

1-1-2019

RESEARCH OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AFTER PORTOSYSTEM SHUNTING

F.G. Nazyrov

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named. Acad. V. Vakhidov, Tashkent, 100115, Uzbekistan, rio-tma@mail.ru

Follow this and additional works at: <https://uzjournals.edu.uz/tma>

Recommended Citation

Nazyrov, F.G. (2019) "RESEARCH OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AFTER PORTOSYSTEM SHUNTING," *Central Asian Journal of Medicine*: Vol. 2018 : Iss. 4 , Article 10.
Available at: <https://uzjournals.edu.uz/tma/vol2018/iss4/10>

This Article is brought to you for free and open access by 2030 Uzbekistan Research Online. It has been accepted for inclusion in Central Asian Journal of Medicine by an authorized editor of 2030 Uzbekistan Research Online. For more information, please contact brownman91@mail.ru.

УДК: 616.037/36-004.089

*Title of the article in the Uzbek language:***ЖИГАР ЦИРРОЗИДА ПОРТОТИЗИМ ШУНТЛАШ ОПЕРАЦИЯЛАРИДАН КЕЙИН БЕМОЛЛАРИНИНГ ҲАЁТИ СИФАТ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ТЕКШИРИШ***Title of the article in Russian language:***ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ****RESEARCH OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AFTER PORTOSYSTEM SHUNTING
Nazyrova F.G., Devyatov A.V., Babadjanov A.Kh., Ruzyboev S.A.***Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named. Acad. V. Vakhidova***Maqola to'g'risida ma'lumot****Qabul qilindi: 2018 y, sentyabr****Chop etildi: 2018 y, dekabr****Калим сўзлар:** жигар циррози, портал гипертензия, портотизим шунтлаш, ҳаёт сифати.**АННОТАЦИЯ**

Мақсад: жигар циррозида портотизим шунтлаш операцияларидан кейин беморларнинг ҳаёти сифат кўрсаткичларини таҳлил қилиш. **Материал ва усуллар:** тадқиқотга жигар цирроз портал гипертензия билан 32 та беморнинг портотизим шунтлаш операциясигача ва кейинги ҳолатлари киритилган. Жи-гарнинг сурункали касалликлари The Chronic Liver Disease Questionnaire билан беморлар учун Younossi Z.M. ва ҳаммуаллифлар (1999) томонидан киритилган махсус сўровнома қўлланилди. **Натижа:** портотизим шунтлаш операциялари меъда ва қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши хавфи бор беморларнинг нафақат ҳаёт сифати индексини яхшилланиши ва бу хавфнинг камайиши ҳам исботланди. Портотизим шунтлаш операциясидан кейинги узоқ даврларда жигардаги патологик жараённинг кучайиши гепатоцитларнинг функционал етишмовчилиги ривожланишига олиб келиб, етарли декомпрессия қилин-ганига қарамай касалликнинг фатал оқибатлар билан тугашига сабаб бўлади. Беморларнинг кузатув муддатлари ошиб бориши мобайнида барча параметрлар бўйича ҳаёт сифатини баҳолаш натижалари-нинг ёмонлашиб бориши аниқлаб олинди.

Информация о статье**Принят: сентябрь 2018 г.****Опубликовано: декабрь 2018 г.****Ключевые слова:** цирроз печени, портальная гипертензия, портосистемное шунтирование, качество жизни.**АННОТАЦИЯ**

Цель: анализ качества жизни больных циррозом печени после портосистемного шунтирования. **Материал и методы:** в исследование включены 32 больных циррозом печени с портальной гипертензией до и после портосистемного шунтирования. Применялся специальный вопросник, разработанный Z.M. Younossi и соавт. (1999) для пациентов с хроническими заболеваниями печени – The Chronic Liver Disease Questionnaire. **Результаты:** доказано, что портосистемное шунтирование не только не ухудшает индекс качества жизни больных с угрозой кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, но и несколько улучшает это значение. В отдаленный период после шунтирования прогрессирующий патологический процесс в печени способствует развитию функциональной неполноценности гепатоцитов, что в условиях адекватной декомпрессии является основной причиной фатального исхода заболевания. Эта тенденция получена по всем параметрам оценки индекса качества жизни с постепенным ухудшением показателей по мере увеличения сроков наблюдения. **Выводы:** прогрессирующий патологический процесс в печени способствует развитию функциональной неполноценности гепатоцитов, что в условиях адекватной декомпрессии является основной причиной фатального исхода заболевания.

