

УДК 616.348–089.86–089.168

## ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ, У ЯКИХ СФОРМОВАНО КОЛОСТОМУ

В. М. Косован

Одеська обласна клінічна лікарня

## COMPARATIVE ESTIMATION OF THE PATIENTS QUALITY OF LIFE, IN WHOM COLOSTOMY WAS FORMATTED

V. M. Kosovan

### РЕФЕРАТ

Проведена порівняльна оцінка якості життя (ЯЖ) 155 хворих, у яких сформовано колостому. У 65 (41,9%) з них після операції виникли параколомні ускладнення (ПКСУ), у 90 (58,1%) – з неускладненим післяопераційним періодом. Встановлені достовірні відмінності ЯЖ у пацієнтів з ПКСУ. Самоізоляцію хворих у суспільстві II та III ступеня достовірно частіше спостерігали за наявності ПКСУ.

**Ключові слова:** одно- та двостовбурова колостома; параколомні ускладнення; якість життя; самоізоляція хворих.

### SUMMARY

Comparative estimation of quality of life in 155 patients, in whom colostomy was formatted, was conducted. In 65 (41.9%) of them postoperative paracolostomic complications have occurred, in 90 (58.1%) – noncomplicated postoperative period was noted. The trustworthy differences in quality of life in patients, suffering paracolostomic complications, were established. Selfisolation of patients in the society grades II and III was observed trustworthy more frequently in presence of paracolostomic complications.

**Key words:** one- and two-barrel colostomy; paracolostomic complications; quality of life; selfisolation of the patients.

У теперішній час доцільність формування тимчасової одно- чи двостовбурової колостоми при пухлинних і непухлинних захворюваннях і травмі товстої кишки безсумнівна [1–4]. Така тактика дозволяє зберегти життя пацієнтам та зменшити частоту життєво небезпечних післяопераційних ускладнень. У структурі післяопераційних ускладнень частка ПКСУ досить висока, проте, життєво небезпечний статус менший. За даними літератури, ПКСУ спостерігають у 25,5–90,1% хворих, в тому числі набряк колостоми – практично в усіх, він самостійно зникає через 3–4 доби, параколомний дерматит – у 2,5–6,8%, параколомні абсцеси та флегмони – в 1,4–6,3%, ретракцію і некроз колостоми – у 0,75–6,6%, параколомні нориці – до 4,5%, параколомні грижі – від 5,8 до 50,8% [4–7].

Наявність ПКСУ зумовлює погіршення психічного й емоційного стану пацієнта, появу відчуття безпорадності, зневіри у сприятливий результат виконаної операції, збільшення матеріальних витрат на догляд за колостоמוю.

Крім того, наявність ПКСУ унеможливорює виконання ранніх реконструктивно-відновних операцій, зумовлює невідправдане збільшення тривалості радикального та відновного етапів хірургічного лікування, особливо якщо це стосується радикального видалення пухлини [3, 5].

Запропоновані численні методи формування колостоми, проте, частота ПКСУ не має тенденції до зменшення. Знизити частоту або уникнути ПКСУ можливо при дотриманні визначених стандартизованих принципів та прийомів на доопераційному, інтраопераційному, ранньому післяопераційному та післястаціонарному етапах реабілітації хворих [2, 8].

Сьогодні значну увагу приділяють визначенню ЯЖ хворих, у яких сформовано колостому, проте, об'єктивної оцінки ЯЖ у хворих з ПКСУ немає [9–11]. Тому порівняльна оцінка ЯЖ хворих за наявності колостоми ПКСУ актуальна.

Мета дослідження: оцінити та порівняти ЯЖ хворих, у яких сформовано тимчасову колостому, за наявності ПКСУ та їх відсутності.

## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження включені 155 пацієнтів, у яких сформовано одностовбурову — у 73 (47,1%) та двостовбурову — у 82 (52,9%) колостому.

Результати оперативного втручання з формуванням одно— чи двостовбурової колостоми оцінювали за видом, частотою ускладнень, строками їх виникнення, ЯЖ пацієнтів. ЯЖ пацієнтів вивчали й оцінювали у двох групах хворих: I група — 90 (58,1%) хворих без ПКСУ, II група — 65 (41,9%) пацієнтів з ПКСУ.

Для оцінки ЯЖ пацієнтів використовували коротку версію опитувальника здоров'я (MOS 36—Item Short—Form Health Survey, или MOS SF—36) [10, 12]. Цей опитувальник дає можливість оцінити загальне здоров'я, тобто, складові здоров'я, які не є специфічними для вікових груп, визначених захворювань та програм лікування. Метод використовують для вивчення всіх компонентів ЯЖ.

