

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ПРИ ДИСТАЛЬНОМ БЛОКЕ ХОЛЕДОХА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ковалев А.В.¹, Здзитовецкий Д.Э.^{1,2}

¹ КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича», Красноярск, e-mail: kovaliov1982@mail.ru;

² ГБОУ ВПО КраСГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск

В статье представлен анализ хирургического лечения больных с дистальным блоком холедоха, злокачественной этиологии, предложено модифицированное устройство для чрескожного чреспеченочного дренирования желчевыводящих путей (патент № 132331 А61В17/00, БИПМ №26, 20.09.2013), который улучшает результаты лечения больных. Согласно определению ВОЗ, под качеством жизни понимают «восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума». Целью исследования явилось изучение влияния модифицированного дренажа на показатели качества жизни больных. В протокол были включены три группы пациентов, которым выполнили операции, направленные на ликвидацию механической желтухи. Для оценки качества жизни использовался опросник MOS SF-36 – универсальный стандартизированный опросник, применяемый в популяционных и специальных исследованиях. Он состоит из 36 вопросов и включает 8 шкал. Ответы на вопросы выражаются в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов шкалы соответствует более высокому качеству жизни. Использование данной анкеты позволяет самому пациенту определить изменение своего состояния либо в процессе естественного течения болезни, либо под влиянием лечения и стать «судьей» врачебной тактики.

Ключевые слова: дистальный блок холедоха, злокачественная механическая желтуха, качество жизни, опросник MOS SF-36.

QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE IN THE DISTAL UNIT CHOLEDOCHUS MALIGNANT ETIOLOGY

Kovalev A.C.¹, Zdzitovetsky D.E.^{1,2}

¹ Municipal Clinical Hospital named after N.S. Karpovitch, Krasnoyarsk, e-mail: kovaliov1982@mail.ru;

² Krasnoyarsk State Medical University named after V. F. Vojno-Yasenetsij Ministry Of Health Of Russia, Krasnoyarsk

The article presents the analysis of surgical treatment of patients with distal unit choledochus, malignant etiologies proposed a modified device for percutaneous perhepatic drainage of the biliary tract (patent № 132331 AV/00, BIPM № 26, 20.09.2013), which improves patient outcomes. According to the who definition, quality-of-life see "the individual's perception of his position in life in the context of culture and value systems in which the individual lives, and in relation to goals, expectations, standards and interests of the individual. The aim of the study was to examine the influence of the modified drainage on the quality of life of patients. The Protocol included three groups of patients who have had operations aimed at eliminating mechanical jaundice. To assess quality of life were used questionnaire MOS SF-36 is a universal standardized questionnaire used in population and special studies. It consists of 36 questions and consists of 8 scales. The answers are expressed in points from 0 to 100. More points on the scale corresponds to a higher quality of life. Use this form allows the patient to determine the state at any time during the natural course of illness or under the influence of treatment and become a "judge" medical tactics.

Keywords: the distal unit choledochus, malignant obstructive jaundice, quality of life, questionnaire MOS SF-36.

Согласно определению ВОЗ, под качеством жизни понимают «восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума».

Злокачественные опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны составляют до 15 % всех опухолей желудочно-кишечного тракта и имеют тенденцию к росту заболеваемости [1,

2, 10]. В 75–95 % случаев они сопровождаются развитием синдрома механической желтухи, что часто является не только первым клиническим симптомом болезни, но и свидетельствует о запущенности и распространенности процесса [4, 7]. Единственным шансом на благоприятный исход лечения может служить радикальная хирургическая операция, однако операбельность при отдельных нозологиях рака билиопанкреатодуоденальной зоны остается невысокой и составляет 5–28 % [3,5, 6, 8,10].

В литературе встречаются противоречивые данные о результатах чрескожного чреспеченочного дренирования (ЧЧД): количество осложнений после операции наблюдается в пределах от 4 % до 41,9 %; несмотря на малую травматичность госпитальная летальность составляет от 7,9 % до 25 % [2, 5 ,9].

Целью исследования явилось изучение влияния модифицированного дренажа на показатели качества жизни больных.

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты лечения 95 больных, находившиеся на лечении в I хирургическом отделении (хирургической гепатологии) КГБУЗ «КМКБСМП им. Н.С. Карповича», города Красноярска с 2011 по 2014 год с диагнозом механическая желтуха опухолевого генеза, дистальный блок холедоха.