Article info**Adopted: September 2018****Published: December 2018****Key words:** liver cirrhosis, portal hypertension, portosystemic shunting, quality of life**ABSTRACT**

Objective: To analyze the quality of life of patients with cirrhosis after portosystemic shunting. **Material and methods:** The study included 32 patients with cirrhosis of the liver with portal hypertension before and after portosystemic shunting. A special questionnaire developed by Younossi Z.M. et al. (1999) for patients with chronic liver disease - The Chronic Liver Disease Questionnaire. **Results:** It has been proved that portosystemic shunting not only does not impair the quality of life index of patients with the threat of bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach, but also somewhat improves this value. In the remote period after shunting, a progressive pathological process in the liver contributes to the development of the functional inferiority of hepatocytes, which, under conditions of adequate decompression, is the main cause of the fatal outcome of the disease. This trend is obtained in all parameters of the assessment of the quality of life index with a gradual deterioration in performance as the observation period increases. **Conclusions:** A progressive pathological process in the liver contributes to the development of the functional inferiority of hepatocytes, which, under conditions of adequate decompression, is the main cause of the fatal outcome of the disease.

В современной хирургии портальной гипертензии (ПГ) портосистемное шунтирование (ПСШ) сохраняет свои приоритеты в плане радикальной коррекции этого осложнения. Независимо от правовых норм и уровня развития хирургической службы в разных странах значимость этого вмешательства остается на высоком уровне [4]. Если рассматривать роль ПСШ в странах, где выполнение трансплантации печени поставлено на поток, то этот этапный вариант коррекции ПГ и соответственно

профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) позволяет снизить риск развития фатальных геморрагий и, тем самым, удлинить период ожидания донорского органа для пациентов, включенных в листы ожидания трансплантации печени [5,9,12].

С другой стороны, к сожалению, трансплантация печени не является методом лечения вирусной инфекции. В большинстве случаев перед этим вмешательством больной должен получить курс противовирусной терапии, который для достижения адекватного эффекта может затянуться на год и более. Период такого ожидания также чреват риском развития кровотечения из ВРВПЖ, ввиду чего декомпрессивные операции у этой категории пациентов остаются востребованными и продолжают выполняться в профилактических целях.

В свою очередь, в странах, где по тем или иным причинам трансплантация печени не выполняется, ПСШ – основной метод хирургического лечения синдрома ПГ. С учетом вышеизложенного в научно-клиническом плане интерес представляет продолжение исследования качества жизни больных циррозом печени (ЦП) после ПСШ [6,11].

В научно-клиническом плане интерес представляет анализ качества жизни больных циррозом печени (ЦП) после ПСШ. Декомпрессивный эффект ПСШ позволяет нивелировать фактор развития геморрагического синдрома, однако в условиях функционирующего шунта основной причиной неудовлетворительных результатов является прогрессирующая гепатоцеллюлярная недостаточность на фоне ЦП [2,5,13,14].

Особый интерес представляет оценка качества жизни до и после ПСШ. Декомпрессивный эффект шунтирующих вмешательств направлен только на коррекцию осложнений ПГ и по своей сути, как и любое оперативное вмешательство, может усугубить функциональное состояние печени [7,8,10]. Однако, с другой стороны, в последние годы показания к этим вмешательствам существенно ужесточены. Наряду с оценкой риска возможного кровотечения из ВРВПЖ, особое внимание уделяется состоянию

остальных органов и систем, в частности выраженности синдрома гиперспленизма, функциональному статусу гепатоцитов, неврологической симптоматике на фоне печеночной энцефалопатии и т.д. В совокупности с улучшением качества выполнения шунтов учет этих особенностей позволил значительно снизить риск специфических постшунтовых осложнений.

В свою очередь, риск рецидива кровотечения или прогрессирование асцитического синдрома на фоне нарастающего портального давления также отражается на качестве жизни больных ЦП. А если учесть, что у 30-40% больных рецидив геморрагического синдрома может наблюдаться в сроки до месяца после первичного кровотечения [1,6,9], то актуальность выполнения профилактического ПСШ возрастает еще в большей степени.

Материал и методы

Под нашим наблюдением были 32 больных ЦП, оперированных в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова», у которых анализ качества жизни проводился до и после ПСШ. Все пациенты до ПСШ в течение последнего месяца перенесли эпизод кровотечения из ВРВПЖ, остановленный консервативно.

Для оценки качества жизни использовали вопросник, разработанный Z.M. Younossi и соавт. (1999) для пациентов с хроническими заболеваниями печени – The Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ). CLDQ. Это первый специальный специфический документ для оценки качества жизни, который включает 29 пунктов, распределенных по следующим 6 доменам: абдоминальные симптомы, усталость, системные симптомы, активность, эмоциональное состояние и беспокойство. Ответ респондентов включал 7 возможных вариантов: от «все время» до «никогда». С учетом того, что в нашей стране пока не выполняется трансплантация печени, последний 29 вопрос («Сколько раз в течение последних двух недель Вас беспокоила мысль о доступности печени, если вам нужна будет трансплантация печени?») из вопросника был исключен. Пациенты отвечали на 28 вопросов, по которым определялась средняя сумма баллов в целом (максимум 196

баллов) и по различным вопросам в отдельных доменах (от 1 до 7 баллов). При этом чем выше показатель, тем лучше качество жизни.

В своем исследовании мы применили также визуальные аналоговые шкалы (ВАШ), представляющие собой отрезки прямой длиной 10 см, на концах которых отмечены противоположные состояния пациента (соответствует крайним значениям шкалы Likert – «всегда» или «никогда») [3,6]. Пациенты заполняли две шкалы, по которым оценивался индекс качества жизни, связанный с ощущением общего благополучия и со здоровьем. Оба этих показателя оценивались от 0 до 100%, при этом, чем выше показатель, тем лучше качество жизни.

При ответах на все 28 вопросов анкеты максимальный суммарный балл составлял 196. Контрольную группу составили 50 больных, обследованных по такому же принципу. Следует отметить, что для чистоты исследования в контрольную группу были включены здоровые лица сопоставимого возраста ($27,9 \pm 4,2$ года) и пола, а также по месту жительства. Наиболее часто анкетировались родственники пациентов (братья, сестры и т.д.). Результаты анкетирования были распределены на следующие временные промежутки поле ПСШ: 3, 6, 12; 3 года, 5 лет и более 5 лет.

Результаты и обсуждение

Сводные результаты оценки качества жизни свидетельствуют о том, что до шунтирования показатели были достоверно хуже, чем в ближайшие сроки после операции. Конечно, это обусловлено не только декомпрессивным эффектом ПСШ, но и эмоциональным или психологически позитивным состоянием пациентов, перенесших операцию. Однако особое значение больные придают объективным признакам улучшения состояния.

Регресс синдрома ПГ и его осложнений обуславливает не только снижение риска кровотечения из ВРВПЖ, что уже само по себе субъективно положительно отражается на неврологическом статусе больных, но и изменении других объективных критериев оценки собственного здоровья. В частности, уменьшение или исчезновение отечно-асцитического синдрома,

этиологическим фактором которого являлась не только белковосинтетическая несостоятельность гепатоцитов, но и нарастающая ПГ.

Снижение портального давления положительно сказывается также на дискомфорте, связанным с синдромом спленомегалии, так как ПСШ способствует уменьшению размеров селезенки. В ряде случаев больные отмечают другие неспецифические улучшения, например, в отношении диспепсических расстройств.

В целом оценка качества жизни в ближайший срок после ПСШ достоверно свидетельствует об эффективности этих вмешательств не только в плане профилактики кровотечения из ВРВПЖ, но и в субъективной оценке собственного здоровья. Тем самым, при соблюдении всех необходимых условий по состоянию пациентов на момент операции, а также соответствующих рекомендаций после вмешательств ПСШ позволяет сохранить уровень качества жизни больных ЦП, который будет зависеть только от степени прогрессирования патологического процесса. Так, если до операции сумма баллов составила $114,1 \pm 10,4$ ($m=1,4$), то в сроки через 3 месяца после ПСШ – $127,5 \pm 12,7$ ($m=1,7$), к 6-му месяцу – $122,4 \pm 13,2$ ($m=1,8$), что достоверно ($p < 0,001$) отличалось от исходного показателя (рис. 1).

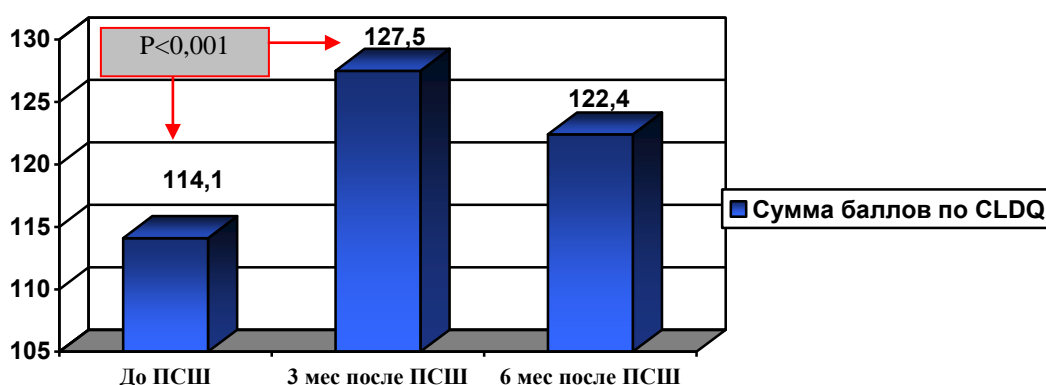


Рис. 1. Показатель качества жизни у больных ЦП до и после ПСШ, $n=32$.

В таблице представлены средние баллы по всем 28 вопросам CLDQ. В отличие от контроля, в ближайший период после ПСШ усредненный показатель был равен всего $4,4 \pm 0,6$ баллов ($p < 0,001$). В дальнейшем

достоверное снижение этого показателя получено к 3-м – $3,7 \pm 0,6$ ($p < 0,001$) и 5 годам наблюдения – $3,2 \pm 0,5$ ($p < 0,001$). В сроки более 5 лет показатель не отличался от предыдущего значения.

Таблица

Средний балл по всем вопросам CLDQ в различные сроки наблюдения

| Показатель | Контроль | 3 мес. | 6 мес. | 12 мес. | 3 года | 5 лет | Более 5 лет |
|---|----------|--------|--------|---------|--------|--------|-------------|
| Число больных | 50 | 165 | 112 | 94 | 78 | 31 | 21 |
| Средний балл по всем вопросам (M) | 5,8 | 4,4 | 4,3 | 4,2 | 3,7 | 3,2 | 3,1 |
| Стандартное отклонение | 0,6 | 0,7 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,5 |
| Стандартная ошибка (m) | 0,08 | 0,05 | 0,06 | 0,07 | 0,07 | 0,10 | 0,12 |
| T-критерий (P) к предыдущему показателю | | <0,001 | >0,05 | >0,05 | <0,001 | <0,001 | >0,05 |

В свою очередь относительный показатель качества жизни больных ЦП после ПСШ, выраженный в процентах по отношению к контролю, отражает степень динамического ухудшения состояния.

Так, если у пациентов контрольной группы показатель средней суммы баллов по вопроснику CLDQ по отношению к максимуму составил $83,2 \pm 2,8\%$, то на различных этапах после ПСШ сумма баллов для больных ЦП не превышала $63,2 \pm 4,9\%$ с постепенным ухудшением до $43,7 \pm 4,2\%$ в сроки более 5 лет наблюдения.

В свою очередь наиболее объективно эта зависимость выражена в доле показателя качества жизни при ЦП к контролю. Так, в сроки до 3-х месяцев качество жизни было примерно на четверть ниже, чем в контрольной группе и составило $76,0 \pm 4,4\%$. В дальнейшем, на фоне прогрессирующего патологического процесса показатель по отношению к контролю прогрессивно снижается, особенно выражено в сроки до 5 лет наблюдения и более. В сроки более 5 лет этот показатель был равен всего $52,5 \pm 4,6\%$ (рис. 2).