Опитувальник містить 11 пунктів, деякі з них — від 3 до 10 підпунктів, загальна кількість запитань — 36. Запитання відображають загальну самооцінку здоров'я, а також 8 сфер (субшкал) здоров'я.

Фізичне функціонування (Physical Functioning — PF). Низькі показники свідчать про обмеження фізичної активності станом здоров'я пацієнта.

Рольове фізичне функціонування (Role—Physical Functioning — RP). Низькі показники свідчать про обмеження повсякденної діяльності фізичним станом пацієнта.

Інтенсивність болю (Bodily pain — BP). Низькі показники свідчать, що наявність болю значно обмежує активність пацієнта.

Загальний стан здоров'я (General Health — GH). Оцінка хворим стану свого здоров'я. Чим нижчий показник, тим нижча оцінка стану здоров'я.

Життєва активність (Vitality — VT). Низькі показники свідчать про втому пацієнта, зниження життєвої активності.

Соціальне функціонування (Social Functioning — SF). Низькі показники свідчать про обмеження контактів у суспільстві, зниження рівня спілкування.

Рольове емоційне функціонування (Role—Emotional — RE). Низькі показники інтерпретують як обмеження повсякденної роботи, зумовлене емоційним станом.

Психічне здоров'я (Mental Health — MH). Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічного неблагополуччя.

Фізичне функціонування (PF), рольове фізичне функціонування (RP), інтенсивність болю (BP), загальний стан здоров'я (GH) описують як фізичний компонент здоров'я (шкали 1—4); життєву активність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове емоційне функціонування (RE), психічне здоров'я (MH) — психологічний компонент здоров'я (шкали 5—8).

Відповіді на запитання оцінювали за номінальною шкалою від 1 до 5, виводячи загальний показник для кожного пункту за формулою: обчислене значення = (реальне значення показника — мінімально можливе значення показника: можливий діапазон значень) × 100. В ідеалі за повного здоров'я показник має наближатися до 100. На практиці ці показники значно менші.

Показники ЯЖ у здорових осіб для проведення дослідження взяті за основу з досліджень С. І. Рябова та співавторів (1996), С. В. Мартеньянова та співавторів (2003), О. І. Пойди і співавторів [9].

ЯЖ хворих оцінювали за методом інтерв'ю після одержання письмової згоди через 1—3 міс після формування колостоми. Для більш детального вивчення змін SF використовували шкалу ступеня соціальної дезадаптації, запропоновану А. W. Gooszen [11].

Для порівняння кількох груп використовували непараметричний критерій Крускала—Уоліса (H), при

Таблиця 1. ПКСУ у хворих при формуванні одно— та двостовбурової колостоми

Ускладнення	Кількість хворих при формуванні колостоми					
	одностовбурової (n=73)		двостовбурової (n=82)		разом (n=155)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ранні	11	15,07	12	14,64	23	14,84
парастомний дерматит	4	5,48	4	4,88	8	5,16
абсцеси та флегмони	4	5,48	4	4,88	8	5,16
некроз колостоми	2	2,74	—	—	2	1,29
ретракція колостоми	1	1,37	4	4,88	5	3,23
Віддалені	15	20,55	27	32,92	42	27,1
параколостомна нориця	3	4,11	4	4,88	7	4,52
стриктура колостоми	1	1,37	1	1,22	2	1,29
параколостомні грижі	8	10,96	16	19,51	24	15,48
евагінація слизової оболонки	3	4,11	6	7,31	9	5,81
Загалом ...	26	35,62	39	47,56	65	41,94

Таблиця 2. Оцінка ЯЖ хворих, у яких сформовано колостому, за відсутності та наявності ПКСУ

Показник	Величина показника в групах хворих з колостоמוю ( $\bar{x} \pm m$ )				
	у здорових осіб	одностовбуровою		двостовбуровою	
		I (n=47)	II (n=26)	I (n=43)	II (n=39)
PF	96,8±4,07	90,1±2,1	78,5±3,3	75,4±3,2	72,1±1,8
RP	85,5±5,4	52,7±1,5	50,2±2,4	55,0±2,5	52,7±1,6
BP	85,7±7,4	75,6±3,5	71,1±2,5	68,8±4,5	69,4±5,5
GH	74,5±5,85	64,1±2,2	57,6±4,3	63,0±3,3	59,0±4,3
VT	69,1±5,05	54,7±3,3	47,3±4,3	62,5±5,5	57,1±5,3
SF	80,1±8,41	57,0±4,4	54,3±4,5	55,3±4,4	51,5±3,5
RE	81,7±14,8	45,4±4,4	40,0±3,5	45,8±4,4	41,2±2,5
MH	69,24±6,3	56,9±4,5	53,7±4,5	67,7±5,5	58,1±4,5