В протокол были включены три группы пациентов, которым выполнили операции, направленные на ликвидацию механической желтухи:

Первую группу составили 31 больных, которым были выполнены билиодигестивные анастомозы (БДА).

Вторую группу составили 32 пациента, которым выполнено чрескожно-чреспеченочное дренирование стандартным дренажом.

Третью группу составили 32 пациента, которым выполнено чрескожно-чреспеченочное дренирование модифицированным дренажом.

Билиодигестивный анастомоз по Байли – Смирнову дренирование по Зассе – Краковскому и чрескожно-чреспеченочное дренирование проводили по стандартной методике.

Таблица 1

Соотношение некоторых параметров у больных в разных группах

Показатель	Группы больных			p
	1 (n=31)	2 (n=32)	3 (n=32)	
	Медиана (25%; 75%)	Медиана (25%; 75%)	Медиана (25%; 75%)	
Билирубин	199,3 (132,2; 269,3)	153,5 (129,4; 230,2)	177,7 (135,9; 279,2)	p ₁₋₂ =1,000

				p ₂₋₃ =0,649 p ₁₋₃ =1,000
Показатель	Абс. (% ±S%)	Абс. (% ±S%)	Абс. (% ±S%)	P
Пол (мужчины)	13 (41,9±9,1)	12 (37,5±8,7)	9 (28,1±8,1)	p ₁₋₂ =0,920 p ₂₋₃ =0,720 p ₁₋₃ =0,370
Кол-во больных старше 60 лет	27(87,1±6,1)	26 (81,3±7,0)	30 (93,8±4,6)	p ₁₋₂ =1,000 p ₂₋₃ =0,649 p ₁₋₃ =1,000
Количество больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями	5(16,1 ±6,7)	4 (12,5 ±5,9)	6 (18,8 ±7,0)	p ₁₋₂ =0,387 p ₂₋₃ =0,128 p ₁₋₃ =0,321

p₁₋₂: достоверность различий между первой и второй группой пациентов;

p₂₋₃: достоверность различий между второй и третьей группой пациентов;

p₁₋₃: достоверность различий между первой и третьей группой пациентов.

Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, степени выраженности желтухи и характеру сопутствующей патологии ($p > 0,05$).

Для оценки качества жизни использовался опросник MOS SF-36 – универсальный стандартизированный опросник, применяемый в популяционных и специальных исследованиях. Он состоит из 36 вопросов и включает 8 шкал. Ответы на вопросы выражаются в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов шкалы соответствует более высокому качеству жизни.

Шкалы соответствуют следующим характеристикам:

- 1) физическое функционирование (ФФ) – отражает степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.);
- 2) влияние физического состояния на ролевое функционирование (РФФ) – выполнение будничной деятельности;
- 3) выраженность болевого синдрома (Б) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома;
- 4) общее состояние здоровья (ОЗ) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения;
- 5) витальность (энергичность) (Ж) – подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным;

- б) социальное функционирование (СФ) – определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение);
- 7) влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (РЭФ) – предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.);
- 8) психическое здоровье (ПЗ) – характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Использование данной анкеты позволяет самому пациенту определить изменение своего состояния либо в процессе естественного течения болезни, либо под влиянием лечения и стать «судьей» врачебной тактики.

Математическая обработка результатов исследований проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistika 12.0» на персональном компьютере.

При нормальном распределении применяли параметрические методы, при сравнении двух групп – односторонний критерий Стьюдента. Все значения приведены в виде средней арифметической (M) и средней ошибки средней (m).

Если распределение существенно отличалось от нормального, использовали непараметрические методы – оценку разности средних с помощью критерия Манна – Уитни. При ненормальном распределении количественные показатели приводились в значении медианы с указанием области 50 % квартиля: M* (range).

Значимость различий качественных показателей определяли с помощью критерия χ^2 и двухстороннего точного метода Фишера для четырехпольной таблицы. Относительные величины, выраженные в процентах, приводили в тексте диссертации с ошибкой процента. Степень отличий считали значимой при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Больные заполняли анкеты до операции (табл. 2, рис. 1), после оперативного вмешательства (табл. 3, рис. 2). Результаты исследований показали, что параметры качества жизни больных до хирургического лечения значительно ниже, чем после выполнения последней. После оперативного лечения произошло повышение параметров качества жизни практически по всем шкалам, что свидетельствует о субъективно положительной оценке больными динамики своего самочувствия.

