

Оцінка якості життя хворих похилого та старечого віку після мініінвазивних оперативних втручань з приводу гострого калькульозного холецистити та холедохолітіазу

С. І. Саволіук¹, Б. В. Свиридчук², О. В. Іванько³

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ,

²Київська міська клінічна лікарня № 8,

³Київська міська клінічна лікарня № 1

Estimation of quality of life in elderly and senile patients after miniinvasive operative interventions for an acute calculous cholecystitis and choledocholithiasis

S. I. Savoliuk¹, B. V. Svyrydiuk², O. V. Ivanko³

¹Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv,

²Kyiv Municipal Clinical Hospital № 8,

³Kyiv Municipal Clinical Hospital № 1

Реферат

Мета. Дослідити якість життя (ЯЖ) хворих похилого та старечого віку після виконаних мініінвазивних оперативних втручань.

Матеріали і методи. Проаналізовані показники фізичного та психологічного компонентів ЯЖ, оцінені за опитувальником Outcomes Study Short Fait (SF–36) у 255 хворих похилого та старечого віку із гострим холециститом (ГХ) у поєднанні з холедохолітіазом після мініінвазивного хірургічного лікування. Вибір способу корекції патології жовчовивідних шляхів залежав від клініко–морфологічної форми захворювання та вихідного соматичного статусу хворих.

Результати. Показники фізичного компонента ЯЖ пацієнтів основної групи через 3 міс після операції були достовірно вищі порівняно з аналогічними показниками пацієнтів контрольної групи ($p < 0,05$). Показники психологічного компонента ЯЖ були вищі також у хворих основної групи ($p > 0,05$). Показники фізичного та психологічного компонентів ЯЖ у хворих основної та контрольної груп через 6 міс після оперативного втручання достовірно не відрізнялися.

Висновки. Після застосування мініінвазивних лапароскопічних методик показники фізичного та психологічного компонентів ЯЖ, оцінені за опитувальником SF–36, кращі. ЯЖ хворих зі збереженою функцією великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВДПК) вища.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба; якість життя; гострий холецистит; холедохолітіаз; лапароскопічна холецистектомія; мінідоступ.

Abstract

Objective. To investigate the quality of life in elderly and senile patients after miniinvasive operative interventions performed.

Materials and methods. The indices of physical and psychological components of QL were estimated in accordance to questionnaire Outcomes Study Short Fait (SF–36) in 255 elderly and senile patients with an acute cholecystitis, coexistent with choledocholithiasis after miniinvasive surgical treatment. The choice of the correction method for the bile–diverting ways pathology have depended upon clinic–morphological forms of the disease and the patients' somatic state.

Results. The indices of physical component of QL in patients of the main group in 3 mo postoperatively were trustworthy higher, comparing with similar indices in patients of a control group ($p < 0.05$). The indices of psychological component of QL were higher also in patients of the main group ($p > 0.05$). The indices of physical and psychological components of QL in the patients of the main and control groups in 6 mo postoperatively did not differ trustworthily.

Conclusion. After application of miniinvasive laparoscopic procedures the indices of physical and psychological components of QL, estimated using questionnaire SF–36, are better, than QL in patients with preserved function of duodenal papilla magna.

Keywords: cholelytic disease; quality of life; acute cholecystitis; choledocholithiasis; laparoscopic cholecystectomy; miniaaccess.

За даними ВООЗ, 10 – 15% дорослого населення у світі мають жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ). Захворюваність загалом населення Європи на ЖКХ становить 17 – 25%, віком старше 60 років – 35 – 55%, кількість таких хворих зростає за кожне десятиріччя приблизно в 2 рази, і ця тенденція зберігається, особливо щодо ускладнених форм. ГХ – одне з найпоширеніших гострих хірургічних захворювань черевної порожнини [1, 2].

Кожного року у світі виконують близько 1,5 мільйона холецистектомій, приблизно 50% – пацієнтам похилого та старечого віку. Саме у хворих старше 65 років проблема покращення результатів лікування є найбільш актуальною [3].

Без сумніву, мініінвазивні оперативні втручання є методом вибору в лікуванні ЖКХ та її ускладнень. Доведено, що після застосування лапароскопічних методів корекції результати лікування хворих кращі [4].

Одним із показників успішно виконаного оперативного втручання є підвищення ЯЖ пацієнтів, а саме покращення їх фізичного та психологічного здоров'я.

Мета дослідження: оцінити ЯЖ хворих похилого та старечого віку після виконаних різних варіантів оперативних втручань з приводу гострого калькульозного холециститу, поєданого з холедохолітіазом, у залежності від клініко-морфологічної форми захворювання та тяжкості стану, визначеної за шкалою Американської асоціації анестезіологів – American Society of Anaesthesiologists (ASA).

Матеріали і методи дослідження

Проведено науковий аналіз результатів застосування лікувально-діагностичних принципів та методів активної хірургічної тактики у 255 хворих похилого та старечого віку з ГХ у поєднанні з холедохолітіазом, оперованих у 2004 – 2015 рр. у хірургічних відділеннях Київської міської клінічної лікарні № 8. Чоловіків було 69 (27,1%), жінок – 186 (72,9%). Ми сформуливали та рандомізували за гендерно-віковими ознаками, ступенем тяжкості захворювання, нозологічним характером ускладнень контрольну (122 хворих, яких лікували у 2004 – 2009 рр.) та основну (133 хворих, яких лікували у 2010 – 2015 рр.) групи.

Більшість пацієнтів мала вік 60 – 69 років: 74,9% – в основній групі і 67,4% – в контрольній.

У залежності від тяжкості стану, визначеної за шкалою ASA, тривалості захворювання (більше або менше 3 діб), наявності або відсутності обмеженого перитоніту хворих у контрольній та основній групах розподілили на підгрупи, по чотири в кожній групі: K1, K2, K3, K4 і O1, O2, O3, O4 відповідно.

В підгрупі K1 було 34 хворих, яким виконали одномоментну холецистектомію з мінідоступу з холедохолітотомією та зовнішнім дренажуванням (ЗД) загальної жовчної протоки (ЗЖП). Цю підгрупу порівнювали з підгрупою O1 – 31 хворий, якому виконали одномоментну лапароскопічну холецистектомію, холедохолітотомію та ЗД ЗЖП. Критеріями включення пацієнтів до підгруп K1 і O1 були тяжкість стану, оцінена за шкалою ASA як клас 1, 2, тривалість захворювання менше 3 діб та відсутність перитоніту.

До підгрупи K2 включили 42 пацієнтів, яких оперували в два етапи: перший етап – ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ), другий – холецистектомія з мінідоступу. Підгрупу K2 порівнювали з підгрупою O2 – 48 пацієнтів, яких також оперували в два етапи, але на другому етапі застосовували лапароскопічну холецистектомію. У пацієнтів цих підгруп тяжкість стану була визначена як клас 1, 2 за шкалою ASA, тривалість захворювання перевищувала 3 доби та не було перитоніту.

Підгрупу K3 склали 35 хворих, яким операцію виконали в два етапи: перший етап – холецистектомія з мінідоступу та ЗД ЗЖП, другий етап – ЕПСТ. Порівнювали підгрупу K3 з підгрупою O3 – 41 хворий, якому першим етапом виконали лапароскопічну холецистектомію. У всіх хворих підгруп K3 та O3 тяжкість стану дорівнювала класам 1, 2 за шкалою ASA, у них констатували обмежений перитоніт. Через наявність перитоніту виконання оперативного втручання у цих пацієнтів не залежало від тривалості захворювання.

У 11 пацієнтів підгрупи K4 операцію виконали в три етапи: перший етап – холецистостомія, другий – ЕПСТ, третій – холецистектомія з мінідоступу. Цю підгрупу порівнювали з підгрупою O4 – 13 пацієнтів, яким першим етапом виконували або черезшкірну пункцію жовчного міхура (7), або черезшкірну пункцію жовчовивідних шляхів (4), або стентування ЗЖП (2). У подальшому хворим цієї підгрупи також виконали ЕПСТ та відкриту холецистектомію з мінідоступу. Спільними критеріями відбору хворих до підгруп K4 та O4 були тяжкість стану, оцінена за шкалою ASA як клас 4, та відсутність перитоніту.

Для виконання оперативного втручання тривалість захворювання через тяжкість стану у цих пацієнтів не враховували.

Вибір хірургічного втручання в обох групах визначали після комплексного клінічного, лабораторного, інструментального доопераційного та інтраопераційного обстеження і щодо кожного пацієнта рішення приймали індивідуально з залученням суміжних фахівців, насамперед анестезіолога, терапевта та кардіолога.

У всіх хворих контрольної та основної груп оперативне лікування полягало у виконанні відкритого мініінвазивного хірургічного, ендоскопічного та (або) лапароскопічного втручання.

ЯЖ після хірургічних втручань з приводу ГХ, поєданого з холедохолітіазом, оцінювали за опитувальником SF-36, опрацьованим J. E. Ware (1998), нормованим для загальної популяції країн світу та призначеним для вивчення всіх складових ЯЖ, які не є специфічними для певних вікових груп, окремих нозологій чи лікувальних програм, що уможливує його застосування для порівняння ЯЖ у різних групах здорових осіб, хворих із різними захворюваннями та міжгрупового. За допомогою SF-36 оцінювали динаміку відновлення фізичного, психологічного та соціального функціонування хворих після оперативного втручання.

В дослідженні застосована російськомовна версія опитувальника в редакції Міжнародного центру дослідження якості життя (МЦДЯЖ, м. Санкт-Петербург, 1998) [5 – 7].

ЯЖ оцінювали безпосередньо самі пацієнти, оскільки лише в такий спосіб можна отримати об'єктивний висновок. Крім того, саме в такий спосіб унеможливується вплив експерта на пацієнта під час вибору відповіді (оцінка показників коливається в межах від 0 до 100 балів). Чим вище бал за шкалою опитувальника SF-36, тим краще показники ЯЖ.

Шкали згруповані за двома показниками – фізичним компонентом здоров'я (Physical Health – PH): фізичне функціонування (PF); рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP); інтенсивність болю (BP); загальний стан здоров'я (GH) та психологічним компонентом здоров'я (Mental Health – MH): психічне здоров'я (MH); рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE); соціальне функціонування (SF); життєва активність (VT).

Опитування хворих проводили через 3 та 6 міс після оперативного втручання під час повторного планового огляду в клініці, про що їх заздалегідь попереджали.

Результати

Через 3 міс після операції (табл. 1) показник PF був вищим у підгрупах основної групи порівняно з підгрупами контрольної групи: у підгрупі О1 – на 10,7 (17,4%) бала, ніж у підгрупі К1, у підгрупі О2 – на 8,1 (13,3%) бала, ніж у підгрупі К2, у підгрупі О3 – на 8,8 (15%) бала, ніж у підгрупі К3, у підгрупі О4 – на 1,0 (1,7%) бала, ніж у підгрупі К4. Такі показники є свідченням того, що обмеження у фізичній активності після операції у хворих основної групи були меншими, ніж у хворих контрольної групи. Показник RP так само був значно вищим в основній групі, зокрема, у підгрупі О1 – на 7,7 (14,4%) бала, О2 – на 8,5 (16,5%) бала, О3 – на 9,2 (17,6%) бала, О4 – на 1,6 (2,8%) бала. Суб'єктивна оцінка інтенсивності болю була вищою також у пацієнтів основної групи: у підгрупі О1 – на 10,9 (21,3%) бала, О2 – на 10,2 (20,2%) бала, О3 – на 10,2 (20,6%) бала, О4 – на 0,5 (0,8%) бала.

Судячи з основних показників фізичного компонента здоров'я, пацієнти основної групи оцінили свій загальний стан здоров'я значно вище, ніж пацієнти порівняльної групи: підгрупи О1 – на 9 (17,5%) бала, О2 – на 11,2 (23,2%) бала, О3 – на 10,6 (21,7%) бала.

Оцінюючи динаміку показників ЯЖ хворих контрольної та основної груп після виконання холецистектомії, ми виявили, що у підгрупах О1, О2, О3 показники BP, GH, VT, SF, які, власне, об'єктивно визначають ступінь медичної післяопераційної реабілітації, були достовірно вищими в порівнянні з аналогічними показниками в підгрупах К1, К2, К3 ($p < 0,05$). Суттєвої різниці в ЯЖ хворих підгруп К4 та О4 не виявлено. Це пов'язано насамперед з тим, що

їм виконали однотипне оперативне втручання – холецистектомію з мінідоступу.

Показники психологічного компонента здоров'я (VT, SF, RE, MH) після операції були вищі також у хворих основної групи, ніж у хворих контрольної групи, що корелює з показниками фізичного компонента здоров'я, проте достовірної різниці між зазначеними показниками основної та контрольної груп не виявлено ($p > 0,05$), що, на нашу думку, пов'язано з позитивними психологічними моментами аспектів оцінки хворими мініінвазивної корекції ускладненої біліарної патології.

Кращі показники фізичного компонента здоров'я у підгрупах К1 та О1, можливо, пов'язані із фізіологічними аспектами виконаної хірургічної корекції холедохолітазу та втратою функціональної активності ВСДПК й автономності функціонування біліарної системи внаслідок виконаної ЕПСТ у підгрупах К2, К3 та О2, О3.

Через 6 міс після операції згідно з отриманими результатами достовірної різниці між показниками фізичного і психологічного компонентів здоров'я в основній та контрольній групах не спостерігали за рахунок покращення показників у хворих контрольної групи, оперованих з мінідоступу. Покращилась ЯЖ всіх хворих, незалежно від способу виконаної холецистектомії, проте хворі основної групи мали кращі показники (табл. 2).

Обговорення

Мініінвазивні хірургічні втручання є вибором у лікуванні хворих похилого та старечого віку з ГХ у поєднанні з холедохолітазом. Вибір способу корекції патології жов-

Таблиця 1. Показники ЯЖ хворих похилого та старечого віку з ГХ, ускладненим холедохолітазом, через 3 міс після операції

Показники ЯЖ	Підгрупи хворих							
	К1	О1	К2	О2	К3	О3	К4	О4
PF	61,4±2,5	72,1±3,0	60,9±2,2	69,0±2,4	58,7±2,6	67,5±3,2	57,3±2,4	58,3±3,7
RP	53,4±2,0	61,1±2,5	51,6±2,0	60,1±2,6	52,2±2,4	61,4±3,1	57,7±2,3	59,3±2,4
BP	51,2±2,8	62,1±3,1	50,4±3,1	60,6±3,4	49,6±2,7	59,8±3,6	49,6±2,7	50,1±2,8
GH	51,4±2,1	60,4±2,7	48,5±2,4	59,5±2,6	48,8±2,4	59,4±2,7	48,4±2,4	50,1±3,2
VT	52,6±2,6	54,4±3,2	51,8±2,7	53,8±2,4	50,4±2,3	53,9±3,9	50,1±2,5	52,6±3,7
SF	63,8±3,2	68,3±4,5	62,3±2,8	67,1±3,7	61,2±2,7	67,9±4,3	59,5±3,1	60,5±3,4
RE	63,7±2,7	65,9±2,6	61,1±2,1	63,7±2,8	62,6±2,8	64,8±1,1	59,3±2,6	60,8±3,6
MH	57,8±2,8	58,4±3,1	58,0±3,2	58,4±3,2	57,6±2,8	59,4±3,5	56,4±2,8	56,5±3,2

Таблиця 2. Показники ЯЖ хворих похилого та старечого віку з ГХ, ускладненим холедохолітазом, через 6 міс після операції

Показники ЯЖ	Підгрупи хворих							
	К1	О1	К2	О2	К3	О3	К4	О4
PF	64,4±2,9	73,7±3,6	63,9±2,2	69,2±2,4	58,9±2,6	67,8±3,3	60,3±2,4	61,8±3,7
RP	57,4±2,7	60,2±4,1	56,6±2,6	60,5±2,6	55,2±2,4	63,2±3,1	58,8±2,4	60,2±2,45
BP	53,2±2,6	62,3±3,4	52,4±3,0	60,8±3,5	52,6±2,7	60,3±3,2	51,7±2,7	52,9±2,8
GH	55,4±2,2	60,6±2,7	54,3±2,4	58,5±2,6	55,8±2,5	59,7±3,1	55,4±2,4	56,1±2,7
VT	53,6±2,8	55,3±3,4	53,8±2,6	55,7±2,8	51,3±2,3	54,6±2,6	51,0±2,5	53,6±3,7
SF	65,2±3,0	69,4±3,9	65,3±2,8	68,2±3,4	64,2±2,7	68,7±3,6	62,5±3,1	61,5±3,4
RE	66,7±2,8	67,9±2,9	65,1±2,5	65,5±2,8	63,8±2,8	65,0±4,31	59,9±2,8	61,8±2,7
MH	58,8±2,9	62,9±3,2	58,6±3,4	61,3±3,2	58,4±3,1	60,9±3,4	56,9±2,8	60,5±3,0

човивідних шляхів залежить від клініко–морфологічної форми захворювання та вихідного соматичного статусу хворих. Після застосування мініінвазивних методик показники фізичного та психологічного компонентів ЯЖ кращі, що засвідчує їх оцінка за опитувальником SF–36 через 3 та 6 міс. Отже, перевагу слід надавати лапароскопічним методам лікування.

Однак мусимо зазначити, що отримані результати стосуються доволі короткого терміну спостереження, тобто віддалені наслідки оперативного втручання, такі як рецидивний холедохолітаз, рубцеві стриктури ЗЖП, хронічний гепатит тощо, не враховано.

Висновки

1. Використання лапароскопічних (ендовідеоскопічних) технологій для лікування гострого калькульозного холециститу, ускладненого холедохолітазом, у порівнянні з відкритими втручаннями (мінідоступом) характеризується кращими показниками фізичного компонента ЯЖ, про що свідчить їх оцінка за опитувальником SF–36 через 3 та 6 міс після операції.

2. Різниця в показниках ЯЖ хворих, оперованих лапароскопічно та з мінідоступу, що насамперед зумовлена больовим синдромом у ділянці післяопераційної рани, є достовірною в перші 3 міс після оперативного втручання, у подальшому вона не простежується.

3. ЯЖ хворих зі збереженою функцією ВСДПК вище, ніж хворих, яким була виконана ЕПСТ.

4. Суттєвої різниці в ЯЖ хворих підгруп К4 та О4 не виявлено. Це пов'язано насамперед з тим, що їм виконали однотипне оперативне втручання – холецистектомію з мінідоступу.

References

1. SchirmerBD, WintersKL, EdlichRF. Cholelithiasis and cholecystitis. *J LongTerm Eff Med Implants*. 2005;15(3):329–38. PMID: 16022643.
2. Yamashita Y, Noritomi T, Matsuoka N, Sinya T, Sugi Y, Higa K, Kusumoto G, Nitahara K. Surgical treatment of acute cholecystitis. *Masui*. 2012 Sep;61(9):944–50; discussion 951–2. PMID: 23012831.
3. Zehetner J, Leidl S, Wuttke ME, Wayand W, Shamiyeh A. Conversion in laparoscopic cholecystectomy in low versus high-volume hospitals: is there a difference? *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2010 Jun;20(3):173–6. doi: 10.1097/SLE.0b013e3181df9dac.
4. Nuchutaylo MYu, Kanikovskiy OYe, Karyi YaV, Babiychuk YuV. Sposoby iliarnoidekompresii pry obturatsiinii zhovtianytsiu khvorykh povazhnoho viku. *Klinichna khirurgiia*. 2017;(7):10–12. [InUkrainian].
5. Savoliuk SI, Senko AI, Klimas AS. Porivnialnyi analiz pokaznykiv yakosti zhyttia khvorykh, operovanykh z pryvodu nepukhlynnoi obturatsiinoi zhovtianytsi. *Visnyk Vinnytskoho natsionalnoho medychnoho universytetu*. 2012;16(1):214–20. [InUkrainian].
6. Rusyn VI, Sirchak YeS, Kurchak Nyu, et al. Dynamika pokaznykiv yakosti zhyttia ta psykhosomatychnykh zmin u khvorykh na khronichnyi pankreatyt pislia kholetsystektomii na foni patohenetychno obgruntovanoi kompleksnoi terapii. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho universytetu: Serii: Medytsyna / vidp. red. Rusyn VI. Uzhhorod: Spektral*, 2014;1(49):36–40. [In Ukrainian].
7. Hsueh LN, Shi HY, Wang TF, Chang CY, Lee KT. Health-related quality of life in patients undergoing cholecystectomy. *Kaohsiung J Med Sci*. 2011 Jul;27(7):280–8. doi: 10.1016/j.kjms.2011.03.002. Sposobybiliar-noidekompresii pry obturatsiinii zhovtianytsiu khvorykh povazhnohoviku. *Klinichna khirurgiia*. 2017;(7):10–12. [InUkrainian].