Таблиця 3. Соціальна дезадаптація пацієнтів за наявності тимчасової колостоми (за А. W. Gooszen та співавт. [11])

Соціальна дезадаптація пацієнтів, ступінь	Кількість спостережень в групах за наявності колостоми							
	одностовбурової				двостовбурової			
	I (n=47)		II (n=26)		I (n=43)		II (n=39)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	34	72,34	6	23,08*	23	53,49	13	33,33*
II	10	21,28	12	46,16*	11	25,58	11	28,21*
III	3	6,38	8	30,76*	9	20,93	15	38,46*

Примітка. \* – Різниця показників достовірна у порівнянні з такими у хворих I групи ( $P < 0,05$ ).

перевищенні критичного значення  $\chi^2$  відмінності приймали як статистично значущі [13]. За такої ситуації додатково проводили непараметричне множинне порівняння з використанням критерію Данна (Q). Вірогідність різниці середніх показників оцінювали при 95% довірчому інтервалі (95%ДІ). Прийнятий рівень статистичної значущості  $P < 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

ПКСУ після хірургічних втручань, завершених формуванням одно– та двостовбурової колостоми, виникли у 65 (41,9%) пацієнтів, у 26 (40%) – при формуванні одностовбурової, у 39 (60%) – двостовбурової колостоми (табл. 1).

Значущі відмінності за частотою ускладнень при використанні різних підходів до формування колостоми не виявлені ( $P > 0,05$ ).

Оцінка показників ЯЖ хворих за наявності та відсутності ПКСУ у порівнянні з такими у здорових осіб наведена у табл. 2.

В цілому всі показники ЯЖ хворих, у яких сформовано одно– чи двостовбурову колостому, значно менші ніж у здорових осіб, а за наявності ПКСУ – ще менші. Втім, достовірні відмінності спостерігали лише у пацієнтів з одностовбуровою колостоמוю за субшкалами PF та VT ( $H=15,0$ ,  $P < 0,05$ ). При множинному міжгруповому порівнянні встановлені достовірні відмінності показника PF у I та II групах ( $Q=3,2$ ,  $P < 0,05$ ).

PF – фізична активність (можливість виконувати фізичне навантаження протягом звичайного дня)

значно знижена у хворих з колостоמוю, особливо за наявності ПКСУ.

Показник RP – роль фізичних проблем в організації життєдіяльності (фізична можливість виконувати свою роботу) значно знижений у порівнянні з таким у здорових осіб у хворих усіх груп без істотних відмінностей.

BP – відчуття фізичного болю (інтенсивність болю) істотно не різнилось в порівнюваних групах дослідження.

GH – загальне відчуття здоров'я (суб'єктивна оцінка загального стану здоров'я) знижений у хворих за наявності ПКСУ.

Ці чотири шкали показників ЯЖ характеризують фізичний компонент здоров'я, значно знижений у порівнянні з таким у здорових осіб. Встановлені також достовірні відмінності показників PF в групах хворих ( $P < 0,05$ ).

VT – життєздатність (суб'єктивна оцінка настрою, енергійності, життєвих сил) значно знижена у хворих за наявності ПКСУ у порівнянні з такою як у здорових осіб, так і у хворих за неускладненого перебігу після операційного періоду.

Показники SF – соціальна активність (емоційна та фізична можливість спілкування з іншими людьми) значно знижені в групах хворих без достовірної різниці. Ці показники як найбільш значущі для людини в соціальному середовищі досліджували за шкалою соціальної дезадаптації.

Показники RE – роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (емоційна можливість людини

займатися звичною професійною діяльністю або роботою по дому) були знижені в усіх групах, найбільш виражено — за наявності ускладнень.

Показники МН — психічного здоров'я знижені в усіх групах, найбільше — за наявності ПКСУ, погіршення психічного та емоційного стану пацієнтів, появи відчуття безпорадності, зневіри у сприятливий результат лікування, збільшення матеріальних витрат на догляд за колостомою.

Психологічний компонент здоров'я у хворих більш змінений, ніж фізичний компонент.

