

П. Т. Муравйов

## ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

**Summary.** Muraviov P. T. **THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE SYNDROME OF VARIOUS ORIGINS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD.** - *Odessa National Medical University, Odessa, e-mail: [profpat@ukr.net](mailto:profpat@ukr.net).* The aim of the work: to assess the quality of life of patients with obstructive jaundice syndrome of various origins in the postoperative period. 272 patients were examined, randomly assigned in two groups; the I group (main) consisted of 112 patients: 101- with pancreatic cancer and 11 with pseudotumoral form of chronic pancreatitis. Group II (control) consisted of 160 patients: 117 with pancreatic cancer and 43 – with pseudotumoral form of chronic pancreatitis. We compared the quality of life indicators between groups and individually between patients with pancreatic cancer in terms of pathomorphosis identity. QL scores were performed using EORTC and GIQLI questionnaires. According to our data, in pancreatic cancer, the overall GIQLI score was 103.5±3.3 points, and in chronic pancreatitis - 108.7±2.8 points, so there were no statistically significant differences ( $p > 0.05$ ). It was shown that the quality of life in the postoperative period in patients with pseudotumor pancreatitis and pancreatic cancer is comparable. The use of modified perioperative preparation significantly improves the patient's chances of faster functional recovery.

**Key words:** obstructive jaundice, surgical treatment, quality of life

**Реферат.** Муравьев П. Т. **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.** Цель работы: оценить качество жизни больных с синдромом обтурационной желтухи различного генеза в послеоперационном периоде. Показано, что качество жизни в послеоперационном периоде у пациентов с псевдотуморозным панкреатитом и при раке поджелудочной железы является сопоставимой. Применение модифицированной периоперационной подготовки значительно улучшает шансы больного на более быстрое функциональное восстановление.

**Ключевые слова:** обтурационная желтуха, хирургическое лечение, качество жизни

**Реферат.** Муравйов П. Т. **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ.** Метою роботи була оцінка якості життя хворих із синдромом обтураційної жовтяниці різного генезу в післяопераційному періоді. Показано, що якість життя у післяопераційному періоді у пацієнтів з псевдотуморозним панкреатитом та при раку підшлункової залози є порівнюваною. Застосування модифікованої періопераційної підготовки значно покращує шанси хворого на більш швидке функціональне відновлення

**Ключові слова:** обтураційна жовтяниця, хірургічне лікування, якість життя

Якість життя (ЯЖ) є широким і багатоплановим поняттям, яке залежить від стану здоров'я, умов праці та життя, соціального стану, оточення та інших чинників [1, 2, 3]. Для вивчення ЯЖ в медицині використовують як загальні для різних нозоформ опитувальники, так й спеціалізовані для кожного виду нозології [1, 2].

Вважається, що спеціалізовані вузькопрофільні опитувальники краще відображають динаміку стану пацієнта і дозволяють точніше оцінити ефект медикаментозної терапії, інтервенційних або хірургічних втручань. Одні дослідники для оцінки ЯЖ використовують всю сукупність загально клінічних, клініко-інструментальних та клініко-лабораторних даних, що характеризують стан хворого, інші - оцінку ЯЖ зводять переважно до оцінки психологічного статусу пацієнта [3].

ЯЖ визначається перш за все оцінкою самим хворим ступеня задоволеності різними аспектами свого життя в зв'язку з реальними або очікуваними змінами, зумовленими хворобою і її наслідками, а також пов'язаними з процесом лікарського спостереження і лікування. ЯЖ залежить також від клінічних скарг і функціональних можливостей хворого [1, 3].

