



Качество жизни больных после традиционной и ретроперитонеоскопической нефрэктомии

З.А. Кадыров, И.К. Султанов, А.Ю. Одилов*, И.Н. Нусратуллоев*, Х.С. Ишонаков**

Кафедра эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медработников
Российского университета дружбы народов;

*Республиканский клинический центр «Урология» МЗ РТ;

**Кафедра урологии и андрологии Таджикского института последипломной подготовки
медицинских кадров

В статье обобщены результаты анализа данных обследования и лечения 104 пациентов после ретроперитонеоскопических и традиционных нефрэктомий.

Проведённые клинические исследования показали, что после традиционной нефрэктомии 34 (85,0%) больных в 1-е сутки указали на умеренную или сильную боль в области послеоперационной раны, а после ретроперитонеоскопической операции 18 (28,1%) – на умеренную и только 1 больной – на сильную боль. Подавляющее большинство больных – 46 (71,9%) после ретроперитонеоскопических и 6 (15,0%) – после традиционных нефрэктомий отмечали только дискомфорт (слабая боль) в 1-е сутки после операции. Вместе с тем установили, что среднее число койко-дней пребывания больных в стационаре после традиционных нефрэктомий составило $9,8 \pm 1,6$ (6-14 суток), а после ретроперитонеоскопических нефрэктомий – $6,0 \pm 2,2$ (3-9 суток), период реабилитации и возвращения к обычной жизни меньше после ретроперитонеоскопических нефрэктомий (от 15 до 25 дней, в среднем 20 дней), чем после традиционных нефрэктомий (от 25 до 40 дней, в среднем 30 дней).

Ключевые слова: открытая нефрэктомия, ретроперитонеоскопическая нефрэктомия и нефроуретерэктомия, качество жизни

Введение. Нефрэктомия остаётся сложным оперативным вмешательством, которое может сопровождаться тяжёлыми осложнениями. К наиболее грозным из них относят повреждения нижней полой вены, печени, кишечника, селезёнки. При этом большое значение имеет оперативный доступ к почке. При традиционной нефрэктомии используют ретроперитонеальный, абдоминальный и торакальный доступы. В последние два десятилетия видеоэндоскопические операции получили широкое применение в урологии. Показания и противопоказания, техника выполнения лапароскопических и ретроперитонеоскопических операций изучены на достаточном материале. Одним из спорных моментов применения ретроперитонеоскопического доступа является выполнение нефроуретерэктомии или геминефроуретерэктомии из-за недостаточного рабочего пространства. Однако современные методы визуализации, в частности МСКТ (мультиспиральная компьютерная томография), позволяют точно топировать орган и облегчить выполнение этих операций [1-4].

Исследование качества жизни позволяет по-новому взглянуть на проблему эффективности лечения того или иного заболевания не со стороны врача, а со стороны пациента. Оценка качества жизни, сделанная самим больным, является ценным и надёжным показателем его общего состояния. Данные о качестве жизни наряду с традиционными медицинскими заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину болезни [5].

В настоящее время существует более 400 методов, позволяющих оценить различные аспекты качества жизни, связанные со здоровьем. Наиболее распространёнными общими опросниками в онкологической хирургической практике являются: MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF – 36) и Euro QoL (EQ – SD) [6].

В урологии на данный момент качество жизни, в основном, исследуется с помощью общих и специфических анкет для пациентов с различными заболеваниями простаты [7,8] и недержанием мочи [9]. В то же время у пациентов, перенёвших органосохраняющую