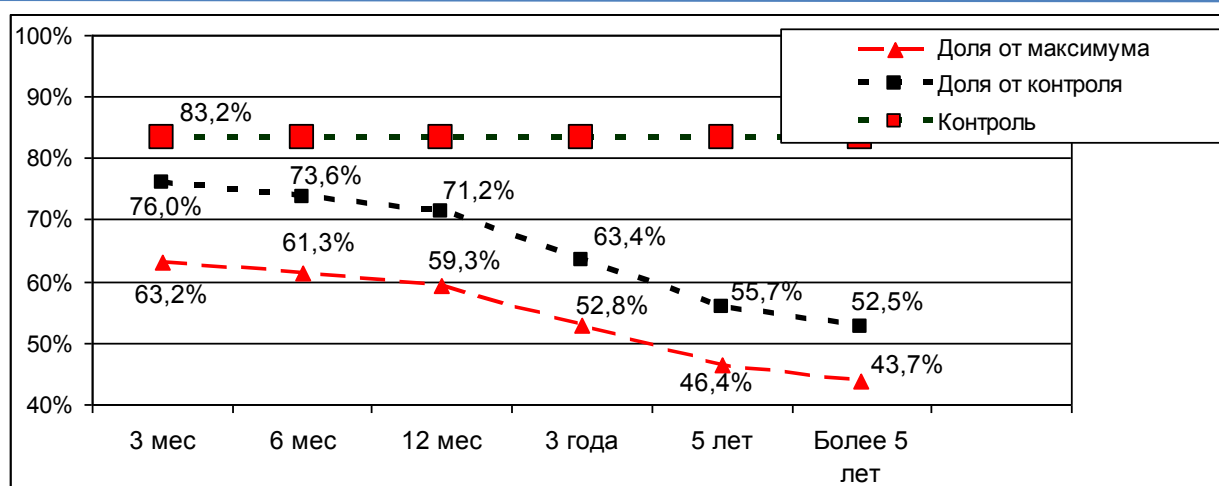


Рис. 2. Относительный показатель соответствия средней суммы баллов по CLDQ у больных ЦП по отношению к максимально возможной сумме и показателю в контроле.

Далее рассмотрены средние баллы показателя качества жизни по основным доменам вопросника CLDQ. В сроки до 3-х месяцев наблюдения наиболее низкие баллы получены по доменам: усталость – $4,0 \pm 0,4$; активность – $4,4 \pm 0,5$; эмоциональное состояние – $4,2 \pm 0,4$, беспокойство – $4,1 \pm 1,1$. По всем указанным значениям показатели отличались от контроля с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$). В дальнейшем по всем доменам зарегистрировано постепенное прогрессивное ухудшение показателя качества жизни, наиболее выраженное для доменов активности и эмоционального состояния, по которым фактически на всех периодах средний балл достоверно ухудшался ($p < 0,05-0,001$), в отличие от других доменов, где были периоды без существенного снижения.

В свою очередь снижение относительного значения среднего балла существенно не отличалось по всем доменам (равномерное снижение кривых на 20,3-25,8% от показателя в сроки до 3-х месяцев наблюдения к значению в сроки более 5 лет). Однако их истинное сопоставление по отношению к контролю было более выраженным, составив в сроки более 5 лет наблюдения всего 41,0% к контролю по домену «беспокойство» и максимально 62,3% к контролю по домену «активность» (рис. 3).

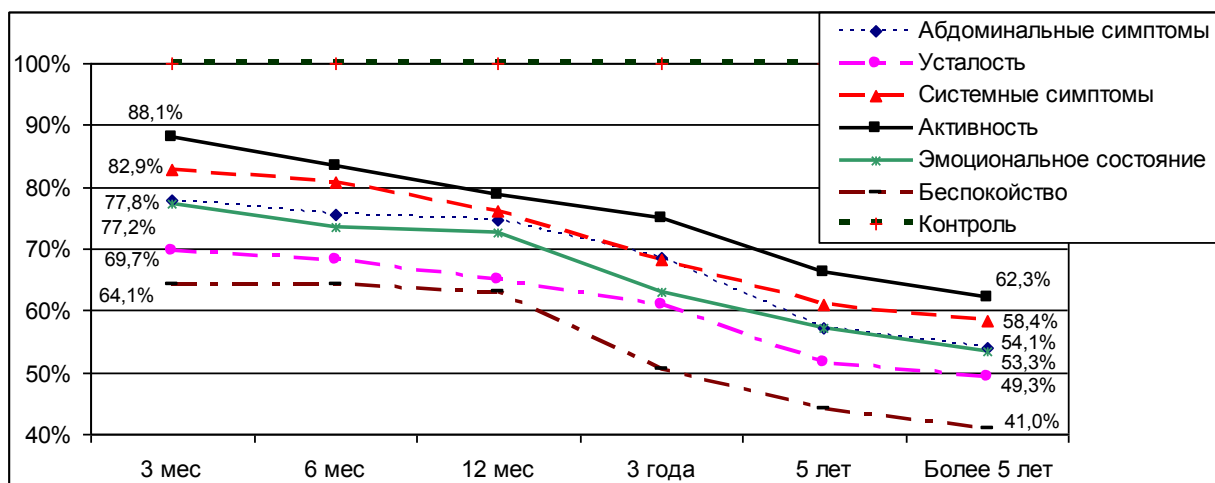


Рис. 3. Динамическая кривая показателя качества жизни по основным доменам CLDQ по отношению к контролю.

Если в группе контроля индекс качества жизни по ВАШ общего благополучия (ИКЖОБ) составил $82,4 \pm 2,8\%$ (из максимальных 100%), то у больных ЦП после ПСШ в сроки до 3-х месяцев наблюдения это значение было равно $71,2 \pm 5,1\%$ ($p < 0,001$), а к сроку более 5 лет снизилось до $49,7 \pm 7,4\%$. Индекс качества жизни по ВАШ здоровья в контроле составил $78,3 \pm 3,1\%$, тогда как при ЦП – $64,5 \pm 4,7\%$ ($p < 0,001$) в сроки до 3-х месяцев после ПСШ и только $42,6 \pm 4,8\%$ – в сроки более 5 лет наблюдения.

Если рассмотреть соответствие полученных показателей при ЦП в ближайший период после ПСШ по отношению к контролю, то ИКЖОБ составит 86,4%, то есть будет ниже на 13,6%, а по шкале здоровья – 82,4%. По мере увеличения сроков наблюдения эти показатели снижаются по отношению к контролю (100%) соответственно до 60,3 и 54,4%. Сравнительные кривые относительного показателя качества жизни по ВАШ общего благополучия и здоровья по отношению к контролю приведены на рис. 4.

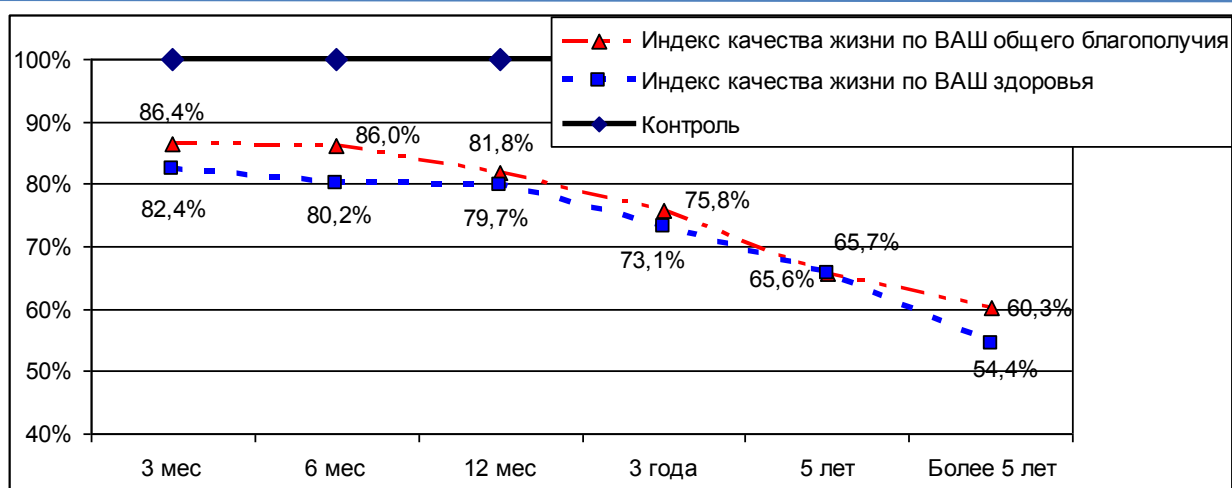


Рис. 4. Сравнительные кривые относительного показателя качества жизни по ВАШ общего благополучия и здоровья по отношению к контролю.

Таким образом, сравнительный анализ качества жизни больных ЦП с ПГ и риском рецидива кровотечения из ВРВПЖ по вопроснику CLDQ до и после ПСШ показал, что к 3-му месяцу наблюдения на фоне портальной декомпрессии отмечается статистически достоверное ($p < 0,001$) улучшение физического и психологического состояния пациентов. В отдаленный период после ПСШ прогрессирование патологического процесса в печени обуславливает усугубление показателей качества жизни по шкале CLDQ с 78,6% по отношению к контролю (100%) в сроки до 3-х месяцев после операции до 55,3% ($p < 0,001$) в сроки более 5 лет наблюдения, а по шкале психологического состояния – с 72,4 до 48,8% ($p < 0,001$). Аналогичная отчетливая тенденция прогрессивного ухудшения качества жизни определяется на всех этапах после ПСШ при оценке по ВАШ общего благополучия (с 86,4 до 60,3%, $p < 0,001$) и по ВАШ здоровья (с 82,4 до 54,4%, $p < 0,001$).

