

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ХИРУРГИИ

Л.С. Панибратец – аспирант

Рассмотрены вопросы определения и оценки качества жизни больных после хирургических вмешательств.

Ключевые слова: качество жизни; гастрэктомия; хирургия; рак желудка

Обеспечение высокого качества жизни (КЖ) больных раком желудка является актуальной и многогранной проблемой, имеющей большое медико-социальное и экономическое значение, особенно среди пациентов трудоспособного возраста.

Традиционно хирурги уделяли внимание “количеству жизни”, а не качеству. При оценке эффективности и качества лечения, как правило,

используются количественные показатели: частота интра- и послеоперационных осложнений, частота рецидива основного заболевания, частота и степень выраженности развивающихся функциональных проявлений болезни оперированного желудка и метаболических расстройств. Это можно объяснить тем, что, во-первых, исторически болезнь рассматривали в области патофизиологии, а лечебные мероприятия – в контексте

трансформации биомедицинских механизмов, лежащих в основе патологического процесса. Во-вторых, отсутствием удобного и эффективного метода интегральной оценки влияния болезни на физическое, психическое и социальное функционирование человека. В настоящее время значительно полнее разработаны многофакторная этиология заболевания и ответы больного на лечение, а в модель здоровья включены физические, социальные и психические компоненты, разработано более 70 общих и 300 частных методик по изучению качества жизни. Оценка качества жизни является одним из важных критериев эффективности хирургического лечения наряду с традиционными клиническими показателями (выживаемость, осложнения, рецидивы и др.).

Термин «качество жизни» был введен Джоном Гелбрейтом в 1977 году и имел очень широкое толкование: условия рабочего места, возможность хорошо провести свободное время, чувство социальной уверенности, количество телевизоров, телефонов на душу населения и т.д.

Дж. Форрестер под качеством жизни понимает характер питания, загрязнение окружающей среды, материальный уровень жизни и плотность населения [2].

Л. Леви и Л. Андерсон под этим понятием подразумевают оценку отдельным индивидуумом и отдельной группой совокупности условий физического, умственного и социального благополучия, включая состояние счастья, удовлетворения, а также возможное выделение таких компонентов, как удовлетворенность состоянием здоровья и т.д. [3].

По мнению А.И. Субетто, качество жизни – это система духовных, материальных, социокультурных, экологических и демографических компонентов жизни, а также разнообразие потребностей человека, его потенциал всестороннего, гармоничного творческого развития [4].

А.А. Новик с соавт. под качеством жизни понимают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного человека, основанную на субъективном восприятии [5].

И.Б. Ушаков и соавт. считают, что качество жизни – это, прежде всего, медико-социальное явление, имеющее политические грани. Социально-медицинское понятие охватывает психофизиологическое и соматическое здоровье человека, его духовные, культурные ценности, уровень цивилизованности общества, его экономическое развитие и может рассматриваться как

оценка удовлетворения системы потребностей для оптимальной жизни человека [6].

Следует отметить, что в настоящее время определение качества жизни в клинической медицине не возможно без учета таких важных индикаторов, как «здоровье» и «психическое состояние». В последние 15–20 лет широкое распространение получил термин «качество жизни, связанный со здоровьем». Здоровье – это синтетический индикатор качества жизни, обобщающий все многообразие сторон здоровья, включая феномены творческого и физического благополучия [7]. В.П. Казначеев связывает понятие медицинского здоровья с оптимальной трудоспособностью и социальной активностью [8]. Н.А. Агаджанян и соавт. наиболее объективными показателями здоровья считают нетрудоспособность, инвалидность и смертность от болезней [9]. По мнению J.D. Roder, КЖ, непосредственно связанное со здоровьем, это интегральный показатель, характеризующийся следующими компонентами:

- функциональным состоянием, включающим такие характеристики, как работоспособность, толерантность к физической нагрузке, выполнение повседневной работы, независимость, общение, интеллектуальная деятельность, уверенность в принятии решений, эмоциональные проявления и т.д.;
- симптомами, связанными с основным или сопутствующим заболеванием или его лечением (боль, одышка, побочные эффекты лекарственных средств и т.д.);
- восприятием и психическим состоянием, включающим депрессию или возбуждение, которые могут быть следствием как самого заболевания, так и применения лекарственных веществ, а также социальную активность, половую функцию, удовлетворенность медицинской помощью, контактом с врачом и т.д. [10].