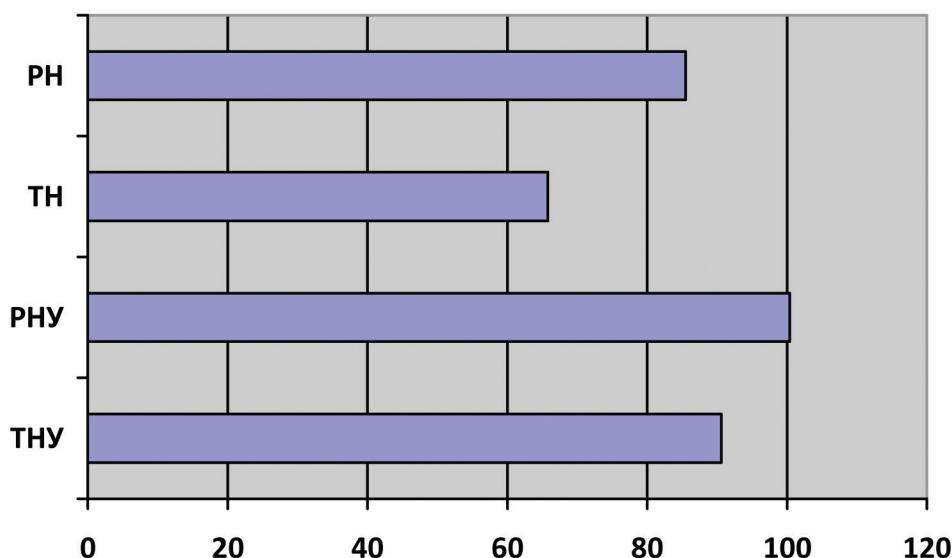


РИС. 1. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОПЕРАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОСТУПА

Условные обозначения: THУ – традиционная нефроуретерэктомия;
PNU – ретроперитонеоскопическая нефроуретерэктомия TH – традиционная нефрэктомия;
PH – ретроперитонеоскопическая нефрэктомия

операцию – нефрэктомия, данный показатель не изучался в доступной нам литературе.

Целью данного исследования явилось сравнительное изучение качества жизни больных после традиционной и ретроперитонеоскопической нефрэктомий.

Материал и методы. Основу настоящей работы составили результаты анализа данных обследования и лечения 104 пациентов на кафедрах эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН, урологии и андрологии Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров и Республиканского клинического центра «Урология».

Пациентам проводились общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, электролиты), микробиологическое исследование мочи и чувствительность к антибиотикам, гистохимическое исследование стенки удалённой почки, УЗИ почек и мочевыводящих путей, обзорную и экскреторную урографию, компьютерную томографию и мультиспиральную компьютерную томографию, динамическую нефросцинтиграфию и радиоизотопную ренографию, доплерографию и ангиографию сосудов почек по показаниям.

Всем больным (n=104) с различными доброкачественными заболеваниями почек выполнили нефрэктомия (с 2003 по 2011 гг.). Основную группу составили 64 больных, которым выполнена ретроперитонеоскопическая нефрэктомия, а контрольную – 40 больных, где ретроспективно проанализирован

традиционный метод – открытая нефрэктомия. Возраст больных варьировал от 18 до 83 лет, составляя в среднем $56,4 \pm 6,22$ года. Среди оперированных было 56 больных мужского и 48 – женского пола. Наиболее часто страдали лица трудоспособного возраста – максимальное количество больных (87) было в возрасте от 18 до 50 лет, что составило 83,7%.

Результаты и их обсуждение. 64 (61,5%) больным была проведена операция нефрэктомия ретроперитонеоскопическим методом, среди них 3 больным выполнена нефроуретерэктомия и 3 – геминефроуретерэктомия. У 40 (38,5%) больных почки удалены традиционным методом, среди них 6 пациентам выполнили нефроуретерэктомия и 2 – геминефроуретерэктомия.

Как традиционные, так и ретроперитонеоскопические операции были выполнены под эндотрахеальным обезболиванием. Открытые операции проводили традиционным люмботомным доступом. У 8 больных выполнили нефроуретерэктомия из 1 или 2 доступов. Ретроперитонеоскопические операции осуществляли под общим обезболиванием, в положении больного на здоровом боку.

Продолжительность нефрэктомии ретроперитонеоскопическим методом (PH) составила в среднем $85,5 \pm 12,7$ минут (40-180 минут), а традиционной операции (TH) – $65,8 \pm 11,8$ минут (40-140 минут). Средняя продолжительность ретроперитонеоскопической нефроуретерэктомии (PNU) составила $100,4 \pm 18,3$ минут (70-200 минут) и традиционной (THU) – $90,6 \pm 14,8$ минут (65-160 минут) (рис. 1).

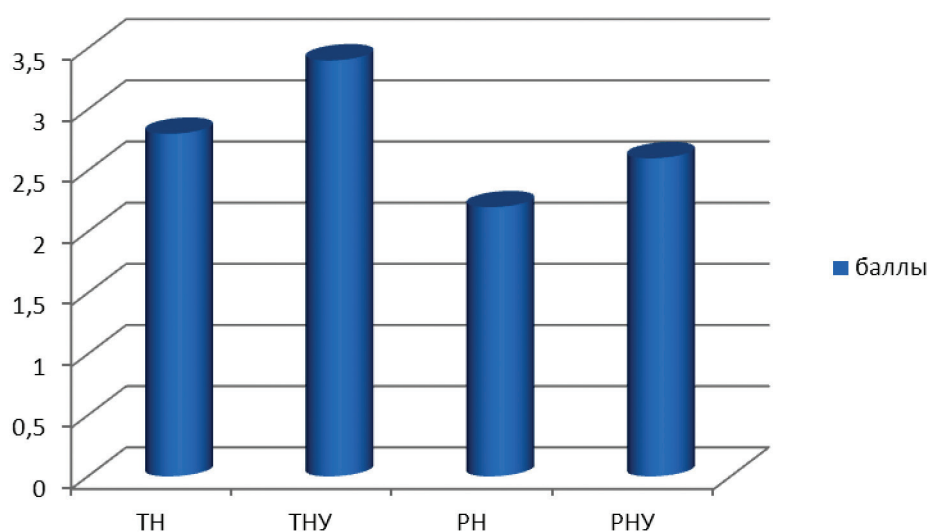


РИС. 2. ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛИ ПО 4-Х БАЛЛЬНОЙ ШКАЛЕ ВЕРБАЛЬНЫХ ОЦЕНОК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИМЕНЯЕМОГО ДОСТУПА

Условные обозначения те же, что и на рис. 1.

У больных со сморщенной почкой времени, затрачиваемого на операцию, при любом доступе требовалось значительно меньше ($60,2 \pm 6,4$ минут), чем при удалении почки у доноров ($100,8 \pm 8,5$ минут), больных пионефрозом ($120,8 \pm 14,5$ минут) и некоторых больных с камнями почек и мочеточника ($105,4 \pm 12,5$ минут). У больных пионефрозом из-за спаечного процесса в забрюшинном пространстве и хронического паранефрита возникали технические трудности, которые удлинляли время операции.

Качество жизни больных (уровень болевых ощущений) оценивали визуально с помощью аналоговой шкалы. Визуально аналоговая шкала (ВАШ) представляет собой прямую линию длиной 10 см (100 мм). Начальная точка линии обозначает отсутствие боли – 0, затем идет слабая, умеренная, сильная, конечная, невыносимая боль – 10. От пациента требуется отметить уровень боли точкой на этой прямой – 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10. Врач отмечает боль в истории болезни или в анкете в сантиметрах [6].

Интенсивность болевых ощущений была более выражена у больных после традиционной нефрэктомии. Болевые ощущения были более выраженными у больных после нефроуретерэктомии, чем нефрэктомии, особенно после традиционной операции. Больные в покое особых болевых ощущений не отмечали, а усиление болей было связано с переменой положения тела в течение первых 2-5 суток после операции.

После традиционной операции 34 (85,0%) больных в 1-е сутки указали на умеренную или сильную боль в области послеоперационной раны, а после ретроперитонеоскопической операции 18 (28,1%) – на

умеренную боль и только 1 больной – на сильную, причем эта боль была связана с выполнением нефроуретерэктомии с выраженным спаечным процессом в забрюшинном пространстве. Подавляющее большинство больных – 46 (71,9%) после РН и 6 (15,0%) после ТН отмечали только дискомфорт (слабая боль) в 1-е сутки после операции.

Одним из объективных методов оценки качества жизни является оценка интенсивности боли по 4-балльной шкале вербальных оценок (ШВО): 0 баллов – боль отсутствует, 1 балл – слабая боль, 2 балла – умеренная, 3 балла – сильная, 4 балла – нестерпимая боль [6]. После ТН интенсивность боли после операции в 1-е сутки составила $2,8 \pm 0,28$ балла; после ТНУ – $3,4 \pm 0,34$; после РН – $2,2 \pm 0,18$, после РНУ – $2,6 \pm 0,20$ (рис. 2). Различие между группами больных после ТН и РН было статистически достоверно ($p < 0,05$).

Другим критерием оценки качества жизни явилась шкала физической активности: 1 – нормальная физическая активность; 2 – незначительно снижена, больной способен самостоятельно посещать врача; 3 – умеренно снижена, постельный режим менее 50% дневного времени; 4 – значительно снижена, постельный режим более 50% дневного времени; 5 – минимальная, полный постельный режим и по продолжительности ночного сна [6].

У больных после ТН физическая активность (в баллах) после операции в 1-е сутки составила $3,8 \pm 0,32$ баллов, после ТНУ – $4,8 \pm 0,34$; после РН составила $2,8 \pm 0,22$, а после РНУ – $3,2 \pm 0,20$ (рис. 3). Различие между группами больных после традиционной операции и ретроперитонеоскопической было статистически достоверно ($p < 0,05$).

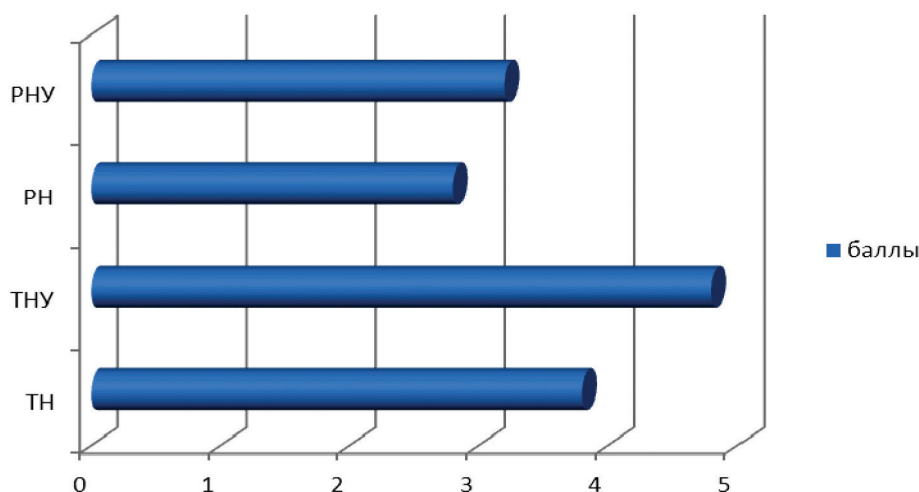


РИС. 3. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПО ШКАЛЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Условные обозначения те же, что и на рис. 1.

Известно, что характер болевых ощущений обусловлен, прежде всего, самими методиками оперативных вмешательств. При открытой операции и большом разрезе через мышечный массив травмируются мышцы передней брюшной стенки при осуществлении доступа к забрюшинному пространству, а в последующем, при послойном ушивании раны, на них накладывают несколько лигатур. Последствием данных воздействий является миозит и иногда вовлечение в процесс нервов с выраженным болевым симптомом, который не позволяет пациентам свободно передвигаться в ближайшее время после операции и вынуждает их находиться в постели. Помимо этого, в процессе операции пересекается апоневроз наружной косой мышцы живота, а образовавшаяся из грануляционной ткани к 8-14 суткам после оперативного вмешательства грубоволокнистая рубцовая ткань не обладает прочностью неповреждённого апоневроза. Это обстоятельство заставляет врачей ограничивать физические нагрузки с целью профилактики образования послеоперационных грыж в течение последующих 2-3 месяцев (период созревания коллагена в рубцовой ткани).

Среднее число койко-дней пребывания больных в стационаре после традиционных операций составило $9,8 \pm 1,6$ (6-14 суток), после ретроперитонеоскопических операций – $6,0 \pm 2,2$ (3-9 суток). Большинство больных были прооперированы на следующий день после госпитализации и 9 – в день госпитализации. Данная разница между группами была статистически достоверна ($p < 0,05$).

Возвращение к обычной жизни также важный послеоперационный показатель у больных после нефрэктомии. Наши данные подтвердили (рис.4), что период реабилитации и возвращение к обычной жизни меньше после РН (от 15 до 25 дней, в среднем

20 дней), чем после открытых операций (от 25 до 40 дней, в среднем 30 дней). Мы выявили достоверную разницу в сроках возвращения больных к активной жизни после традиционных и ретроперитонеоскопических операций. Данная разница между группами была статистически достоверна ($p < 0,05$). Мы объясняем это тем, что после эндохирургического вмешательства реабилитация больных проходит быстрее, вследствие минимальной инвазивности и травматичности доступа.