Таблица 2

Качество жизни больных до хирургического лечения

Шкалы	Группы больных		
	1 (n=29) Баллы±m	2 (n=28) Баллы±m	3 (n=30) Баллы±m
ФФ	72,6±3,4	75,3±2,9	73,9±3,8
РФФ	8,9±9,4	11,5±6,7	10,7±7,6
Б	49,5±4,8	50,3±3,4	51,9±2,8
ОЗ	42,9±2,8	44,7±2,4	46,5±2,7
Ж	31,6±5,2	36,1±4,9	32,4±5,1
СФ	45,1±3,1	46,8±2,9	44,3±3,4
РЭФ	33,7±3,4	35,1±4,1	37,6±3,9
ПЗ	57,4±1,6	56,9±0,9	56,7±1,3

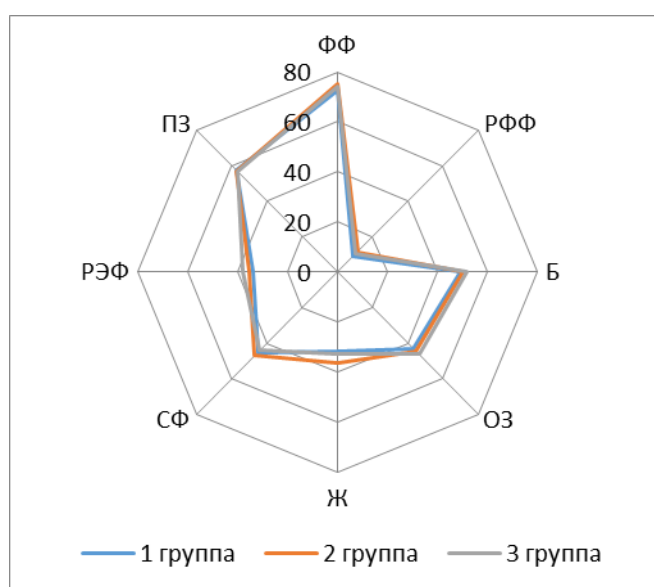


Рис. 1. Показатели качества жизни у больных до хирургического лечения

Примечание на рис. 1: ФФ – физическое функционирование; РФФ – влияние физического состояния на ролевое функционирование; Б – выраженность болевого синдрома; ОЗ – общее состояние здоровья; Ж – витальность (энергичность); СФ – социальное функционирование; РЭФ – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; ПЗ – психическое здоровье.

Таблица 3

Качество жизни больных после хирургического лечения

Шкалы	Группы больных		
	1 (n=29) Баллы±m	2 (n=28) Баллы±m	3 (n=30) Баллы±m
ФФ	82,8±4,6	89,6±3,9	92,1±5,5
РФФ	10,3±3,9	18,5±5,3	31,2±4,7

Б	50,3±5,1	53,6±2,9	59,8±3,6
ОЗ	57,3±4,3	64,9±3,8	72,3±3,6
Ж	34,6±7,3	39,2±5,6	47,6±6,7
СФ	58,2±2,9	61,7±3,8	74,3±4,2
РЭФ	35,4±6,7	43,6±4,3	58,2±5,1
ПЗ	58,3±0,8	61,7±1,6	69,4±2,7

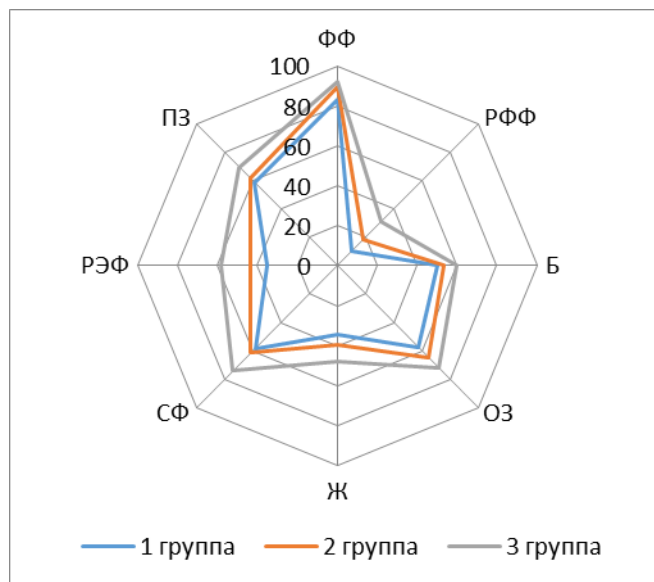


Рис. 2. Показатели качества жизни у больных после хирургического лечения

Примечание на рис. 2: ФФ – физическое функционирование; РФФ – влияние физического состояния на ролевое функционирование; Б – выраженность болевого синдрома; ОЗ – общее состояние здоровья; Ж – витальность (энергичность); СФ – социальное функционирование; РЭФ – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; ПЗ – психическое здоровье.