Важнейшим элементом КЖ в хирургии, и особенно в онкологии, является оценка психического состояния больного, поскольку именно этот элемент является приоритетным в формировании функциональной адаптивной системы у лиц, перенесших хирургические вмешательства. Его регулирующая функция при измененной внутренней (заболевание) среде заключается в перестройке функциональных систем организма, их мобилизации для достижения полезного адаптивного результата, направленного на сохранение личности и обеспечение необходимого уровня профессиональной трудоспособности. Тесная взаимосвязь личностных особенностей

человека с его психофизиологическими свойствами, влияние психологических и социально-психологических факторов на динамику функционального состояния организма позволяют рассматривать психическую адаптацию как один из важнейших механизмов реабилитации и выздоровления больного.

Следует отметить, что качество жизни не может быть глобальным понятием, оно будет неодинаковым для разных стран, регионов, различных социальных когорт. Глобализация понятия КЖ приводит к его иррациональности, затрудняет пути исследования и определения критериев.

Под качеством жизни понимают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, а также его финансовое и духовное благополучие. В России качество жизни – это совокупность параметров, отражающих изменение течения жизни больного, с оценкой физического состояния, функциональных способностей, степени развития заболевания, проводимого лечения и восстановительного периода, основанная на субъективном восприятии самого больного.

В 80-х годах XX века публикуются первые работы, посвященные изучению качества жизни в хирургии. Одним из самых первых опросников в хирургии можно назвать шкалу Visick I, II, III, IV, которая использовалась для сравнительной оценки резекционных и органосберегающих методов лечения, широко применяющихся в гастроэнтерологической практике для оценки эффективности лечения благодаря простоте применения. Однако, анализируя почти 30-летний опыт использования шкалы Visick, R. Hall отмечает, что ее следует применять значительно реже: только в ограниченных целях, из-за плохих психометрических (оценочных) характеристик (надежность, валидность, чувствительность) [11].

В настоящее время оценка качества жизни больного широко применяется в общей хирургии, онкологии, трансплантологии и других областях клинической медицины. Оценка КЖ в хирургии обычно проводится до и после операции. Для получения сопоставимых данных и их дальнейшего применения пользуются стандартными инструментами оценки КЖ. Общепринятым инструментом исследования КЖ являются опросники, заполняемые больными, в которых отражаются и соотносятся все объективные и субъективные факторы, определяющие качество его жизни. Обязательное участие больного в оценке КЖ является ценным и надежным показателем

общего состояния и наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяет составить полную и объективную картину болезни.

В данное время используется более 400 опросников, которые разделяют на общие (могут использоваться для оценки КЖ при различных заболеваниях) и специальные (для определенной группы болезней или одного заболевания). Наиболее распространенными общими опросниками, используемыми в неонкологической практике, являются MOS 36-Item Short-Form Health Survey – MOS SF-36, EuroQol (EQ-5D). Специальные опросники используются в различных областях медицины: гинекологии, кардиологии, гематологии, онкологии; существуют опросники, применяемые при респираторных заболеваниях, и опросники, характеризующие болевой синдром.

Среди специальных опросников следует отметить “Индекс благополучия хирургического больного” – **Well-Being Index for Surgical Patients (WISP)**, разработанный для оценки КЖ у больных после абдоминальных операций. В онкологической практике наиболее распространенными являются EORTC QLQ-C30, FACT-G, Rotterdam Symptom Checklist, Functional living index – Cancer, Cancer Inventory problem situation, Rehabilitation problem system. В ряде случаев используют шкалы для оценки физического состояния, боли и симптомов: Karnovsky Perfomans Index, Symptom Distress Scale, а также визуальные аналоговые шкалы – Spitzer Quality of Life Index, LASA, Quality of life Tool. В многоцентровых рандомизированных исследованиях Европы, Канады и США наиболее часто используется анкета EORTC QLQ-C30, разработанная группой оценки КЖ при Европейской организации лечения и исследования рака (EORTC Study Group on Quality of Life). Ее основу составляет положение о том, что КЖ является интегральным и многомерным показателем.

У человека, заболевшего таким тяжелым заболеванием, как рак желудка, некоторые параметры КЖ приобретают определяющее значение, их можно идентифицировать и измерять. Следовательно, на основании субъективной оценки КЖ, проведенной самим больным, можно получить интегрально-цифровую характеристику состояния здоровья больного. Методологическая основа, на которой базируется опросник, включает ряд положений: 1) специфичность к раку; 2) многомерность в структуре (т.е. наличие нескольких шкал, характеризующих КЖ;

3) возможность заполнения опросника самим больным; 4) применимость в различных культурах [12] Этот опросник апробирован во многих международных клинических исследованиях [13–15]. Он отвечает критериям, разработанным для опросников, применяемых в онкологии – надежности, обоснованности и реализуемости. Опросник высокочувствителен, применим для оценки качества жизни у больных независимо от типа онкологического заболевания и может заполняться больными в различных точках исследования – до начала лечения, во время и после лечения.

По данным изучения непосредственных и отдаленных результатов лечения рака желудка у некоторых больных улучшение качества жизни не наступает [16]. Поэтому возникает необходимость в более глубоком изучении КЖ пациентов в различные периоды после операции.

Оценка качества жизни до хирургического вмешательства имеет прогностическое значение и помогает в отборе больных для оперативного лечения. Этот показатель после операции является важным критерием эффективности хирургического вмешательства и может быть использован для сравнения программ лечения и оценки результатов лечения. Считаем, что пока не изучено влияние той или иной операции на уровень качества жизни больных в послеоперационном периоде, нельзя в полной мере судить о ее достоинствах и недостатках.

Литература

1. *Завгородний Л.Г., Сычева В.В.* Ведущие клинические синдромы после гастрэктомии по поводу рака // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1976. – №12. – С. 21–26.
2. *Форрестер Д.* Мировая динамика / Пер. с англ. – М.: Наука, 1978.
3. *Леви Л., Андерсон Л.* Народонаселение, окружающая среда и качество жизни. – М., 1979.
4. *Субетто А.И.* Квалиметрия жизни. Проблемы измерения качества жизни и направления их решения. – Л., 1991.
5. *Новик А.А., Ионова Т.И.* Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: ЭЛБИ, 1999. – С. 139.
6. *Ушаков И.Б.* Здоровье человека и качество жизни. – М.; Воронеж: Истоки, 2005.
7. *Давыдов Б.И., Пономаренко В.А., Балух О.Т., Ушаков И.Б.* Радиационный риск, здоровье, качество жизни: медико-психологические и социально-экологические аспекты // Авиакосмич. и эколог. мед. – 1993. – №2.
8. *Казначеев В.П.* Теоретические основы валеологии // Фундаментальные основы. – Новосибирск, 1993.
9. *Агаджанян Н.А., Ступаков Г.П., Ушаков И.Б.* Экология, здоровье, качество жизни. – М. – Астрахань: Изд-во АГМА, 1996. – 260 с.
10. *Roder J.D., Herschbach P., Ritter M., Kohn M.M., Sellschopp A. Siewert J.R.* The quality of life following esophagectomy. The results of a psychosocial study of 80 cancer patients // Dtsch Med Wochenschr. – 1990. – Vol. 115. – №15. – P. 570–574.
11. *Hall R.* Observer variation in assessment of results of surgery for peptic ulceration / Br Med J. – 1976; 1: P. 814–816.
12. *Ионова Т.Н., Новик А.А., Сухонос Ю.А.* Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология. – 2000. – Т. 2. – №1–2. – С. 25–27.
13. *Sprangers M.A.G., Cull A., Bjordal K. et al.* The European Organization for Research and Treatment of Cancer approach to quality of life assessment guidelines for developing questionnaire modules // Quality Life Res. – 1993. – Vol. 2. – P. 287–295.
14. *Aaronson N.K., Cull A., Kassa S., Sprangers M.* The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology // Int J Ment Health. – 1994. – Vol. 23. – P. 75–96.
15. *Coates A., Porzsolt F., Osoba D.* Quality of life in oncology practise: prognostic value of EORTC QLQ-C30 scores in patients with advanced malignancy // Eur J Cancer. – 1997. – Vol. 33. – P. 1025–1030.
16. *Жерлов Г.К., Кошель А.П., Максимов А.В., Агаджанов В.С.* Пути улучшения качества жизни пациентов после гастрэктомии и субтотальной дистальной резекции желудка // Росс. ж. гастроэнтер., гепатологии, колопроктологии. – 2000. – Т. 10. – №3. – С. 82–85.