Период полной реабилитации у неработающих оценивали субъективно, критерием служили жалобы пациентов, их способность к ведению той жизни, которую они вели до операции, статистические данные не достоверны, однако все пациенты после люмботомии ограничивали физическую нагрузку до 3-5 месяцев с момента операции, а после эндовидеохирургических операций все больные через 3-6 недель вели привычный образ жизни.

Косметический эффект-длина разреза передней брюшной стенки после ТН составила 8-15 см (в среднем $12,4 \pm 2,8$ см), а после ТНУ длина 2 разрезов – суммарно 15-25 см (в среднем $20,8 \pm 4,2$ см). После РН и РНУ для удаления почки и мочеточника выполнен только один разрез, и длина разреза варьировала от 3 до 7 см (в среднем $4,5 \pm 1,2$ см).

Преимущество ретроперитонеоскопической нефрэктомии заключается в том, что после проведения операции этим способом выздоровление пациента наступает значительно быстрее и легче, чем после традиционной нефрэктомии. Можно объяснить это тем, что тяжесть и длительность послеоперационного периода после люмботомии связаны с тяжёлой интраоперационной травмой, наносимой пациенту при хирургическом доступе рассечением мышц пояснич-

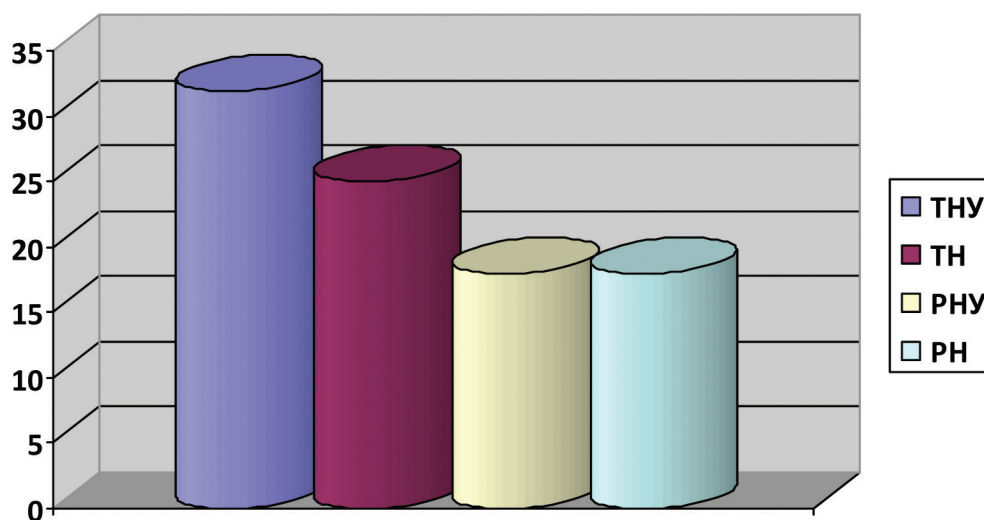


РИС.4. СРОКИ ВОЗВРАЩЕНИЯ К ОБЫЧНОЙ ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ОПЕРАЦИИ

Условные обозначения те же, что и на рис. 1.

ной области, и обширной травмой забрюшинного пространства с нарушением его кровотока, лимфодинамики и иннервации. При ретроперитонеоскопическом методе эта травматизация минимальна.

Многие послеоперационные показатели (физическая активность по 4-х балльной шкале вербальных оценок и ВАШ) свидетельствуют о том, что в 1-е сутки после видеоэндоскопических методов качество жизни больных достоверно лучше, чем после традиционных. Относительно срока пребывания в стационаре и возвращения к обычной жизни, полученные нами данные подтвердили явное преимущество ретроперитонеоскопического доступа.

Таким образом, качество жизни больных значительно лучше после малоинвазивной ретроперитонеоскопической, чем после традиционной нефрэктомии.

Результаты ретроперитонеоскопической нефрэктомии сравнимы с традиционными методами, а по многим показателям даже превосходят их. Минимальная операционная травма при данной операции и косметический эффект позволяют широко использовать её для удаления почек.

После ретроперитонеоскопической нефрэктомии болевые ощущения менее выражены, а физическая активность более высокая, чем после традиционной нефрэктомии. Реабилитация больных после эндохирургического вмешательства проходит быстрее, вследствие минимальной инвазивности и травматичности доступа. Возвращение пациентов к обычной жизни быстрее после РН (от 15 до 25 дней, в среднем 20 дней), чем после открытых операций (от 25 до 40 дней, в среднем 30 дней). Ценность видеоэндоскопического метода возрастает при выполнении нефроуретерэктомии, где все этапы операции выполняют из одного разреза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chueh S.C. Simple nephrectomy by retroperitoneoscope / S.C. Chueh [et al.] // J. Formos Med. Assoc. – 1996. – V. 95, № 6, – P. 487-9
2. Hemal A.K. Comparison of retroperitoneoscopic nephrectomy with open surgery for tuberculous nonfunctioning kidneys / A.K. Hemal [et al.] // J. Urol. – 2000. – V. 164, № 1. – P. 32-35
3. Степанов В.Н. Лапароскопическая нефрэктомия / В.Н. Степанов, З.А. Кадыров // Атлас лапароскопических операций в урологии. – М., 2001. – С. 60-66
4. Gupta N.P. Should retroperitoneoscopic nephrectomy be the standard of care for benign nonfunctioning kidneys? An outcome analysis based on experience with 449 cases in a 5-year period / N.P. Gupta [et al.] // J. Urol. – 2004. – V. 172, № 4, Pt.1, – P. 1411-3
5. Новик А.А. Концепция исследования качества в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайид. – СПб.; 1999
6. Новик А.А. Исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М.; 2004
7. Bosch J.L. Using the ICSOol to measure the impact of lower urinary tract symptoms on quality of life: evidence from the ICS - BPH Study. International Continence Society - Benign Prostatic Hyperplasia / J.L. Bosch [et al.] // Br. J. Urol. – 1997. – V. 80, № 5, – P. 712-721
8. Sandblom G. Pain and health related quality of life in a geographically defined population of men with prostate cancer / G. Sandblom [et al.] // Br. J. Cancer. – 2001. – V. 85, № 4, – P. 479- 503
9. Fuertes M.E. Clinical trial to evaluate trospium chloride (Uraplex) effectiveness and tolerance in patients with detrusor instability incontinence and its impact on quality of life / M.E. Fuertes [et al.] // Arch. Esp. Urol. – 2000. – V. 53, №2. – P. 125-136



Summary

Quality of life in patients after the conventional and retroperitoneoscopic nephrectomy

Z.A. Kadyrov, I.K. Sultanov, A.Y. Odilov*, I.N. Nusratulloev *, H.S. Ishonakov **

Chair of endoscopic urology of faculty training health workers of the Russian University of Peoples' Friendship;

** RCC «Urology» MoH RT;*

*** Department of Urology and Andrology TIPMT*

The results of analysis of the survey data and treatment of 104 patients after retroperitoneoscopic and conventional nephrectomy is summarized in the article.

The clinical study showed that after a traditional nephrectomy 34 (85.0%) patients in the 1st day have pointed to a moderate or severe pain in the wound, and after retroperitoneoscopic surgery 18 (28.1%) - a moderate and only 1 patient - for severe pain. The vast majority of patients - 46 (71.9%) after retroperitoneoscopic and 6 (15.0%) after the traditional nephrectomy noted only discomfort (mild pain) to the first day after surgery.

At the same time found that the average number of patient days of hospitalization after the traditional nephrectomy was $9,8 \pm 1,6$ (6-14 days), and after retroperitoneoscopic nephrectomy - $6,0 \pm 2,2$ (3-9 days), the period of rehabilitation and returning to normal life less after retroperitoneoscopic nephrectomy (15 to 25 days, on average, 20 days) than after conventional nephrectomy (25 to 40 days, an average of 30 days).

Key words: open nephrectomy, retroperitoneoscopic nephrectomy and nephroureterectomy, quality of life

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич – заведующий кафедрой эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медработников РУДН;
Россия, г. Москва, 3-й Лихачевский переулок, дом 7, корпус 4, кв. 33
E-mail: zieratsho@yandex.ru