УДК 616.24-007.63-089:614.2

DOI: 10.31549/2541-8289-2021-2-15-18

ОЦЕНКА УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ДВУХПОРТОВЫХ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ

Дробязгин Е.А.^{1,2}, Чикинев Ю.В.^{1,2}, Хусаинов В.Ф.^{1,2},
Щербина К.И.², Хусаинова Е.С.²

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

THE QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN PATIENTS AFTER DUAL-PORT VIDEOTHORACOSCOPIC SURGERY FOR BULLOUS PULMONARY EMPHYSEMA

*Droblyazgin E.A.^{1,2}, Chikinev Yu.V.^{1,2}, Khusainov V.F.^{1,2},
Shcherbina K.I.², Khusainova E.S.²*

¹Novosibirsk State Medical University

²State Novosibirsk Regional Clinical Hospital

АННОТАЦИЯ

В статье проведен анализ уровня качества жизни 28 пациентов с буллезной эмфиземой легких, прооперированных из двухпортового доступа в ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» за период с 2017 по 2020 г. Оценка проводилась с использованием неспецифического опросника SF-36 и опросника для оценки одышки Университета Калифорнии, Сан-Диего (UCSD-SOBQ). В результате исследования выявлено значимое улучшение уровня качества жизни пациентов, прооперированных из двухпортового доступа.

Ключевые слова: буллезная эмфизема легких, торакоскопическая хирургия, качество жизни пациентов после торакоскопических вмешательств.

ABSTRACT

The article analyzes the quality of life of 28 patients with bullous pulmonary emphysema, operated on from the dual-port approach at the State Novosibirsk Regional Clinical Hospital over the period from 2017 to 2020. The assessment was performed using the SF-36 nonspecific questionnaire and the San Diego University Shortness of Breath Questionnaire (UCSD-SOBQ). The study revealed a significant improvement in the quality of life of patients operated on from a dual-port approach.

Keywords: bullous pulmonary emphysema, thoracoscopic surgery, quality of life in patients after thoracoscopic interventions.

Автор, ответственный за переписку

Corresponding author

Дробязгин Евгений Александрович: ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 630091, г. Новосибирск, Красный пр., 52.
E-mail: evgenyidrob@inbox.ru

Droblyazgin Evgeniy Aleksandrovich: Novosibirsk State Medical University, 52, Krasny Prospekt, Novosibirsk, 630091, Russia.
E-mail: evgenyidrob@inbox.ru

© ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, 2021

ВВЕДЕНИЕ

Спонтанный пневмоторакс является актуальной проблемой в современной неотложной хирургии. Частота его возникновения составляет от 6 до 12 % среди всех пациентов, обратившихся в отделения торакальной хирургии [1–4]. В большинстве случаев больному, поступившему в стационар, выполняется дренирование плевральной полости с целью расправления легкого. В дальнейшем для уточнения причин пневмоторакса выполняется дообследование [4–9]. Наиболее чувствительным методом для диагностики эмфизематозного поражения, в том числе локали-

зованного апикально, является мультиспиральная компьютерная томография [3]. Основными принципами хирургического лечения пациентов с буллезной эмфиземой легких являются резекция булл и облитерация плевральной полости с целью предупреждения рецидивов пневмоторакса [4].

Внедрение видеоторакокопии привело к снижению травматичности и продолжительности оперативного вмешательства, быстрой реабилитации в послеоперационном периоде [5–7]. С учетом стремления к минимизации выполнения вмешательств разработаны и приме-

Таблица 1

Результаты показателей уровня качества жизни по опроснику SF-36 в различные сроки после оперативного вмешательства, Ме (М (25; 75))

Показатель	Время после операции			
	1 мес	3 мес	6 мес	12 мес
Физическое функционирование (PF)	83,92 (85,0 (75,5; 95,0))	95,35 (100,0 (90; 100))*	98,57 (100 (100; 100))*	98,39 (100 (100; 100))*
Роль в функционировании (Физическое) (RP)	69,64 (87,5 (25,0; 100,0))	89,28 (100,0 (87,5; 100,0))*	100 (100 (100; 100))*	100 (100 (100; 100))*
Интенсивность боли (BP)	70,6 (73,0 (62,0; 84,0))	87,32 (84 (80,0; 100,0))	97,71 (100 (100; 100))	99,1 (100 (100; 100))
Общее состояние здоровья (GH)	70,6 (73,0 (41,0; 100,0))	71,46 (77,0 (67,0; 82,0))*	79,0 (78,5 (72,0; 88,5))*	79,39 (82 (71,0; 92,0))*
Жизненная активность (VT)	82,4 (85,0 (75,0; 85,0))	87,14 (85,0 (85,0; 92,5))*	90,53 (90,0 (85,0; 95,0))*	98,57 (100 (100; 100))*
Социальное функционирование (SF)	87,98 (88,0 (75,0; 100,0))	95,96 (100,0 (93,75; 100,0))*	99,1 (100 (100; 100))*	98,66 (100 (100; 100))*
Роль в функционировании (эмоциональное) (RE)	56,46 (57,57 (54,02; 59,65))	97,61 (100,0 (100; 100))*	96,42 (100 (100; 100))*	98,82 (100 (100; 100))*
Психическое здоровье (MH)	82,0 (84,0 (78,0; 88,0))	85,57 (88,0 (80,0; 88,0))*	90,14 (92,0 (86,0; 94,0))*	91,85 (92,0 (88,0; 96,0))*
Физический компонент здоровья (PCH)	46,53 (47,85 (38,87; 52,24))	55,97 (59,75 (54,84; 58,6))*	58,72 (59,46 (57,61; 59,97))*	58,24 (56,92 (57,87; 58,44))*
Психологический компонент здоровья (MCH)	56,46 (57,57 (54,02; 59,64))	57,64 (58,27 (56,96; 59,32))*	58,81 (58,96 (57,68; 60,05))*	59,1 (59,54 (57,84; 61,15))*

* обозначены статистически значимые величины ($p < 0,05$), отличающиеся от показателей в первый месяц после операции.

няются однопортовые (single-port) и видеоассистированные вмешательства (video-assisted thoracoscopic surgery). Малоинвазивные оперативные вмешательства позволяют значительно улучшить результаты лечения пациентов, но имеют некоторые недостатки, которые обусловлены дороговизной инструментария, особенностями визуализации и специфическими мануальными навыками, что сдерживает их распространение [3, 5, 8–19].

Результаты двухпортовых вмешательств, как непосредственные, так и отдаленные, требуют дальнейшего изучения в сравнении с видеоторакоскопией.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить уровень качества жизни пациентов, которым выполнены двухпортовые операции по поводу буллезной эмфиземы легких.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 28 пациентов (мужчин — 23, женщин — 5), которые находились на лечении в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» в пе-

риод с 2017 по 2020 г. с диагнозами «Спонтанный пневмоторакс», «Буллезная эмфизема легких», «Рецидивирующий пневмоторакс», прооперированных из двухпортового доступа. Стандартный объем оперативного вмешательства включал резекцию буллезно-измененного участка легочной ткани, субтотальную париемальную плевроэктомию.

Возраст пациентов находился в пределах от 16 до 55 лет (средний возраст — 28,91 (Ме 28,5 (20,0; 34,0))). Во всех случаях диагноз буллезной эмфиземы легких установлен по результатам мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки. Оперативные вмешательства выполняли под эндотрахеальным наркозом с раздельной интубацией бронхов.

Для оценки качества жизни использованы неспецифический опросник SF-36 и опросник для оценки одышки Университета Калифорнии, Сан-Диего (UCSD-SOBQ). Анкетирование проводилось в сроки 1, 3, 6 и 12 мес после операции. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программ Statistica 7.0, MS Excel из пакета MS Office 2007. Характеристики выборки представлены в виде средних и

Таблица 2

Показатели опросника SOBQ через 1–12 мес после оперативного вмешательства

Срок после операции	Результат Ме (М (25; 75))
1 мес	6,32 (6,0 (3,0; 8,0))
3 мес	5,75 (4,5 (2,5; 7,5))*
6 мес	3,28 (2,0 (0; 6,0))*
12 мес	2,96 (1,0 (0; 2,5))*

* обозначены статистически значимые величины ($p < 0,05$), отличающиеся от показателей в первый месяц после операции.

медианных значений с интерквартильными размахами [25-й процентиль; 75-й процентиль].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Значения показателей уровня качества жизни приведены в табл. 1 и 2. При анализе компонентов опросника SF-36 выявлено увеличение большинства показателей физического компонента здоровья к 3-му месяцу. Так, физическое функционирование увеличилось на 12 %, ролевое функционирование — на 21,9 %, уменьшение боли — на 19,1 %. Все перечисленные составляющие прогрессивно увеличиваются и достигают максимальных значений к 12-му месяцу. Значение общего состояния здоровья к 3-му месяцу существенно не изменилось. Среди показателей психологического компонента здоровья отмечен значительный прирост ролевого функционирования (на 41,5 %). Среди остальных показателей прирост к 3-му месяцу составил менее 10 %. К 12-му месяцу все показатели психологического компонента здоровья достигли наибольших значений. При оценке одышки (SOBQ) отмечается снижение средних значений в 2 раза к 6-му месяцу.

В современной хирургии снижение интраоперационной травмы является одним из главных принципов. Этого можно добиться благодаря малоинвазивным оперативным вмешательствам [1, 2, 5, 12]. Главными преимуществами малоинвазивных операций являются сокращение длительности вмешательства, продолжительности пребывания в стационаре и уменьшение частоты развития интраоперационных и послеоперационных осложнений. Дискуссия о преимуществах и недостатках того или иного малоинвазивного вмешательства продолжается [4, 11–17, 19].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В сроки 3, 6, 12 мес после операции отмечено улучшение показателей уровня качества жизни пациентов. Необходима сравнительная оценка уровня качества жизни больных после различных малоинвазивных вмешательств.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Foroulis C.N. Surgery for primary spontaneous pneumothorax // J. Thorac. Dis. 2016. Vol. 8 (12). P. 1743–1745. DOI: 10.21037/jtd.2016.12.31.
- Habibi B., Achachi L., Hayoun S. et al. Management of spontaneous pneumothorax: about 138 cases // Pan Afr. Med. J. 2017. Vol. 26 (152). DOI: 10.11604/pamj.2017.26.152.11437.
- Asano H., Ohtsuka T., Noda Y. et al. Risk factors for recurrence of primary spontaneous pneumothorax after thoracoscopic surgery // J. Thorac. Dis. 2019. Vol. 11 (5). P. 1940–1944. DOI: 10.21037/jtd.2019.04.105.
- Chikaishi Y., Kanayama M., Taira A. et al. What is the best treatment strategy for primary spontaneous pneumothorax? A retrospective study // Ann. Med. Surg. (Lond). 2019. Vol. 45. P. 98–101. DOI: 10.1016/j.amsu.2019.07.034.
- Мотус И.Я., Неретин А.В. Видеоторакоскопия в хирургии спонтанного пневмоторакса // Эндоскопическая хирургия. 2006. № 12 (4). С. 44–48.
- Полянцев А.А., Быков А.В., Полянцев А.А. (мл.) и др. Ошибки, опасности, осложнения при первом эпизоде спонтанного пневмоторакса // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. 2018. № 3. С. 64–69. DOI: 10.17116/hirurgia2018364-69.
- Aljehani Y.M., Almajid F.M., Niaz R.C., Elghoneimy Y.F. Management of primary spontaneous pneumothorax: a single-center experience // Saudi J. Med. Med. Sci. 2018. Vol. 6 (2). P. 100–103. DOI: 10.4103/sjmms.sjmms_163_16.
- Чикинев Ю.В., Дробязгин Е.А., Литвинцев А.Ю. Анализ осложнений торакоскопических оперативных методов лечения буллезной эмфиземы легких // Сиб. науч. мед. журн. 2018. № 38 (1). С. 65–68. DOI: 10.15372/SSMJ20180110.
- Cardillo G., Ricciardi S., Rahman N., Walker S., Maskell N.A. Primary spontaneous pneumothorax: time for surgery at first episode? // J. Thorac. Dis. 2019. № 11 (9). P. 1393–1397. DOI: 10.21037/jtd.2019.03.22.
- Allain P.A., Carella M., Agrafiotis A.C. et al. Comparison of several methods for pain management after video-assisted thoracic surgery for pneumothorax:

- an observational study // BMC Anesthesiol. 2019. Vol. 19 (1). P. 120. DOI: 10.1186/s12871-019-0797-4.
11. Hamaji M., Tanaka T., Tachi H., Ohsumi A. Thoracoscopic 360 degree apical pleurodesis with turned-over parietal pleura // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2014. Vol. 46 (2). P. 327–328. DOI: 10.1093/ejcts/ezt409.
 12. Bertolaccini L., Pardolesi A., Brandolini J., Solli P. Uniportal video-assisted thoracic surgery for pneumothorax and blebs/bullae // J. Vis. Surg. 2017. Vol. 21 (3). P. 107. DOI: 10.21037/jovs.2017.07.04.
 13. Cardillo G., Bintcliffe O.J., Carleo F. et al. Primary spontaneous pneumothorax: a cohort study of VATS with talc poudrage // Thorax. 2016. Vol. 71 (9). P. 847–853. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2015-207976.
 14. Divisi D., Di Leonardo G., Crisci R. Vats versus axillary minithoracotomy in the management of the second episode of spontaneous pneumothorax: cost-benefit analysis // World J. Surg. 2016. Vol. 40 (9). P. 2171–2177. DOI: 10.1007/s00268-016-3558-2.
 15. Jeon H.W., Kim Y.-D. Does 11.5 mm guided single port surgery has clinical advantage than multi-port thoracoscopic surgery in spontaneous pneumothorax? // J. Thorac. Dis. 2016. Vol. 8 (10). P. 2924–2930. DOI: 10.21037/jtd.2016.10.56.
 16. Mo A. Low-cost of uniportal thoracoscopic surgery for primary spontaneous pneumothorax // Respir. Med. Case Rep. 2019. Vol. 28 (100878). DOI: 10.1016/j.rmcr.2019.100878.
 17. Chen L., Liu F., Wang B., Wang K. Subxiphoid vs transthoracic approach thoracoscopic surgery for spontaneous pneumothorax: a propensity score-matched analysis // BMC Surg. 2019. Vol. 19 (1). P. 46. DOI: 10.1186/s12893-019-0503-y.
 18. Mithiran H., Leow L., Ong K. et al. Video-assisted thoracic surgery (VATS) talc pleurodesis versus pleurectomy for primary spontaneous pneumothorax: a large single-centre study with no conversion // World J. Surg. 2019. Vol. 43 (8). P. 2099–2105. DOI: 10.1007/s00268-019-05001-2.
 19. Li X., Wang X., Zhang H., Cheng H., Cao Q. Unilateral single-port thoracoscopic surgery for bilateral pneumothorax or pulmonary bullae // J. Cardio-

thorac Surg. 2019. Vol. 14 (1). P. 71. DOI: 10.1186/s13019-019-0894-y.

Поступила 05.02.2021

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Дробязгин Евгений Александрович — д-р мед. наук, доцент, проф. кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, торакальный хирург отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

Чикинев Юрий Владимирович — д-р мед. наук, проф., заведующий кафедрой госпитальной и детской хирургии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, торакальный хирург отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

Хусаинов Виталий Фанурович — лаборант кафедры госпитальной и детской хирургии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, торакальный хирург отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

Щербина Константин Игоревич — торакальный хирург отделения торакальной хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

Хусаинова Екатерина Сергеевна — врач-пульмонолог пульмонологического отделения ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

Образец цитирования: Дробязгин Е.А., Чикинев Ю.В., Хусаинов В.Ф., Щербина К.И., Хусаинова Е.С. Оценка уровня качества жизни пациентов после двухпортовых видеоторакоскопических операций при буллезной эмфиземе легких // Сиб. мед. вестн. 2021. № 2. С. 15–18.