Выводы

1. На фоне эффективной декомпрессии портального бассейна и соответственно профилактики кровотечений из ВРВПЖ ПСШ как паллиативная операция при ЦП не только не ухудшает индекс качества жизни больных с угрозой геморрагического синдрома, но и несколько улучшает это значение.

2. Однако прогрессирующий патологический процесс в печени способствует развитию функциональной неполноценности гепатоцитов, что в условиях адекватной декомпрессии является основной причиной фатального исхода заболевания. Эта тенденция получена по всем параметрам анализа индекса качества жизни по вопроснику CLDQ и ВАШ общего благополучия и здоровья.

References:

1. Andreytseva O.I. Vozmozhnosti ortotopicheskoy transplantatsii pecheni pri lechenii bol'nykh s terminal'nymi porazheniyami pecheni // *Sonsilium Medicum*. – 2004. – Т. 6, №6. – S. 27-33.
2. Buyeverov A.O., Mayevskaya M.V. Osobennosti techeniya i podkhody k terapii razlichnykh variantov pechenochnoy entsefalopatii // *Trudnyy patsiyent*. – 2006. – №10. – S. 69-83.
3. Kubanova A.A., Martynov A.A. Kontsepsiya i opredeleniye kachestva zhizni bol'nykh v dermatovenerologii // *Vestn. dermatovenerol.* – 2004. – №4. – S. 16-19.
4. Nazyrov F.G., Devyatov A.V. Razvitiye khirurgii portal'noy gipertenzii v Uzbekistane // *Medical express*. – 2009. – №4. – S. 6-7.
5. Radchenko V.G., Romanova N.V. Sravnitel'noye issledovaniye kachestva zhizni u patsiyentov s khronicheskimi zabolevaniyami pecheni // *Aktual'nyye voprosy vnutrennikh bolezney: Materialy 6-y yezhegod. itog. konf. kafedry vnutrennikh bolezney MPF s kursom terapii i nefrologii FPK GOUVPO SPbGMA im. I.I. Mechnikova*. – 2005. – S. 117-119.
6. Sozinova YU.M. Pokazateli kachestva zhizni, svyazannogo so zdorov'yem u bol'nykh khronicheskimi virusnymi gepatitami V i S: Dis. ... kand. med. nauk.- – Kazan', 2005. – 150.s
7. Sherlok SH. Zabolevaniya pecheni i zholchnykh putey. – M.: GEOTAR-MED, 2002. – S. 148-149.

8. Bell C.L., Jeyarajah D.R. Management of the cirrhotic patient that needs surgery // *Curr. Treat Options Gastroenterol.* – 2005. – Vol. 8, №6. – P. 473-80.
9. Fitz G.J. Feldman: *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease.* – 7th ed. – 2002. – P. 1543-1549.
10. Jain A., Reyes J., Kashyap R. et al. Long-term survival after liver transplantation in 4000 consecutive patients at a single center // *Ann. Surg.* – 2000. – Vol. 232, №4. – P. 490-500.
11. Klupp J., Kohler S., Pascher A., Neuhaus P. Liver transplantation as ultimate tool to treat portal hypertension // *Dig. Dis.* – 2005. – Vol. 23, №1. – P. 65-71.
12. Rubio Gonzalez E.E., Moreno Planas J.M., Jimenez Garrido M.C. et al. Results of liver transplantation in patients with previous portosystemic shunts // *Transplant. Proc.* – 2005. – Vol. 37, №3. – P. 1491-1492.
13. Sozen H., Karakayali H., Moray G. et al. Analysis of postsurgical complications in 75 living liver transplantation donors // *J. Gastrointest. Surg.* – 2006. – Vol. 10, №5. – P. 646-651.
14. Sundaram V., Shaikh Obaid S. Hepatic encephalopathy: pathophysiology and emerging therapies // *Medi. Clin. North Amer.* – 2009. – Vol. 93 (issue 4). – P. 819-836.