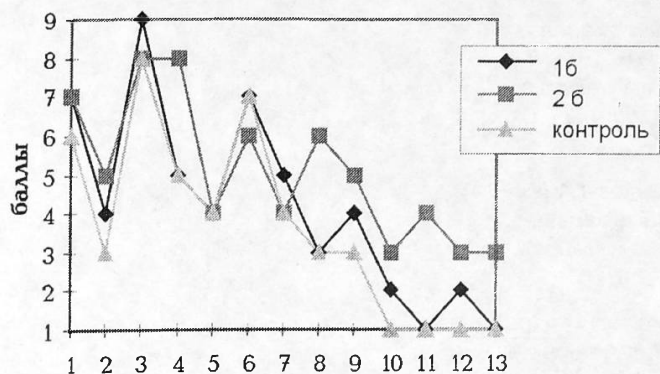


Рис. 3. Показатели КЖ через 12 месяцев после операции у забеременевших женщин групп 16 и 26.

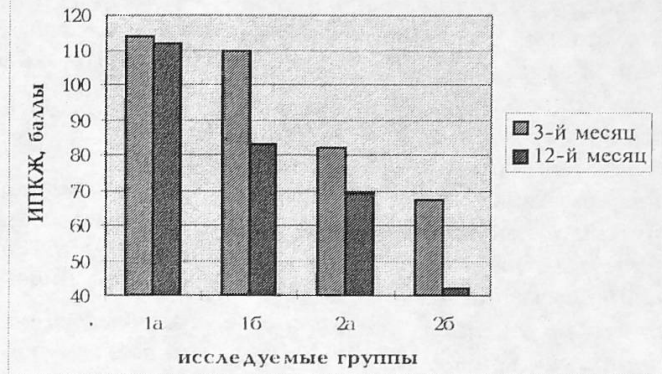


Рис. 4. Динамика интегрального показателя качества жизни пациенток в различных группах на 3-м и 12-м месяце после операции (более высокий балл указывает на худшее КЖ).

стоверность полученных данных (по Багненко С.Ф., 1998); статистическая значимость данных, получаемых при помощи разработанного нами вопросника, также достоверно высока.

Анализ показателей КЖ, полученных в контрольной группе женщин, выявил их статистически значимое отличие от групп пациенток, прошедших оперативное лечение ЭБ (меньшее числовое значение указывает на более высокое КЖ). Наибольшие отличия, а значит и более высокая чувствительность, отмечены по параметрам "бесплодие", "самооценка здоровья", "социальная роль", "косметический эффект", "эмоциональные переживания от операции" и "спаянный процесс" (табл. 3).

Проведенный сравнительный анализ показателей шкал в исследуемых группах на 3-и и 14-е сутки после вмешательства доказал достоверно меньшее отрицательное влияние на КЖ лапароскопических операций в сравнении с лапаротомиями (ИПКЖ $72,1 \pm 6,2$ и $102,0 \pm 8,2$ баллов соответственно, $p < 0,001$), проявившееся на 14-е сутки п/о периода; на 3-и сутки после операции соответствующие показатели в группах не имели статистически значимых различий (рис. 1). При этом в группах 1a и 16 отмечалась более медленная нормализация всех показателей

к 14-м суткам (рис. 2). Наиболее быстро восстанавливались следующие параметры: самооценка КЖ, эмоциональное состояние, физическая работоспособность и эмоциональные переживания от операции. В группах 2a и 26 на 14-е сутки показатели КЖ были близки к таковым в контрольной группе здоровых женщин, исключение составляли лишь показатели бесплодия (гр. 2a - $17,2 \pm 4,2$; гр. 26 - $16,3 \pm 3,8$ и контроль - $8,0 \pm 0$ баллов, $p < 0,001$), что, по нашему мнению, связано с повышенной тревожностью женщин после операции.

Дальнейшее наблюдение за пациентками показало, что в течение 12 месяцев после операции беременность наступила: в гр. 1a у 1 (12,5%), в гр. 16, у 4 (33,3%), гр. 2a - у 1 (9,1%) и в гр. 26 - у 3 (100%) женщин. Результаты оценки КЖ в различных группах пациенток в отдаленные сроки после операции (3 и 12 месяцев) показали, что именно в группах 16 и 26 наблюдалось значительное улучшение ИПКЖ за счет шкалы бесплодия, что, несомненно, связано с реализацией репродуктивной функции и наступлением желанной беременности (рис. 3), тогда как у незабеременевших женщин динамики отмечено не было. При этом средние показатели шкал в группах указывали на значительно меньшее отрицательное влияние на КЖ лапа-

роскопических операций; а также при наступлении беременности и лапаротомических операциях без удаления беременной трубы.

Анализ показателей по отдельным шкалам выявил, что пациентки отмечают лучший косметический эффект от лапароскопических операций и лапаротомии по Пфанненштилю по сравнению с нижнесрединной лапаротомией ($3,2 \pm 0,1$; $4,2 \pm 0,4$ и $6,2 \pm 0,2$ соответственно, $p < 0,01$). Вопросы КЖЭБ, направленные на выявление развития спаечного процесса, не обнаружили статистически значимых различий в различных группах. Эмоциональные переживания от операции были субъективно легче и значительно быстрее регрессировали после лапароскопических вмешательств в гр. 2a и 26.

Вычисления ИПКЖ в группах показал статистически значимую положительную динамику в группах 16 и 26, $p < 0,001$ (рис. 4). При этом у пациенток, которым были выполнены лапароскопические органосберегающие операции, наблюдалось восстановление всех показателей до уровня таковых в контрольной группе здоровых женщин.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Оценка качества жизни - современный метод исследования, позволяющий выявлять даже не-

значительные изменения в любых сферах жизнедеятельности человека с целью всестороннего определения эффективности лечения.

2. Разработанный нами вопросник для оценки КЖ больных после операций по поводу эктопической беременности - КЖЭБ - обладает высокой чувствительностью и позволяет выявлять статистически значимые достоверные различия в исследуемых группах пациенток после различных оперативных вмешательств уже с 14-х суток послеоперационного периода.

3. Все виды хирургического лечения ЭБ оказывают отрицательное влияние на КЖ больных, однако использование лапароскопической техники позволяет свести это влияние до минимума и создать необходимые условия для более быстрого восстановления жизнедеятельности женщин.

4. Ведущим фактором, определяющим КЖ пациенток после всех видов хирургического лечения ЭБ, является бесплодие. Увеличение доли выполняемых органосберегающих операций значительно улучшает репродуктивное здоровье женщин по сравнению с результатами радикальных вмешательств с удалением МТ, что отражается на быстрейшей положительной динамике ИПКЖ в различные сроки после операции.

5. Оценка качества жизни пациенток в предоперационном периоде является не только "контрольной" точкой для оценки влияния вмешательства на различные сферы жизнедеятельности, но и вспомогательным инструментом, позволяющим опереждать целесообразность хирургического лечения заболевания и вероятность развития послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф. Диагностика и хирургическое лечение хронического билиарного панкреатита: дис. д-ра мед. наук. - СПб., 1997. - 353 с.

2. Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф., Рухляда Н.Н. Перспективы использования оценки качества жизни гинекологических больных // Журнал акушерства и женских болезней, 1999. - т. XLVIII, вып. 1. - С. 59-63.

3. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность. М., Медицина, 1998. - 216 с.

4. Эндоскопия в гинекологии. Под ред. В.И. Кулакова и Л.В. Адамян. - М., 1999. - 623 с.

5. Cronin L., Guyatt G., Griffith L. et al. Development of a Health-Related Quality-of-Life Questionnaire (PCOSQ) for Women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). J. Clin. Endocr. Metabol., 1998. - Vol. 83. - №6. - P. 1976-1983.

6. Miller K., Corcoran C., Armstrong C. et al. Transdermal Testosterone Administration in Women with Acquired Immunodeficiency Syndrome Wasting. J. Clin. Endocr. Metabol., 1998. - Vol. 83. - №8. - P. 2717-2725.

7. Nieuwkerk P.T., Hajenius P.J., Ankum W.M. et al. Systemic methotrexate therapy versus laparoscopic salpingostomy in patients with tubal pregnancy. Fertil. Steril., 1998. - № 70. - P. 511-517.

8. Roberts J.A., Brown D., Elkins T. Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. Am. J. Ob. Gyn., 1997. - Vol 176. - №1. - P. 166-172.

9. Van Den Eeden S.K., Glasser M., Mathias S.D. et al. Quality of life, health care utilization, and costs among women undergoing hysterectomy in a managed-care setting. Am. J. Ob. Gyn., 1998. - Vol 178. - №1. - P. 91-100.