Найбільш значущим для пацієнтів за наявності колостоми є показники соціального функціонування (SF).

Для більш детального аналізу змін SF застосовано шкалу ступеня соціальної дезадаптації [11]. Виділені три ступеня самоізоляції хворих у суспільстві, залежно від виявлення у них чотирьох проблем, пов'язаних з наявністю колостоми: 1) подразнення шкіри навколо стоми; 2) підтікання вмісту кишечника за наявності калоприймача; 3) зміни одягу, пов'язані з носінням калоприймача; 4) необхідність дотримання відповідної дієти.

Самоізоляція I ступеня (незначна) — відсутність необхідності ізоляції в суспільстві або схильність до неї не частіше 1 разу на тиждень.

Самоізоляція II ступеня (значна) хворі змушені уникати спілкування через наявність колостоми частіше 1 разу на тиждень.

Самоізоляція III ступеня (повна) — хворі змушені повністю ізолюватися від суспільства (табл. 3).

Самоізоляція пацієнтів I ступеня більш виражена у пацієнтів I групи за наявності як одно—, так і двостовбурової колостоми. Самоізоляція пацієнтів II та III ступеня найбільш виражена у пацієнтів за наявності ПКСУ ( $P < 0,05$ ).

## ВИСНОВКИ

1. Значне погіршення ЯЖ в порівнянні з такою у здорових осіб відзначають в усіх хворих, яким сформовані одно— або двостовбурову колостому.

2. ПКСУ значно погіршують ЯЖ хворих у порівнянні з такою за неускладненого перебігу післяопераційного періоду.

3. Психологічний компонент здоров'я хворих за наявності тимчасової колостоми, а особливо з ПКСУ погіршується більш виражено, ніж фізичний.

4. Встановлено достовірну різницю частоти значної та повної самоізоляції пацієнтів за наявності ПКСУ.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Косован В. М. Місце та роль ентеро— і колостомії в структурі екстрених хірургічних втручань на товстій кишці / В. М. Косован // Харк. хірург. школа. — 2010. — № 6. — С. 15 — 19.
2. Мамчич В. І. Алгоритм ведення хворих з колостомою в хірургічному стаціонарі / В. І. Мамчич, В. С. Андрієць, В. І. Семіног // Медицина неотлож. состояний. — 2010. — № 3 (28). — С. 31 — 34.
3. Реконструктивно—восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, Ю. В. Думанский [и др.] // Новоутворення. — 2009. — № 3—4. — С. 85 — 91.
4. Robertson I. Prospective analysis of stoma—related complications / I. Robertson // Colorect. Dis. — 2005. — Vol. 3. — P. 279 — 285.
5. Калашникова И. А. Кожные перистомальные осложнения и качество жизни пациентов с кишечной стомой / И. А. Калашникова, С. И. Ачкасов // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. — Одесса, 2011. — С. 261 — 262.
6. Косован В. Н. Параколостомические осложнения у больных, оперированных по поводу осложненного рака левой половины толстой кишки / В. Н. Косован // Мед. перспективы. — 2012. — Т. 17, № 1, ч. 2. — С. 168 — 170.
7. Makela J.T. Stoma care problems after stoma surgery in Northern Finland / J.T. Makela, M. Niskasaari // Scand. J. Surg. — 2006. — Vol. 95, N 1. — P. 23 — 27.
8. Шляхи профілактики післяопераційних ускладнень при формуванні кишкових стом / М. І. Тутченко, В. С. Андрієць, І. В. Клюзко [та ін.] // Хірургія України. — 2012. — № 1 (41). — С. 23 — 26.
9. Качество жизни больных, оперированных по поводу рака толстой кишки / А. И. Пойда, В. М. Мельник, Л. Г. Заверный, Р. Н. Абу Шамсия // Клини. онкология. Спец. выпуск. — 2011. — № 1. — С. 47 — 52.
10. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — СПб.: Изд. Дом "Нева"; М.: "Олма—Пресс Звездный мир", 2002. — 320 с.
11. Quality of life with a temporary stoma / A. W. Gooszen, R. H. Geelkerken, J. Hermans [et al.] // Dis. Colon Rectum. — 2000. — Vol. 43. — P. 650 — 654.
12. SF—36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J. E. Ware, K. K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. — Boston: Health Institute, New England Medical Center, 1993.
13. Гланц С. Медико—биологическая статистика / С. Гланц. — М.: Практика, 1998. — 459 с.