Одним з найбільш популярних інструментів визначення ЯЖ в онкологічній практиці є опитувальник Європейської організації дослідження та лікування раку - EORTC QLQ-C30 - розроблений Групою оцінки якості життя Європейської організації дослідження та лікування раку (EORTC Quality of Life Study Group) [4]. Сучасна версія 3-го перегляду складається з 30 питань і включає 5 функціональних шкал (фізичне функціонування (PF), рольове функціонування (RF), когнітивне функціонування (CF), емоційне функціонування (EF) і соціальне функціонування (SF)); 3 шкали симптоматики - слабкість (FA), нудота та блювання (NV) і біль (PA); а також 6 додаткових критеріїв: порушення сну (SL), анорексія (AR), констипація (CO), діарея (DI), задишка (DY), фінансові труднощі (FI). Для РПЗ розроблена модифікована шкала з 26 питань, акцентованих на особливостях клінічного перебігу та перцепції хворим свого стану [5]. Шкала EORTC QLQ-PAN26 складається з наступних доменів: біль у ділянці підшлункової залози, симптоми дисфункції шлунково-кишкового тракту, кахексія, симптоми ураження печінки, асцит, симптоми ураження кишечника, сприйняття свого тіла, несприятливі ефекти, занепокоєння щодо здоров'я, здатність планувати майбутнє здоров'я, сексуальність та охорона здоров'я [5].

Багато дослідників вважає оптимальним для використання у гастроентерологічній практиці опитувальника GQLI (Gastrointestinal Quality on Life Index). Він придатний для оцінювання соматичного та психологічного благополуччя хворих на різні види патології ШКТ, при чому при одній ж тій самій нозології оцінка може суттєво варіювати [6, 7].

**Мета роботи:** оцінити якість життя хворих із синдромом обтураційної жовтяниці різного генезу в післяопераційному періоді

**Матеріал та методи.** Дослідження проводилося впродовж 2014 - 2019 р. р. на базі КНП «ООКМЦ» ООР (м. Одеса). Обстежено 272 пацієнти, рандомізовано розподілені на дві групи. У I (основну) групу увійшли 112 пацієнтів, з яких 101 – з раком підшлункової залози (РПЗ), 11 – псевдотуморозною формою хронічного панкреатиту (ПТХП). II групу (контрольну) склали 160 пацієнтів, з яких у 117 був РПЗ, а 43 – ПТХП. Пацієнти основної групи отримували перед операцією розроблений нами комплекс превентивної терапії, що містив наступні заходи - проведення декомпресії біліарних протоків пункційно під УЗД-контролем або лапароскопічно, з наступним проведенням плазмаферезу від 2 до 6 сеансів, при цьому, після першого сеансу плазмаферезу призначають перорально холеретик холосас по 30-40 мл тричі на добу на тлі прийому холекінетиків у вигляді настою із кукурудзяних рилець та квіток пижми (воротишу) тричі на добу під постійним контролем показників полемічного синдрому, для нівелювання можливості розвитку гепатаргії [8]. У II групі на попередньому етапі декомпресію біліарних протоків, курс плазмаферезу та призначення холеретиків та холекінетиків не проводилося.

В подальшому ми проводили співставлення показників якості життя як між групами, так й окремо – між пацієнтами з РПЗ з огляду на ідентичність патоморфозу. Оцінку ЯЖ проводили за шкалами опитувальників EORTC та GQLI.

Статистична обробка виконувалася за допомогою пакетів Statistica 10.0 (DellStatSoft Inc., США) [9].

**Результати дослідження.** Проведений аналіз динаміки показників за основними шкалами опитувальника EORTC показав наступне. Зміни за шкалою PF були сталими протягом всього терміну спостереження в обох клінічних групах, однак при застосуванні запропонованого методу оптимізації контролю холемії на передопераційному етапі до 6 місяця вдалося досягти тенденції до нормалізації показника (рис. 1).

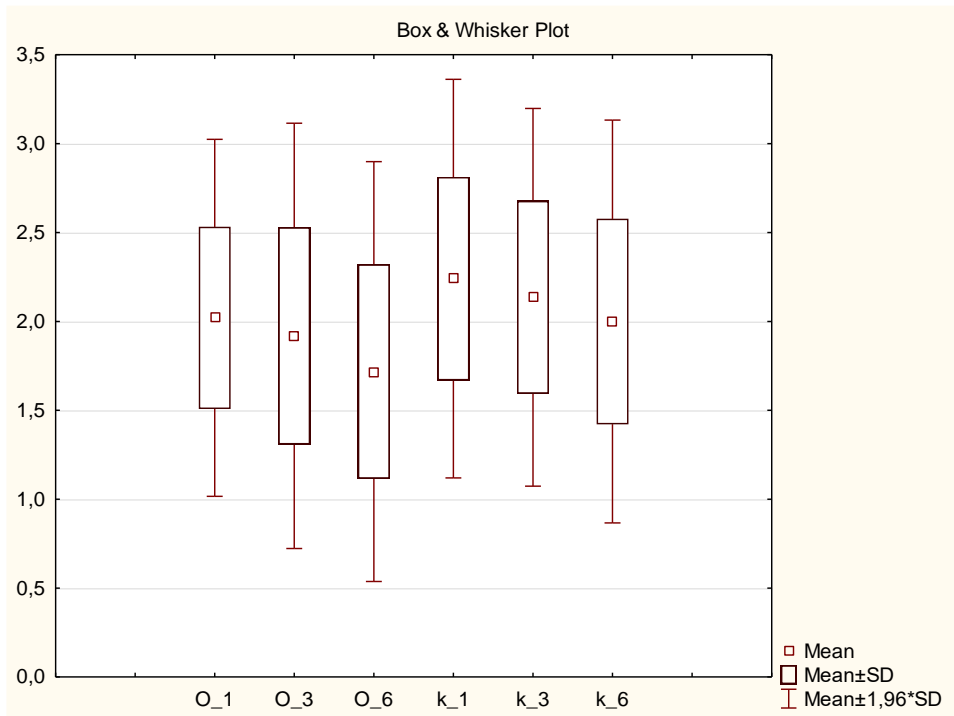


Рис. 1. Фізичне функціонування у групах порівняння

Натомість, за показниками рольового функціонування вже на третій місяць післяопераційного періоду були визначені статистично достовірні зміни. З огляду на природу показника, який відображає насамперед повсякденну діяльність у побуті, в тому числі у плані самообслуговування (Рис. 2).

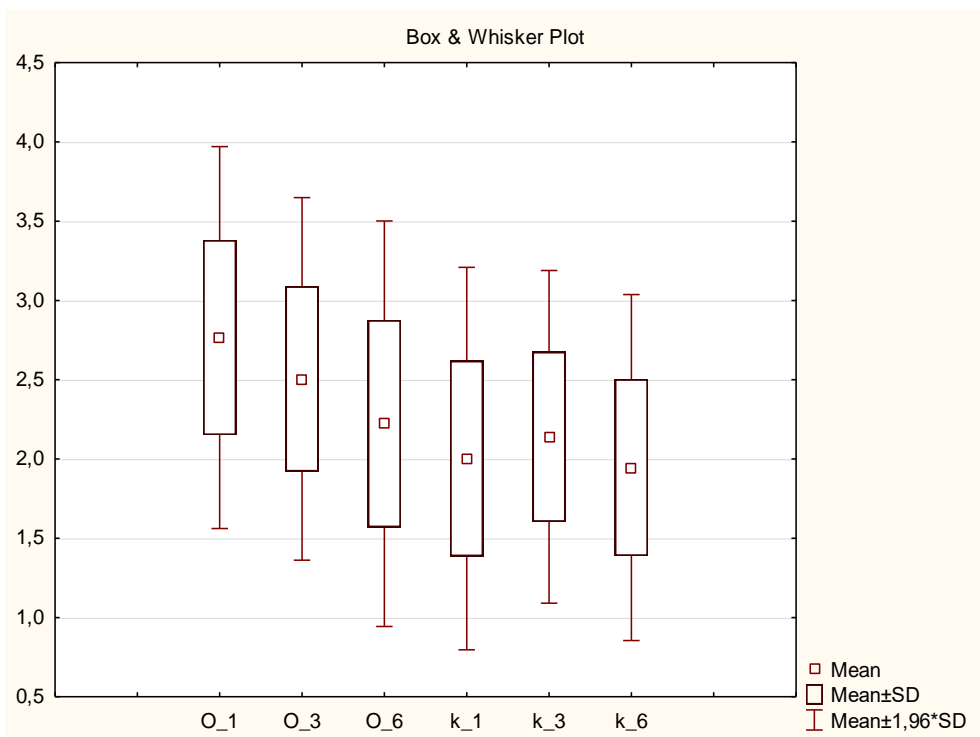


Рис. 2. Рольове функціонування у групах порівняння

Щодо когнітивного функціонування, то цей показник не демонстрував суттєвих відмінностей у групах спостереження (Рис. 3). Є дані на користь того, що лише когнітивна функція є незалежним предиктором виживання при РПЗ та при онкопроцесах іншої локалізації. Зокрема, порушення когнітивних функцій є прогностичним для 6-місячної смертності після резекцій у хворих на рак шлунка та стравоходу. У дослідженні Backelandt B. et al. (2016) підтверджено, що порушення когнітивної функції є сильним предиктором виживання в онкохірургічних пацієнтів, особливо після ПДР [10].

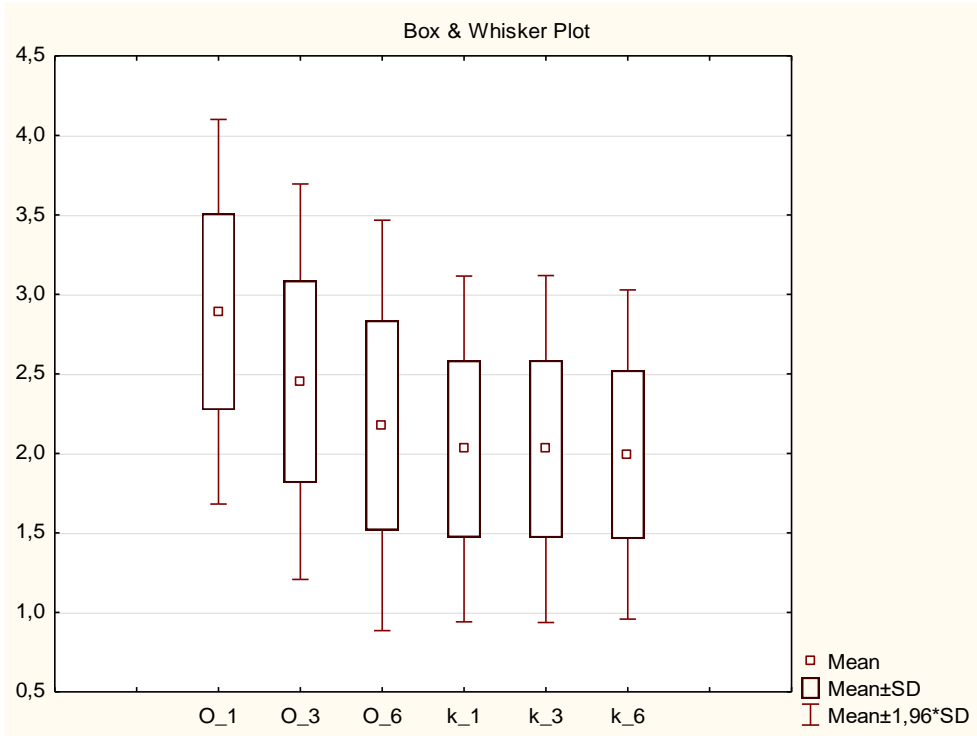


Рис. 3. Когнітивне функціонування у пацієнтів основної та контрольної групи

У хворих обох клінічних груп показник EF не перевищував 2,0 балів. У нашому дослідженні не було одержано переконливих свідчень про те, що модифікована передопераційна підготовка суттєво впливає на емоційний стан хворого (рис. 4).

Щодо соціального функціонування, то цей показник був дещо вище, ніж інші оцінки функціональних шкал опитувальника. Так, у контрольній групі цей показник дорівнював  $3,8 \pm 0,3$  балів, а в основній –  $3,3 \pm 0,3$  балів, тобто статистично значущих відмінностей між групами не було –  $p > 0,05$  (рис. 5).

В окремих випадках пацієнти відзначали достатньо високий рівень поширеності астеничного синдрому. За показником FA групи між собою не розрізнялися. Причинами астенизації може бути як основне захворювання, так і вплив відповідної терапії (таблиця 1).

Звертає на себе увагу висока дисперсія за шкалою болю (РА) як і основній так й у контрольній групі. Це може пояснюватися наявністю операційної травми та різним ступенем адаптації хворого до неї, а також недостатнім контролем больової перцепції.

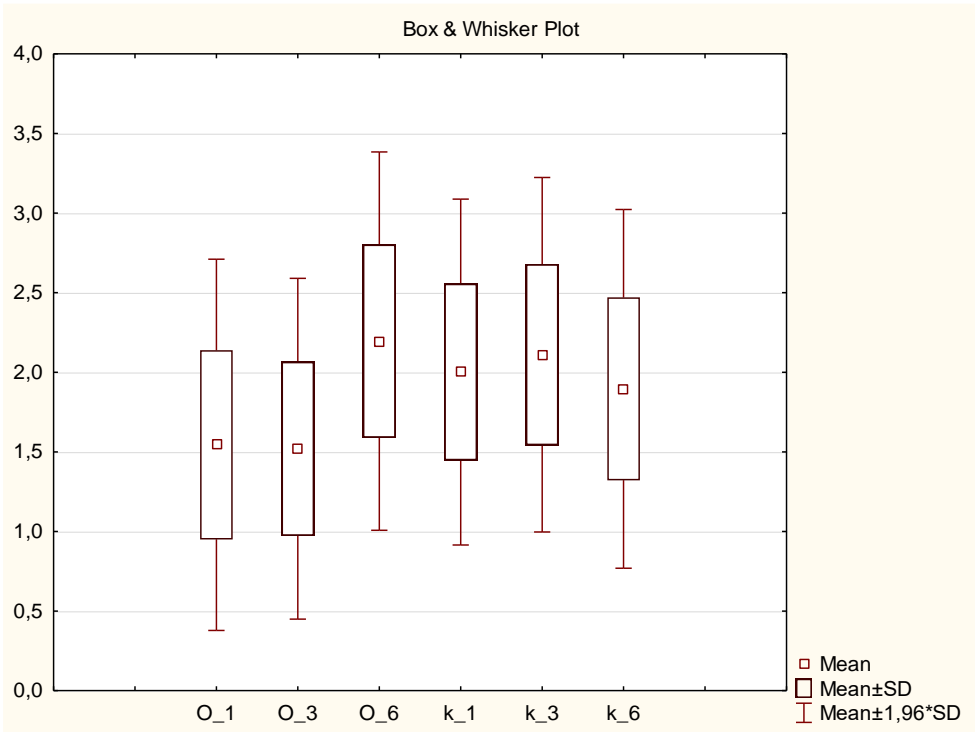


Рис. 4. Емоційне функціонування хворих

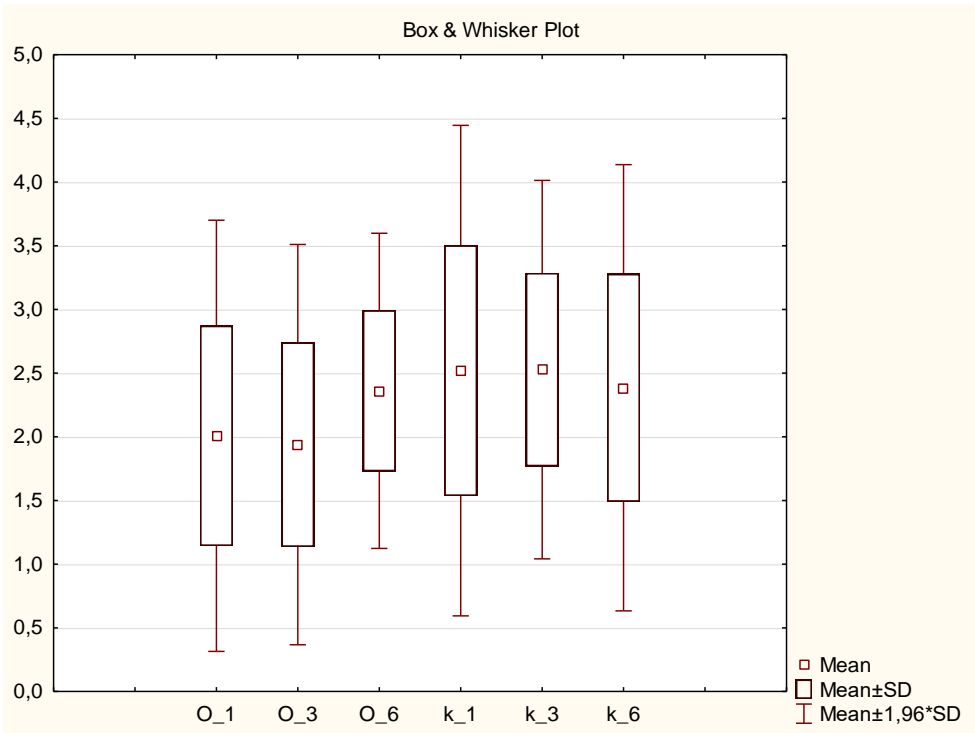


Рис. 5. Соціальне функціонування хворих

Поширеність та вираженість симптомів за шкалою EORTC (бали)

Показник /субшкала	Основна група (n=112)			Контрольна група (n=160)		
	1 місяць	3 місяць	6 місяць	1 місяць	3 місяць	6 місяць
FA	2,2±0,2	2,0±0,2	1,9±0,2	2,4±0,2	2,2±0,2	2,2±0,2
NV	1,7±0,2	1,3±0,2	1,1±0,2	1,9±0,2	1,7±0,2	1,7±0,2
PA	2,3±0,3	2,2±0,3	2,0±0,3	3,8±0,4	3,3±0,3	3,3±0,4

Шість додаткових доменів опитувальника EORTC були розподілені наступним чином (табл. 2). Як видно з наведеної таблиці найбільш виражені статистичні відмінності між групами знайдені за субшкалами диспное та порушень сну. Причини цих відмінностей невідомі, але ми припускаємося думки, що застосування модифікованої періопераційної підготовки значно покращує шанси хворого на більш швидке функціональне відновлення.

Таблиця 2

Поширеність та вираженість симптомів за шкалою EORTC, додаткова субшкала (бали)

Показник /субшкала	Основна група (n=112)			Контрольна група (n=160)		
	1 місяць	3 місяць	6 місяць	1 місяць	3 місяць	6 місяць
SL	1,7±0,2	1,6±0,2	1,6±0,2	2,0±0,1	2,0±0,2	2,1±0,2
AR	1,6±0,2	1,5±0,2	1,6±0,2	1,5±0,2	1,5±0,1	1,5±0,1
CO	1,7±0,3	1,7±0,3	1,6±0,3	1,8±0,3	1,9±0,2	1,7±0,2
DI	2,2±0,3	2,3±0,3	2,1±0,3	2,4±0,3	2,4±0,2	2,3±0,2
DY	1,5±0,2	1,6±0,2	1,4±0,2	1,6±0,2	1,7±0,1	1,6±0,1
FI	1,3±0,2	1,3±0,3	1,3±0,3	1,4±0,3	1,5±0,2	1,4±0,1

При оцінці результатів оцінювання ЯЖ за GIQLI встановлено, що вони у значній мірі корелюють з результатами одержаними за іншими шкалами.

Загальнооцінка GIQLI свідчить про зниження ЯЖ за всіма доменами, що характеризують функцію ШКТ (табл. 3). Так, загальна оцінка за GIQLI в середньому склала 103 (82–119) балів, тоді як за шкалою фізичного благополуччя - 25.5 (16–30).

Таблиця 3

Результати оцінювання ЯЖ хворих за GIQLI

GIQLI	GIQLI (Me (25%, 75%))	Референтні значення	Оцінка за окремими питаннями (Me(25%, 75%))	Кількість питань
Всього	103 (82–119)	0–144	2.5 (2–3)	36
Фізичне благополуччя	25.5 (16–30)	0–40	2.5 (1–3)	10
Травлення	31 (20–34)	0–40	3.3 (2–4)	10
Дефекація	20 (17–22)	0–24	3.5 (2–4)	6
Психічне здоров'я	12 (10–13.3)	0–20	2.40 (2.00–2.65)	5

З наведених даних видно, що середній бал за субшкалами фізичного та психічного благополуччя є нижчим, аніж для травлення та дефекації. Причинами цього феномену можуть бути аліментарний дефіцит, а також зміни харчової поведінки після оперативного втручання, які мають адаптивний характер. Тим не менш, загальна якість життя була оцінена як задовільна у більшості пацієнтів. Це дозволяє припустити, що пацієнти адаптуються до їх клінічної ситуації, що, ймовірно, може впливати на очікувану тривалість

життя.

Порівняння ЯЖ при хронічному псевдотуморозному панкреатиті (ПТП) та при РПЗ також є цікавим. За нашими даними при РПЗ загальна оцінка за GIQLI склала  $103,5 \pm 3,3$  балів, а при ПТП -  $108,7 \pm 2,8$  балів, тобто статистично значущі відмінності були відсутні ( $p > 0,05$ ). Це може пояснюватися значною суб'єктивністю оцінюваних параметрів, а також подібністю клінічної картини.

#### **Висновки:**

1. ЯЖ у післяопераційному періоді у пацієнтів з псевдотуморозним панкреатитом та при РПЗ є порівнюваною (GIQLI складає  $103,5 \pm 3,3$  балів, а при ПТП -  $108,7 \pm 2,8$  балів, відповідно).

2. Застосування модифікованої періопераційної підготовки значно покращує шанси хворого на більш швидке функціональне відновлення.

#### **Література:**

1. Bouras G. Systematic review of the impact of surgical harm on quality of life after general and gastrointestinal surgery /Bouras G. [et al.] //Ann Surg. 2014.-№ 260(6).- P. 975-83

2. Haraldstad K. LIVSFORSK network. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences /Haraldstad K. [et al.] // Qual Life Res.- 2019.-№28(10).- P. 2641-2650

3. Рассказова Е.И. Качество жизни как междисциплинарная проблема: теоретические подходы и диагностика качества жизни в психологии, социологии и медицине /Е.И. Рассказова// Теоретическая и экспериментальная психология.- 2012.- Т. 5. № 2.- С. 59-71.

4. Husson O. The EORTC QLQ-C30 Summary Score as PrognosticFactor for Survival of Patients with Cancer in the "Real-World": Results from the Population-Based PROFILES Registry /Husson O. [et al.]//Oncologist. 2019.-№29.- P. 2221-2230 doi: 10.1634/theoncologist.2019-0348

5. Fitzsimmons D. Symptoms and quality of life in chronicpancreatitis assessed by structured interview and the EORTC QLQ-C30 andQLQ-PAN26 /D. Fitzsimmons[et all.]//Am J Gastroenterol. - 2005. - № 100(4).- № 918-26.

6. Yu H. Index admission laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis restores Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) score /H.Yu[et al.]//Ann. Hepatobiliary Pancreat. Surg. -2018.-№22(1).- P. 58-65.

7. D'Haese J. G. Pancreatic enzyme replacement therapy in patients with exocrine pancreatic insufficiency due to chronic pancreatitis: a 1-year disease management study on symptom control and quality of life /J.G. D'Haese//Pancreas.- 2014.-№43(6).- P. 834-41

8. Патент на корисну модель 130491 МПК (2006): А61В 17/00, А61К 35/32 (2015.01), А61Р 1/18 (2006.01). Спосіб експрес-детоксикації в хворих із синдромом обтураційної жовтяниці при підготовці до виконання панкреатодуоденальної резекції. Винахідник: Запорожченко Б. С. (UA ); Муравйов П. Т. (UA ); Горбунов А. А. (UA ); Бородаєв І. Є. (UA ); Колодій В. В. (UA ); Шарапов І. В. (UA ); Гомонюк І. В. (UA ); Бондарець Д. А. (UA ); Шевченко В. Г. (UA ); Зубков О. Б. (UA ); Кравець К. В. (UA ). Патент опубліковано 10.12.2018, бюл. № 23/2018

9. Халафян А. А., Боровиков В. П., Калайдина Г. В.Теория вероятностей, математическая статистика и анализ данных: Основы теории и практика на компьютере. STATISTICA. EXCEL. Более 150 примеров решения задач /А. А. Халафян, В. П. Боровиков, Г. В. Калайдина//.- М., Ленанд, 2017.- 312 с.

10. Baekelandt В.М. Preoperative cognitive function predicts survivalin patients with resectable pancreatic ductal adenocarcinoma. HPB (Oxford) / В.М. Baekelandt//Pancreas.-2016 №18(3).-P. 247-54

#### **References:**

1. Bouras G. Systematic review of the impact of surgical harm on quality of life after general and gastrointestinal surgery /Bouras G. [et al.]//Ann Surg. 2014.-№ 260(6).- P. 975-83

2. Haraldstad K. LIVSFORSK network. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences/ Haraldstad K [et al.] // QualLifeRes.- 2019.- №28(10).- P. 2641-2650

3. Rasskazova Ye. I. Kachestvo zhizni kak mezhdistsiplinarnaya problema: teoreticheskie podkhody i diagnostika kachestva zhizni v psikhologii, sotsiologii i meditsine / Ye. I. Rasskazova// Teoreticheskaya i eksperimentalnaya psikhologiya.- 2012.- Vol. 5. № 2.- P. 59-71.
4. Husson O. The EORTC QLQ-C30 Summary Score as Prognostic Factor for Survival of Patients with Cancer in the "Real-World": Results from the Population-Based PROFILES Registry /Husson O. [et al.]// Oncologist. 2019.- №29.- P. 2221-2230 doi: 10.1634/theoncologist.2019-0348
5. Fitzsimmons D. Symptoms and quality of life in chronic pancreatitis assessed by structured interview and the EORTC QLQ-C30 and QLQ-PAN26 / D. Fitzsimmons [et al.] // Am J Gastroenterol. -2005.- №100(4).- № 918-26.
6. Yu H. Index admission Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis restores Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) score /H.Yu [et al.]// Ann. Hepatobiliary Pancreat. Surg. -2018.- №22(1).- P. 58-65.
7. D'Haese J.G. Pancreatic enzyme replacement therapy in patients with exocrine pancreatic insufficiency due to chronic pancreatitis: a 1-year disease management study on symptom control and quality of life / J.G. D'Haese // Pancreas.- 2014.- №43(6).- P. 834-41
8. Patent na korisnu model 130491 MPK (2006): A61B 17/00, A61K 35/32 (2015.01), A61P 1/18 (2006.01) Sposib ekspres - detoksikatsii v khvorikh iz sindromom obturatsiynoi zhovtyanitsi pri pidgotovtsi do vikonnannya pankreatoduodenalnoi rezektsii. Vinakhidnik: Zaporozhchenko B. S. (UA ); Muravyov P. T. (UA ); Gorbunov A. A. (UA ); Borodaev I. Є. (UA ); Kolodiy V. V. (UA ); Sharapov I. V. (UA ); Gomonyuk I. V. (UA ); Bondarets D. A. (UA ); Shevchenko V. G. (UA ); Zubkov O. B. (UA ); Kravets K. V. (UA ). Patent opublikovano 10.12.2018, byul. № 23/2018
9. Khalafyan A. A., Borovikov V. P., Kalaydina G. V. Teoriya veroyatnostey, matematicheskaya statistika I analiz dannykh: Osnovy teorii I praktika na kompyutere. STATISTICA. EXCEL. Bolee 150 primerov resheniya zadach / A. A. Khalafyan, V. P. Borovikov, G. V. Kalaydina // . - M.: Lenand, 2017. - 312 s.
10. Baekelandt B. M. Preoperative cognitive function predicts survival in patients with resectable pancreatic ductal adenocarcinoma. HPB (Oxford) / B. M. Baekelandt // Pancreas.- 2016 №18(3).-P. 247-54.

Робота надійшла в редакцію 01.10.2019 року.  
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування