

# ПОРІВНЯННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ВІДКРИТОЇ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПІЄЛОПЛАСТИКИ

*О.В. Шупелик*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Кафедра урології*

На даний час неможливо повною мірою оцінити переваги чи недоліки будь-якої лікувальної методики, включаючи й оперативну, не вивчивши її вплив на якість життя (ЯЖ). В тих випадках, коли нові операції розробляються для покращення об'єктивних результатів лікування, вони також повинні обов'язково порівнюватися з традиційними методиками і за параметрами якості життя. Цей показник є одним з основних і остаточних критеріїв успішного лікування.

В сучасній урології неможливо нехтувати таким вагомим аспектом лікування як його соціально-економічна ефективність. Це також стосується хірургічного лікування стриктури пієлоуретерального сегмента (ПУС), оскільки захворювання найчастіше зустрічається у людей працездатного віку. Методика лікування стриктури ПУС повинна бути радикальною, високо-ефективною, такою, що застосовується при різних видах обструкції. Вона також має забезпечувати можливість одночасного видалення конкременту чи репозиції судини й бути малоінвазивною. Відкрита пієлопластика володіє всіма цими перевагами, за виключенням малоінвазивності, тоді ж як рентгенендоскопічні методи є недостатньо радикальними. Впровадивши в клінічну практику лапароскопічну пієлопластику, Schuessler й співавтори (1993р.) показали можливість вдалого комбінування вищевказаних переваг відкритих операцій та рентгенендоскопічних методик [1]. Послідуючий розвиток даного виду операцій зробив його методом вибору в лікуванні стриктур ПУС.

Зазвичай при оцінці ефективності лікування до уваги беруться клінічні, інструментальні та лабораторні дані. Проте не приділяється достатньої уваги великій кількості психологічних та емоційних проблем, що виникли в результаті хвороби, а об'єктивне зменшення патологічних симптомів не завжди супровод-

жується суб'єктивним покращенням стану пацієнтів [2,3]. На сьогодні об'єктивні критерії оцінки ефективності лікування й одужання, що засновувались на традиційних показниках, перестали задовольняти сучасну медицину. Лише оцінка якості життя може надати дослідникам інформацію щодо точки зору пацієнта про свою хворобу, що, в свою чергу, вказує нам на більш ефективний спосіб лікування тієї чи іншої патології [4,5,6].

**Мета дослідження** – порівняти якість життя пацієнтів зі стриктурою ПУС, оперованих відкритими та лапароскопічними методами.

## **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Дослідження проведене в 2008-2010 роках на базі хірургічного центру зі стаціонаром короткострокового перебування ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС м.Київ та урологічного відділення Львівської ОКЛ, в яке увійшло 49 пацієнтів зі стриктурами пієлоуретерального сегмента, з них 25 – жінки та 24 – чоловіки віком від 18 до 62 років. Середній вік становив  $35 \pm 3,1$  роки. Статистично достовірних відмінностей за віком та статтю в групах не було. Пацієнтів було розподілено на 2 групи: 14 хворих, оперованих лапароскопічно та 35 хворих, яким виконано відкриту пієлопластику. Протяжність звуження становила від 0,5 до 2,3см. Всім пацієнтам до операції було виконано загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (сечовина, креатинін, загальний білок, білірубін), визначення коливання питомої ваги сечі, посів сечі на флору та чутливість до антибіотиків, УЗД нирок та ниркових судин, оглядова та екскреторна рентгенографія, радіоізотопна ренографія. Для профілактики післяопераційних рубцевих стриктур, хворі з пієлонефритом оперувалися в стадії ремісії й на фоні антибактеріальної та

протизапальної терапії. Пацієнти під час ЛПП знаходилися в латеропозиції, під ендотрахеальним знечуленням на ШВЛ. Ендопорти: 3 розміщені в проекції розрізу за Федоровим: 10мм по передній аксілярній лінії (для лапароскопа), 10мм дорзальніше середньої аксілярної лінії, 5мм по задньоаксілярній лінії; й 5мм ендопорт для ретрактора на 2см нижче реберної дуги. Пневмоперитонеум з тиском газу 10мм ртутного стовпчика створювався шляхом прямої пункції очеревини 10мм троакарном з тупим стилетом. ВПП виконувалась за методом Андерсена-Хайнса вузловими швами з кроком 1-3мм, з вколюванням голки на 2мм від краю розрізу ниркової миски вікрилом 4-0 або 5-0 на круглій атравматичній голці, всім хворим було встановлено стент 6-8 Ch на 4 тижні. Це єдиний дренаж, який був в провітрі ниркової миски й сечоводу. Заочеревинний простір дренивався однією

силіконовою трубкою діаметром 5мм, яка встановлювалася до сформованого анастомозу на 3 дні. В післяопераційний період всі хворі отримували антибактеріальну та протизапальну терапію, знеболюючі середники.

Для оцінки якості життя застосовувався опитувальник SF-36, що складається з 36 питань, розподілених на 8 шкал: фізична активність (PF), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP), інтенсивність болю (BP), загальний стан здоров'я (GH), життєва здатність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RF) та психічне здоров'я (MN) (Табл.1). Результати отримують у вигляді оцінок у балах по 8 шкалам та двом категоріям. Показники кожної шкали варіюють від 1 до 100, де 100 представляє повне здоров'я [7,8].

Таблиця 1

Основні характеристики опитувальника SF-36

Показник шкали	Значущість для оцінки здоров'я	
	Фізичного	Психологічного
PF (ФА) – фізична активність (10 запитань) Суб'єктивна оцінка респондентом об'єму свого буденного навантаження (самообслуговування, підйом по сходах, здатність долати фізичні навантаження). Прямий критерій: чим вище показник, тим більше фізичне навантаження, на думку респондента, він може виконати.	100	0
RP (РФ) – рольове функціонування (4 запитання) Вплив фізичного стану на рольове функціонування (виконання звичної роботи). Зворотній критерій: чим вище показник, тим менше, на думку респондента, проблем зі здоров'ям обмежують його повсякденну діяльність.	100	0
BP (ІБ) – інтенсивність болю (2 запитання) Характеризує роль суб'єктивних відчуттів респондента в обмеженні його діяльності. Зворотній критерій: чим вище показник, тим менше, на думку респондента, больові відчуття заважають його буденній діяльності.	100	0
GH (ЗЗ) – загальне здоров'я (5 запитань) Загальний стан здоров'я – це суб'єктивна оцінка респондентом свого загального стану на даний час. Прямий критерій: чим вище показник, тим краще респондент сприймає своє здоров'я в цілому.	50	50
VT (ЖЗ) – життєздатність (4 запитання) Життєздатність – це суб'єктивна оцінка респондентом свого життєвого тону (енергія, жвавість та ін.). Прямий критерій: чим вище показник, тим вище респондент оцінює свій життєвий тонус, відчуває себе повним сил та енергії.	50	50
SF (СФ) – соціальне функціонування (2 запитання) Соціальне функціонування – характеризується як суб'єктивна оцінка респондентом рівня своїх відносин з друзями, колегами по роботі, рідними. Прямий критерій: чим вище показник, тим вище респондент оцінює рівень своїх соціальних зв'язків.	25	75
RF (РЕ) – роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (3 запитання) Це суб'єктивна оцінка респондентом ступеня обмеження своєї буденної діяльності, обумовленою емоційними проблемами. Зворотній критерій: чим вище показник, тим менше на думку респондента, його емоційний стан впливає на його буденну діяльність.	0	100
MN (ПЗ) – психічне здоров'я (5 запитань) Психічне здоров'я – це суб'єктивна оцінка свого настрою (щастя, спокій та ін.). Прямий критерій: чим вище показник, тим кращий настрій був у респондента, тим більше за останній час він відчував себе спокійним та щасливим.	0	100

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Через 3, 6 та 12 місяців після оперативного лікування проводився аналіз даних, отриманих шляхом застосування опитувальника SF-36.

Оцінювалися показники якості життя у 2 групах: I група (n = 35) – відкрита пієлопластика (ВПП), II група (n = 14) – лапароскопічна пієлопластика (ЛПП). Основні дані представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Оцінка якості життя пацієнтів

Показник	3 місяці		6 місяців		12 місяців	
	ВПП	ЛПП	ВПП	ЛПП	ВПП	ЛПП
PF	50,8	71,4	68,4	73,2	80,8	94,3
RP	92,5	81,3	88,3	61,2	72,3	45,2
BP	88,4	63,4	65,2	45,4	48,4	30,2
GH	65,4	88,4	82,5	90,3	96,6	98,2
VT	48,3	62,4	56,2	72,4	74,8	75,1
SF	38,3	41,4	62,3	74,4	78,4	80,1
RF	80,2	79,8	78,4	77,2	62,4	60,1
MN	48,4	55,1	76,7	78,5	81,0	82,2

Як видно з таблиці, суттєві відмінності спостерігалися при аналізі показників ЯЖ пацієнтів через 3 місяці після операції (Рис. 1).

Показник фізичної активності (PF), рольового функціонування (RP) й інтенсивності болю (BP) у I та II групах значно відрізнявся на ко-

ристь лапароскопічної пієлопластики, що зумовлено меншою інвазивністю останньої, в зв'язку з відсутністю післяопераційної рани.

Ця різниця дещо зменшується при оцінці даних опитування респондентів через 6 місяців після операції (Рис. 2).

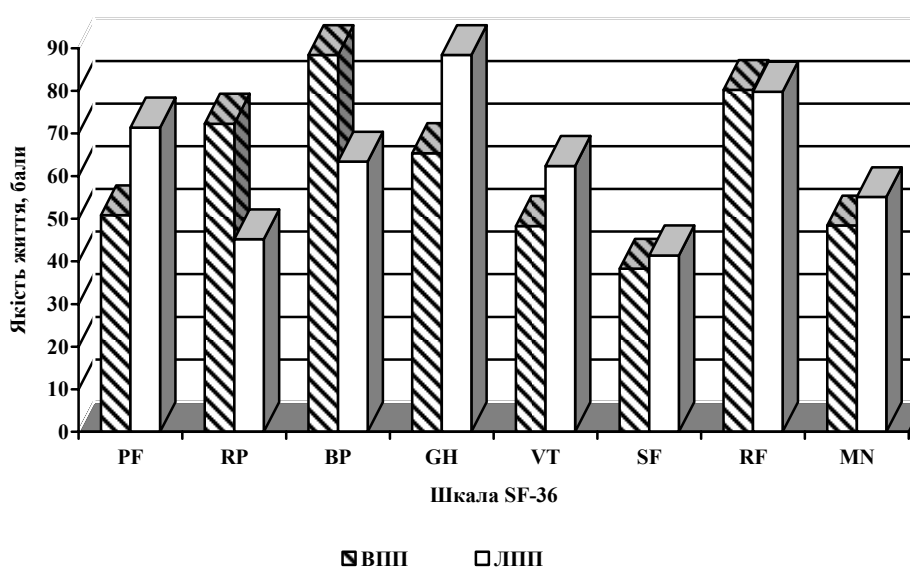


Рис. 1. Порівняння показників якості життя через 3 міс.

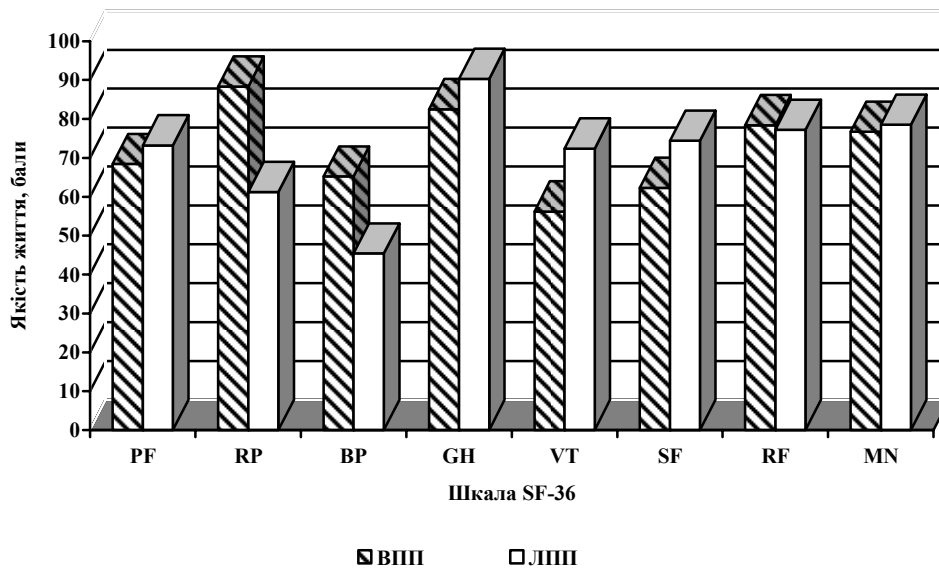


Рис.2. Порівняння показників якості життя через 6 міс.

Дані, отримані через 12 місяців (Рис.3), доводять, що фізична активність пацієнтів ІІ групи (PF=94,3) практично не обмежується станом їхнього здоров'я, на відміну від ІІ групи, де результати були значно гірші (PF=80,8). Рольове функціонування ІІ групи (RP=45,2) практично не

обмежене їх фізичним станом, чого не можна сказати про пацієнтів ІІ групи (RP=72,3). Активність пацієнтів ІІ групи (BP=30,2) достовірно менш обмежувалася болем ніж пацієнтів ІІ (BP=48,4).

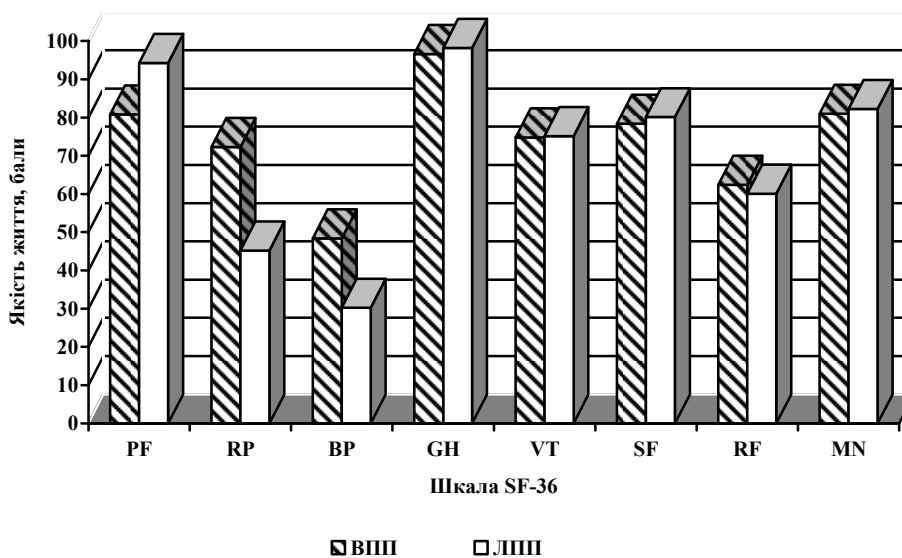


Рис.3. Порівняння показників якості життя через 12 міс.

Фізична активність (PF), рольове функціонування (RP), загальне здоров'я (GH) та життєва здатність (VT) через 3 місяці у пацієнтів після ЛПІІ на такому рівні, що дані показники у групі після ВПІІ набудуть цього ж значення не раніше, як через 6 місяців, а інтенсивність болю (BP) у групі ВПІІ навіть після 12 місяців не може

знизитися до рівня 6 місяців у хворих, оперованих лапароскопічно. Отже, менше ушкодження тканин при лапароскопічному доступі сприяє кращим показникам якості життя у пацієнтів при порівнянні раннього та пізнього післяопераційного періоду.

## ВИСНОВКИ

1. Порівняльна оцінка результатів лікування стриктури ПУС методом ВПП та ЛПП свідчить про кращу якість життя пацієнтів, оперованих лапароскопічно.
2. Відмінності є більш помітними в ранній

післяопераційний період й більш виражені при порівнянні фізичних показників.

3. Показник якості життя за допомогою опитувальника SF-36 може використовуватися для суб'єктивної оцінки результатів лікування стриктури ПУС пацієнтами.

## Список літератури

1. Рентгеноэндоскопическая диагностика и лечение стриктур лоханочно-мочеточникового сегмента и мочеточника / [О.В. Теодорович, А.Г. Мартов, М.И. Абдуллаев и др.]. – Урология, 2003. – №6. – С.52-58.
2. Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation / [Aprile I., Piazzini D., Bertolini C. at el.]. – *Neurol Sci*, 2006. – 27:40-46.
3. Functional status and health-related quality of life during inpatient stroke rehabilitation / [Madden S, Hopman WM, Bagg S. at.al.]. – *Am J Phys Med Rehabil*, 2006. – 85:831-838.
4. Appelros P. Poor outcome after first-ever stroke: predictors for death, dependency, and recurrent stroke within the first year / P. Appelros, I. Nydevik, M. Viitanen. – *Stroke*, 2003. – 34:122-126.
5. Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke / [Buck D., Jacoby A., Massey A., Ford G.], 2000. – *Stroke*.31:2004-2010.
6. Duncan PW. Outcome measures in acute stroke trials / PW. Duncan, HS. Jorgensen, DT. Wade. – *Stroke*. 2000. – 31:1429-1438.
7. De Haan RJ. Measuring quality of life after stroke using the SF-36 / RJ. De Haan. – *Stroke*, 2002. – 33:1176.
8. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide / [Ware JE., Snow KK., Kosinski M., et al.]. – Lincoln, 1993. – RI: Quality Metric Incorporated.

## Реферат

### СРАВНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОТКРЫТОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ

О.В. Шипелик

Оценка качества жизни 49 пациентов со стриктурами ПУС, оперированных в урологических отделениях ГНУ «Научно-практического центра профилактической и клинической медицины» ГУД г.Киева и Львовской ОКБ в 2008-2010гг. с применением опросника SF-36. Показатели физической активности (PF), ролевого функционирования (RP) и интенсивности боли (BP) значительно лучше в группе пациентов, оперированных лапароскопически. Эти отличия более заметны в раннем послеоперационном периоде и более выражены при сравнении физических показателей. Таким образом, ЛПП можно считать новым стандартом в лечении стриктуры ПУС.

**Ключевые слова:** стриктура ПУС, лапароскопическая пиелопластика, открытая пиелопластика, качество жизни, опросник SF-36.

## Summary

### COMPARISON OF PATIENS' LIFE QUALITY AFTER OPEN AND LAPAROSCOPIC PYELOPLASTY

O.V. Shypelyk

In the article is presented an estimation of life quality of 49 patients with pyelo-ureteral junction stricture operated in urological departments of the State Scientific Centre "Scientific and Practicing Centre of Preventive and Clinical Medicine" on the basis of the State Affairs Governance in Kyiv and Lviv Regional Clinical Hospital during 2008-2010 using the questionnaire SF-36. Indexes of physical activity (PF), role functioning (RP) and pain intensity (BP) were much better in the group of patients operated by laparoscopic method. These differences were more evident in early post-operational period and more expressed when physical indexes were compared. Thus, laparoscopic pyeloplasty can be considered a new standard in pyelo-ureteral junction stricture treatment.

**Key words:** pyelo-ureteral junction stricture, laparoscopic pyeloplasty, open pyeloplasty, quality of a life, questionnaire SF-36.