Физический компонент здоровья до операции у первой группы составил $37,8 \pm 6,5$ баллов, у второй группы $38,9 \pm 6,9$ баллов и у третьей группы $38,8 \pm 6,6$ баллов ($p > 0,05$). После лечения у первой группы $41,5 \pm 5,2$ баллов и значительно больше у больных третьей группы $46,0 \pm 4,9$ баллов, по данным многих авторов, чем выше баллы, тем лучше качество жизни.

Психический компонент здоровья до операции у первой группы составил $36,2 \pm 7,6$ баллов, у второй группы $36,5 \pm 7,1$ баллов и у третьей группы $36,2 \pm 7,6$ баллов ($p > 0,05$). После лечения у первой группы $38,4 \pm 4,8$ баллов и значительно больше у больных третьей группы $50,4 \pm 3,9$ баллов, по данным многих авторов, чем выше баллы, тем лучше качество жизни.

Заключение

Таким образом, проведенный сравнительный анализ данных результатов лечения больных с МЖ при дистальном блоке опухолевого генеза показал, что использование

модифицированного дренажа позволяет в целом улучшить результаты комплексного их лечения, способствует сокращению сроков стационарного лечения, уменьшению послеоперационных осложнений и увеличению продолжительности жизни.

Список литературы

1. Винник Ю.С., Гульман М.И., Пахомова Р.А., Кочетова Л.В., Карапетян Г.Э. Качество жизни больных после наложения арефлюксного холедоходуоденоанастомоза // Креативная хирургия и онкология. – 2012. – № 3. – С.29-32.
2. Гарин А.М. Справочное руководство по лекарственной терапии солидных опухолей /А.М. Гарин, И.С. Базин. – М., 2007. – 300 с.
3. Карпачев А.А. Эндоскопические рентгенэндобилиарные вмешательства при механической желтухе, вызванной раком панкреатобилиарной зоны /А.А. Карпачев, И.П. Парфенов, В.Д. Полянский //Фундаментальные исследования. – 2011. – № 1. – С. 6875.
4. Ревякин В.И. Роль методов, повышающих диагностическую эффективность эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии в диагностике заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной области /В.И. Ревякин, В.С. Прокушев, И.Э. Попова //Эндоскопич. хир. – 2004. – № 6. – С. 34.
5. Савельев В.С. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей при механической желтухе /В.С. Савельев, В.И. Прокубовский, М.И. Филимонов // Хирургия. – 1988. – № 1. – С. 37.
6. Филистович А.В., Черданцев Д.В., Филистович В.Г. Особенности патогенеза нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта после холецистэктомии // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 3. – С.3-6.
7. Шаповальянц С.Г. Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе /С.Г. Шаповальянц, А.Ю. Цкаев, Г.В. Грушко //Анналы хир. гепатол. – 1997. – Т. 2. – С. 117122.
8. Шаповальянц С.Г. Возможности эндоскопического билиодуоденального протезирования в лечении опухолевых и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков /С.Г. Шаповальянц, А.Г. Паньков, А.Г. Мыльников /РЖГГК. – 2008. – Т. 18, № 6. – С. 5766.
9. Isayama H. Results of a Japanese multicenter, randomized trial of endoscopic stenting for nonresectable pancreatic head cancer (JMtest): Covered Wallstent versus DoubleLayer stent /H. Isayama, I. Yasuda, S. Ryozaawa //Dig. Endosc. – 2011. – V. 23, N 4. – P. 310315.

10. Kida M. Recent advances of biliary stent management /M. Kida, S. Miyazawa, T. Iwai //Korean J. Radiol. – 2012. – V. 13, N 1. – P. 6266.

Рецензенты:

Черданцев Д.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой и клиникой хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО ГБОУ ВПО им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск;

Винник Ю.С., д.м.н., профессор заведующий кафедрой общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана ГБОУ ВПО им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск.