

CALITATEA VIEȚII PACIENȚILOR CU STRICTURI BILIARE BENIGNE ÎN PERIOADA POSTOPERATORIE

QUALITY OF LIFE PATIENTS OF BILIARY STRICTURES IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

Alexandru Ferdohleab, dr. șt. med., conf. univ.

Catedra Chirurgie nr. 2, USMF „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

Chirurgia reconstructivă a căilor biliare, la moment, este metoda cea mai eficientă în soluționarea stricturilor biliare benigne. O apreciere exactă și corectă a rezultatelor postoperatorii a operațiilor reconstructive este de o importanță fundamentală. Actualmente, prin cercetarea calității vieții, se face tentativa de analiză obiectivă și completă a stării de sănătate a pacienților cu stricturi biliare benigne la diferite etape postoperatorii. În prezentul studiu, prin cercetarea calității vieții noi, am încercat să dăm prioritate stării de sănătate a pacienților cu stricturi biliare benigne, atât în perioadele timpurii, cât și în cele târzii, după intervenția chirurgicală reconstructivă. În una din etapele de cercetare am utilizat un "studiu clinic controlat" pentru a determina eficacitatea noilor metode de tehnică chirurgicală, aplicate în tratamentul pacienților cu stricturi benigne ale tractului biliar. Drept instrumente pentru evaluarea calității vieții (CV) în perioada postoperatorie au fost folosite chestionare standardizate cu caracteristici generale – SF-36 și chestionarul "specializat" GSRS. Toți parametrii analizați au fost colectați cu ajutorul acestor chestionare care au fost aplicate în diferite etape de timp (preoperator, la 3, la 6, la 12 luni postoperator). Am înregistrat, pentru grupul de pacienți tratați prin tehnica inovațională de formare a hepaticojejunoanastomozelor, rezultate mult mai bune, comparativ cu cei tratați prin abordarea tehnicii clasice. Am remarcat că la etapa de 12 luni indicatorii pentru unii dintre parametri (durerea abdominală, reflux-sindromul, sindromul de constipație) în grupul cu tehnica inovativă au fost aproape de cei din grupul de control. Introducerea instrumentelor CV în practica clinică face posibilă determinarea beneficiilor noilor abordări inovatoare în managementul și tratamentul pacientului chirurgical. O analiză a simptomelor la pacienți după tratamentul chirurgical reconstructiv al stricturilor ductului biliar a fost prezentată în majoritatea cercetărilor de acest gen, unde au demonstrat o eficacitate comparabilă a cercetării CV. Pe de altă parte, calitatea vieții acestor pacienți a avut o legătură statistică cu tipul de intervenție chirurgicală reconstructivă cu perioada de recuperare și cu prognosticul privind starea de sănătate. Studiul CV asigură continuitatea gestionării pacienților, sporește eficiența observației în dispensare, în ambulatoriu, elimină diferențele interetnice în lucrul cu pacienții, permite studiarea efectului diferitelor boli cronice asupra persoanelor din noile poziții, simplifică examinarea noilor abordări în tratamentul bolilor cronice. În concluzie, rezultatele cercetării au arătat necesitatea includerii chestionarelor SF-36 și GSRS în protocolul pentru evaluarea operațiilor de reconstrucție ale stricturi biliare benigne la nivel de servicii chirurgicale în Republica Moldova.

Summary

Reconstructive biliary tract surgery is now the most effective way to solve benign biliary strictures. An accurate and accurate assessment of the postoperative results of reconstructive operations is of fundamental importance. Currently, through the quality of life research, an attempt is made to fully and objectively analyze the health status of patients with benign biliary strictures at different postoperative stages. In the present study, by studying the quality of life, we have tried to prioritize the health of patients with benign biliary strictures, both in early and late after the reconstructive surgery. At one of our research stages, we used a "controlled clinical trial" to determine the efficacy of new surgical techniques applied to the treatment of patients with benign biliary tract strictures. As standard tools for life quality of life assessment (QoL) in the postoperative period, standardized questionnaires with general characteristics were used – SF-36 and GSRS "specialized" questionnaire. All parameters analyzed were collected using these questionnaires, which were applied at different stages of time (preoperative, 3, 6, 12 months postoperatively). We recorded a much better outcome for the patient group treated with the innovative hepaticojejunoanastomosis technique compared to those treated with the classical technical approach. We noted at the 12-month stage the indicators for some of the parameters (abdominal pain, reflux-syndrome, constipation syndrome) in the group with innovative technique were close to those in the control group. The introduction of QoL tools into clinical practice makes it possible to determine the benefits of new innovative approaches in the management and treatment of the surgical patient. An analysis of symptoms in patients after the reconstructive surgical treatment of bile duct strictures was presented in most of these studies, where they demonstrated a comparable efficacy of QoL research. On the other hand, the quality of life of these patients had a statistical connection of the type of reconstructive surgery with the recovery period and with the prognosis regarding the state of health. The QoL study ensures the continuity of patient management, increases the outpatient efficacy, eliminates interethnic differences in working with patients, allows to study the effect of various chronic diseases on people in new positions, and simplifies the examination of new approaches in the treatment of chronic diseases. In conclusion, the results of the research have shown the need to include the SF-36 and GSRS questionnaires in the protocol for the evaluation of reconstruction operations for benign biliary strictures at the level of surgical services in the Republic of Moldova.

Introducere. Diagnosticarea în timp util și precoce a rezultatelor tratamentului chirurgical reconstructiv al stricturilor biliare benigne este destul de dificilă. În același timp, tactica chirurgicală reconstructivă corectă și unificată în tratamentul stricturilor biliare benigne, este cel mai important factor care determină rezultatele postoperatorii pe termen lung.

Astăzi, tratamentul stricturilor benigne ale conductelor biliare este o prioritate exclusiv chirurgicală.

În același timp, necătând la multitudinea de metode de diagnostic, în unele cazuri medicul practician nu poate atinge un rezultat acceptabil [1]. Acest fapt este explicat în primul rând prin depistarea tardivă a schimbărilor patologice la nivel de cale

biliară și diferența de abordare diagnostică a stricturilor biliare. Ca criterii de alegere a metodelor de diagnostic ar putea servi și parametrii calității vieții ai acestor bolnavi. De asemenea, rezultatele obținute în urma evaluării calității vieții de mai mulți cercetători au fost măsurate prin evaluarea metodelor de testare a calității vieții, care nu au niciun efect nociv asupra sănătății pacientului și nu au un sine cost economic major [2, 3]. Unul dintre obiectivele tratamentului reconstructiv al stricturilor postoperatorii ale căilor biliare este asigurarea unui flux pe termen lung de bilă prin hepaticojejunoanastomoză (HJA) în intestin și evitarea dezvoltării ulterioare a stricturii biliare. În același timp, hepaticojejunostomia a devenit tratamentul standard pentru chirurgia reconstructivă, adresată stricturilor biliare benigne (SBB), recunoscută la nivel mondial [4, 5, 6]. Majoritatea studiilor vizează influența hepaticojejunostomiei asupra ratei de succes postoperator a intervenției chirurgicale, care se realizează în medie de la 90,0% până la 98,0% din cazuri. În același timp, alți chirurghi indică faptul că tratamentul chirurgical al stricturilor benigne ale conductelor biliare este însoțit de la 10,0% până la 30,0% din cazurile de dezvoltarea postoperatorie la distanță a stricturilor HJA [7]. Prezentată de mai mulți autori, stenoza hepaticojejunostomiei este înregistrată de la 8,3% până la 30,0% din cazuri [8, 9], ceea ce, ca urmare, necesită numeroase operații de reconstrucție repetate la pacienți și motivează o îndelungată suferință biliară. Strictura HJA este cea mai severă complicație care apare în etapele ulterioare ale tratamentului SBB. Un alt simptom/complicație obișnuită după hepaticojejunostomie, în ceea ce privește frecvența de dezvoltare, este colangita cronică de reflux, care este semnul inițial al dezvoltării problemelor de funcționalitate a anastomozei. Schimbările inițiale asupra hepaticojejunostomiei se manifestă numai prin modificări funcționale ale pacientului, ceea ce conduce în timp la apariția modificărilor cicatriciale ale CBP. Cauza principală a Colangitei postoperatorii, care se manifestă clinic pe termen scurt, este o consecință a dezvoltării stenozei HJA. Există și alți factori, cum ar fi stricturile segmentale ale căilor biliare intrahepatice, prezența incluziunilor biliare supra-anastomotice, așa-numiții calculi biliari supra-anastomotici și intrahepatici.

Evaluarea corectă a rezultatelor operațiilor de reconstrucție necesită o monitorizare pe termen lung, deoarece unele complicații (de exemplu, strictura HJA sau dezvoltarea ulterior și a cirozei biliare secundare pe fundalul colestezei cronice) pot să apară la un interval de la câțiva ani până la câteva luni de la intervenția reconstructivă [9]. În prezent, este general acceptat faptul că atunci când se evaluează severitatea bolii și alegerea metodelor de terapie este necesar să se bazeze nu numai pe indicatorii de sănătate somatică, ci și pe criteriile de calitate a vieții [10, 11]. În studiile moderne calitatea vieții acordă prioritate stării de sănătate a pacienților cu stricturi biliare benigne, atât în perioada postoperatorie imediată, cât și pe perioadă mai lungă. Pe de altă parte, calitatea vieții lor a fost argumentată statistic de evoluția bolii și prognosticul îndepărtat al bolii. Introducerea de noi parametri și instrumente pentru studierea calității vieții pacienților cu stricturi biliare benigne de viață va contribui la prezicerea dinamicii dezvoltării patologiei, precum și a impactului asupra dezvoltării complicațiilor la distanță.

Evaluarea calității vieții pacienților cu SBB este larg utilizată în studiile clinice, dar este interesant să subliniem importanța utilizării acestor instrumente de evaluare și în practica clinică

de zi cu zi. Pentru clinicieni, scopul evaluării calității vieții pacienților cu SBB este aprecierea efectului intervenției chirurgicale reconstructive asupra pacientului la distanță și identificarea impactului negativ al bolii asupra activităților zilnice ale pacientului în perioada postoperatorie la distanță [12].

Astfel, patologia căilor biliare prin prisma analizei complicațiilor și "calității vieții asociate cu tabloul clinic", este organizată cu reflectarea stării fizice, neuropsihice, spirituale și emoționale a pacientului.

Materiale și metode de cercetare. Această lucrare se bazează pe rezultatele unui studiu cuprinzător al eficacității clinice și funcționale a tratamentului chirurgical modern al stricturilor biliare benigne, ținând cont de complicațiile clinice precoce și tardive, efectuate la Catedra de Chirurgie nr. 2, USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova. În cadrul protocolului de studiu au fost implementate următoarele trei etape: 1) un studiu descriptiv transversal; 2) "studiu de caz-control" retrospectiv analitic; 3) un studiu prospectiv "controlat clinic". Pentru toate etapele studiului s-au calculat eșantioane reprezentative statistice ale pacienților cu stricturi biliare benigne. Ca parte a unui studiu transversal-descriptiv, eșantionul a fost de 230 de cazuri, anume toți pacienții cu SBB pentru perioada 1998-2015.

Intervențiile reconstructive au avut ca scop formarea de derivații biliodigestive folosind bontul biliar și ansa jejunală în "Y" formată după procedeul Roux. În experiența noastră hepaticojejunoanastomoza a devenit deja un standard în reconstrucțiile biliare. Tratamentul chirurgical al stricturilor biliare postoperatorii este în raport direct cu nivelul localizării. Pentru stricturile Bismuth de tip I este optimă coledocojejunostomia termino-laterală cu ansă izolată în Y a la Roux. Pentru cele de tip II soluția constă în coledocojejunostomie pe ansă izolată în Y a la Roux, iar în situațiile în care avem o extindere destul de importantă a stricturii în sus, am recurs la hepaticojejunostomie pe ansă izolată în Y a la Roux. La pacienții cu stenoze de tip III se recurge la hepaticojejunostomie termino-laterală pe ansă izolată în Y a la Roux cu o protejare transanastomotică separată a ductului hepatic drept și stâng. Pentru stricturile de tip IV este preferată aplicarea bihepaticojejunostomiei pe ansă izolată Roux și drenarea obligatorie transanastomotică a ambelor canale hepatice.

În a doua etapă, de "studiu de caz-control", eșantionul de pacienți a fost de 171/171 după colecistectomie cu și fără stricturi benigne ale ductului biliar, datorită cărora s-au stabilit factorii de risc pentru reformarea stricturilor la distanță. Și la final, în a treia etapă – un studiu prospectiv "controlat clinic", unde au fost stabilite avantajele noii "abordări inovatoare" în comparație cu "abordarea clasică" în managementul chirurgical al pacienților cu SBB. Eșantionul reprezentativ statistic stabilit a fost un lot în număr de cel puțin 48 de pacienți pentru fiecare subgrup. Grupul de studiu al pacienților (L1) a fost de 48 de cazuri cu SBB, unde s-au efectuat reconstrucții utilizând o sutură continuă într-un singur plan. Grupul de pacienți cu "abordarea clasică" (pacienți care au suferit o intervenție chirurgicală reconstructivă până în 2011) (L2) a totalizat 49 de cazuri de pacienți cu SBB, iar grupul de control (L02) a inclus 49 de cazuri de pacienți după colecistectomie fără formarea SBB.

Tabelul 1

Raportul tehnicii chirurgicale perfectate față de tehnica clasică

| Tipul operației de reconstrucție | Tehnica chirurgicală de realizare a HJA | | | | | | |
|----------------------------------|---|------------------|--------------------------------------|------------------|-------|------------------|-------|
| | Tradițională, cu suturi ordinare | | Metoda perfectată cu surjet continuu | | Total | | |
| | Abs. | $P_1 \pm m_1$ % | Abs. | $P_2 \pm m_2$ % | Abs. | $P_t \pm m_t$ % | % |
| Bihepatocejunostomia | 13 | 8,4±2,23 | 2 | 4,2±2,89 | 15 | 7,4±1,83 | 100,0 |
| Hepatocejunostomia | 69 | 44,5±3,99 | 33 | 68,8±6,69 | 102 | 50,2±3,51 | 100,0 |
| Coledocejunostomia | 73 | 47,1±4,01 | 13 | 27,1±6,42 | 86 | 42,4±3,47 | 100,0 |
| Total | 155 | 100,0 | 48 | 100,0 | 203 | 100,0 | 100,0 |

Primul și al doilea subgrup au inclus pacienți cu diferite tipuri de intervenții chirurgicale reconstructive (coledocejunoanastomoză – 42,4±3,47% dintre cazuri, hepatocejunoanastomoză – 50,2±3,51% dintre cazuri și bihepatocejunoanastomoză – 7,4±1,83% dintre cazuri). S-au evaluat ambele metode de realizare a hepatocejunoanastomozei (HJA) incluse în studiu, în aspectul complicațiilor imediate. S-a stabilit că rata complicațiilor imediate pentru metoda tradițională a fost

de 36,1 ± 3,86% ($p > 0,05$) din cazuri și pentru metoda cu surjet în continuu – de 27,1 ± 6,42% din cazuri ($p > 0,05$) (Tabelul 2). Din experiența acumulată și în baza datelor primite se poate explica micșorarea frecvenței complicațiilor prin faptul că tehnica nouă permite un ermetism mult mai bun, admite o asociere practic ideală a mucoaselor anastomozate și micșorarea traumatismului local asupra țesuturilor în momentul formării HJA.

Tabelul 2

Complicațiile postoperatorii imediate raportate la tehnica chirurgicală aplicată

| nr. | Diagnosticul | Metoda tradițională | | Metoda cu surjet continuu | | testul de semnificație |
|-----|---|---------------------|--------------------|---------------------------|--------------------|------------------------|
| | | abs. | $P_1 \pm ES_1$ % | abs. | $P_2 \pm ES_2$ % | |
| 1. | Abces hepatic - Bilioragie | 1 | 0,6 ± 0,62 | 0 | 0,0 ± 0,00 | $p_{1,2} > 0,05$ |
| 2. | Bilioragie pe dren de siguranță | 22 | 14,2 ± 2,80 | 2 | 4,2 ± 2,89 | $p_{1,2} < 0,05$ |
| 3. | Colangită | 0 | 0,0 ± 0,00 | 1 | 2,1 ± 2,07 | $p_{1,2} > 0,05$ |
| 4. | Dehiscentă parțială de anastomoză | 9 | 5,8 ± 1,88 | 3 | 6,2 ± 3,48 | $p_{1,2} > 0,05$ |
| 5. | Hematomul plăgii postoperatorii | 8 | 5,2 ± 1,13 | 1 | 2,1 ± 2,07 | $p_{1,2} > 0,05$ |
| 6. | Pneumonie | 5 | 3,2 ± 1,41 | 2 | 4,2 ± 2,89 | $p_{1,2} > 0,05$ |
| 7. | Supurația plăgii post operatorie | 11 | 7,1 ± 2,06 | 4 | 8,3 ± 3,98 | $p_{1,2} > 0,05$ |
| 8. | Sub-total cazuri de complicații în perioada precoce | 56 | 36,1 ± 3,86 | 13 | 27,1 ± 6,42 | $p_{1,2} > 0,05$ |
| 9. | Nu-s complicații | 99 | 63,9 ± 3,86 | 35 | 72,9 ± 6,42 | $p_{1,2} > 0,05$ |
| 10. | TOTAL | 155 | 100,0 | 48 | 100,0 | - |

În a treia etapă a studiului nostru, fiecare pacient din cele trei subgrupuri a fost rugat să completeze chestionarele privind calitatea vieții: "total SF-36" și "GSRs specializat". Punctul de plecare pentru completarea chestionarului a fost starea pacientului înainte de operație, apoi după 3 luni, după 6 luni și 12 luni după intervenția chirurgicală reconstructivă.

Împreună cu chestionarele, fiecare pacient a semnat un acord de garanție pentru stocarea informațiilor și confidențialitatea în prelucrarea datelor cu caracter personal. Eșantionul general a arătat următoarele: 1) vârsta medie a pacienților a fost de 49,15 ± 0,94 ani, (de la 21 la 78 ani); 2) 18,2% dintre bărbați și 81,8% femei; unde 3) vârsta la bărbați este de 53,0 ± 2,16 ani și la femei 48,29 ± 1,03 ani; 4) populația urbană a reprezentat 33,0%, iar rurală – 67,0% din cazuri; 5) intervenția chirurgicală primară care a condus la patologia tractului gastrointestinal a fost următoarea: colecistectomia laparoscopică – 52,7%, colecistectomia tradițională – 44,8% și rezecția gastrică – 2,5% din cazuri.

Metodologia studiului nostru a fost aprobată de Comitetul de Bioetică al Universității de Stat de Medicină și Farmacie. "Nicolae Testemițanu", Republica Moldova. Pentru a stabili fiabilitatea grupurilor studiate, analiza datelor a fost efectuată

utilizând programe statistice Word – SPSS 21 și Exell.

Rezultatele studiului

Calitatea vieții a fost inițial introdusă ca o categorie sociologică, care reflectă diversitatea condițiilor de viață și servește pentru a evalua gradul de satisfacție a necesităților umane care nu pot fi supuse măsurărilor cantitative directe și nu ia în considerare pe deplin sănătatea pacientului. De aceea, în scopuri practice, a fost formulată noțiunea de "calitatea vieții legată de sănătate", care a apărut în Index Medicus (în 1977). Analiza așa-numitelor indicatori subiectivi, inclusiv datele despre simptomele bolii, atitudinea pacientului față de bunăstarea sa și capacitățile funcționale, a fost dezvoltată în detaliu, iar proprietățile lor de măsurare sunt clar prezentate. Conform indicatorilor biomedicali obiectivi înregistrați prin metode instrumentale, aceștia sunt mai variabili decât cei subiectivi. Din acest motiv, grupul de studiu al OMS a propus să ia în considerare aspectele legate de eficacitatea și calitatea asistenței medicale, ținând cont de trei criterii principale: adecvatitatea, eficiența, nivelul științific și tehnic. Potrivit (WHO QoL Group, 1993), adecvatitatea îngrijirii medicale este înțeleasă ca necesitatea de a atinge o "calitate a vieții"

acceptabilă pentru pacient. Evaluarea calității vieții provoacă multe dificultăți, deoarece nu poate fi măsurată în timp real. De obicei, această evaluare se bazează pe răspunsurile pacientului la întrebările care se referă la criteriile de calitate. Toate instrumentele standard încep cu ideea că sănătatea este un termen multidimensional, sursa căruia este pacientul. Criteriul calității vieții (CV) este utilizat pentru a determina avantajele metodei de tratament cu efecte echivalente atât ale efectelor terapeutice ale medicamentelor, cât și ale celor chirurgicale. Aceste instrumente sunt împărțite în două categorii: "generale" și "specializate" (chestionare pentru evaluarea gravității patologiei și a bolilor specifice), care rezumă toate aspectele relevante ale sănătății [7, 8, 9].

"Chestionarele generale" sunt utilizate pentru a evalua factorii mentali, intelectuali, spirituali și fizici, indiferent de starea lor de sănătate, precum și prezența altor boli (atât pentru persoanele sănătoase, cât și pentru pacienții cu diverse simptome și severități). La rândul lor, chestionarele "speciale" se concentrează doar pe simptome care analizează gravitatea simptomelor asociate cu anumite boli. Din păcate, ele nu iau în considerare factorii sociali și psihologici, dar instrumentele

detaliat sunt utile în determinarea efectului bolii asupra pacientului și a adaptării pacientului la o boală cronică. Un chestionar special este folosit pentru a analiza calitatea vieții pacienților cu o boală specifică și, datorită utilizării sale, este posibil să se determine cea mai mare sau cea mai mică sferă a impactului patologic asupra pacientului.

Pacienții cu stricturi ale ductului biliar, în viața de zi cu zi, au adesea experiență de frustrare, furie, tind să fie deprimați din cauza impactului negativ și a durerii biliare semnificative. Acești pacienți au tulburări frecvente de somn, probleme cu dieta și aportul de lichide, ceea ce le reduce și productivitatea la locul de muncă. Durerea biliară postoperatorie duce la dizabilitatea pacientului, cauzată de afectarea funcțională și de limitările psihologice la personalitatea pacientului.

Pentru a gestiona în mod corespunzător gestionarea pacienților cu stricturi biliare benigne (SBB), cu garanția și asigurarea unui nivel de trai optim, accentul se pune pe cercetarea aprofundată a calității vieții pacientului. Ca exemple, prezentăm chestionarele privind calitatea vieții pentru pacienții cu patologie gastro-intestinală, selectați prin analiza sistematică a literaturii de specialitate [13] (tabelul 3).

Tabelul 3

Analiza sistemului de chestionar "calitatea vieții" utilizat în studiul pacienților cu patologie gastro-intestinală

| | Tipul chestionarului | Zona de studiu a calității vieții |
|---|---|--|
| Forma scurtă 36 (SF-36) | chestionar general | Aspecte fizice: funcționarea fizică, corpul, durerea, sănătatea generală. Aspecte psihologice: funcționarea socială; sănătatea mentală generală; gradul de vitalitate; reducerea performanțelor funcțiilor sale ca urmare a problemelor emoționale; restricții privind rolurile funcționale din punct de vedere social; auto-evaluare a sănătății generale. |
| Psihologia generală a indicelui bunăstare (PGWB) | chestionar general | Aspecte psihologice: anxietate, bunăstare, depresie, sănătate generală, vitalitate, auto-control. |
| Evaluarea severității simptomelor gastro-intestinale (GSRS) | chestionar specializat, evaluări de severitate a simptomelor gastro-intestinale | Simptome: arsuri la stomac, dureri de stomac, sindrom de diaree, constipație și dispepsie/indigestie. |
| Boala de reflux gastroesofagian – "Calitatea vieții legată de sănătate" (GERD-HRQL) | Chestionar specializat, evaluări de severitate simptome gastro-esofagiene | Simptomele: arsură la stomac, greutate în stomac, în funcție de timpul apariției, poziția corpului, dieta, disfagia, durere în gât, distensie abdominală, nivelul eficacității tratamentului conservator și impactul acestuia asupra stilului de viață al pacientului, o întrebare suplimentară despre nivelul de satisfacție al pacientului cu starea sa actuală de sănătate. |
| Gastrointestinal Index, calitatea vieții (GIQLI) | Chestionar specializat, pentru maladii gastro-intestinale | Simptomele bolii, starea de funcționare fizică generală, starea mentală, starea socială și efectul tratamentului conservator asupra bunăstării pacienților |
| Calitatea vieții în caz de reflux și dispepsie (QOLRAD) | Chestionar specializat, pentru anumite stări de sănătate | Tulburări de somn, grad de vitalitate, funcționare fizică și tulburări sociale în aportul alimentar, tulburări emoționale (stres). |
| Chestionar privind deteriorarea productivității și activității muncii pacienții cu bolile de reflux al tractului gastro-esofagian (WPAI-GERD) | Chestionar specializat, pentru pacienți cu boală de reflux a tractului gastro-esofagian | Absenteismul este o perioadă îndelungată, pierderea productivității și a activității în activitățile zilnice (gospodărie, școală, timp liber), gradul de întrerupere a activității. |

Rezultatele analizei calității vieții prin chestionare SF-36 și GSRS

În acest studiu cuprinzător, au fost analizate problemele asociate cu formarea stricturilor benigne biliare la pacienți și calitatea vieții acestora după intervenția chirurgicală reconstructivă utilizând chestionarul SF-36 și GSRS.

Reamintim că chestionarul SF-36 "general" nespecific este un instrument larg răspândit în cadrul chestionarelor generale privind calitatea vieții și cel mai versatil pentru măsurarea calității vieții folosite pentru compararea diferitelor subgrupe de pacienți în rândul populației [10, 11, 14, 15]. Chestionarul GSRS, elaborat de departamentul de studiu al calității vieții ASTRA

Hassle (de I. Viklund, 1998), este un chestionar specializat și este utilizat pentru a determina și evalua calitatea vieții pacienților cu patologii ale tractului gastro-intestinal. Acest instrument QOL a fost adaptat și introdus în limba română (pentru Republica Moldova) în studiul nostru, în conformitate cu metodologia internațională standardizată (traducere, sinteză, traducere inversă, consultanță de specialitate, confirmare, testare/retestare) [6, 16, 17, 18]. Metodologia de analiză a CV în paralel cu două chestionare va fi capabilă să prezinte pe deplin problemele pacienților cu SBB.

În timpul observației clinice, plângerile pacienților au fost analizate cu atenție, au fost evaluate datele unor condiții obiective.

Chestionarul GRSR oferă posibilitatea de a stabili simptomele bolilor gastrointestinale prin prevalența principalelor sindroame: dureri abdominale, sindrom de reflux, dispeptic, constipație și sindroame diareice și determinarea numărului total de puncte, care reflectă intensitatea manifestărilor bolii.

În timpul observației clinice, acuzele pacienților au fost analizate cu atenție, au fost evaluate datele primite în condiții obiective. Chestionarul GRSR oferă posibilitatea de a stabili simptomele bolilor gastrointestinale prin prevalența principalelor sindroame: dureri abdominale, sindrom de reflux, dispeptic, constipație și sindroame diareice și determinarea numărului total de puncte, care reflectă intensitatea manifestărilor bolii.

Verziunea în limba rusă a GRSR a fost creată de cercetătorii de la Centrul Internațional pentru Studiul Calității Vieții (Sankt-Petersburg) și este fiabilă, validă și sensibilă [1, 2, 3]. Pentru obiectivizarea datelor clinice la interviuarea unui pacient, intensitatea cristalină a plângerilor a fost evaluată pe o scară de șapte puncte: (0) - fără manifestări/"nedreptate"; (1) - "aproape nu s-a deranjat"; (2) - "puțin îngrijorat"; (3) - "deranjat moderat"; (4) - "perturbat semnificativ"; (5) - "deranjat puternic"; (6) - "deranjat foarte mult".

În analiza datelor, s-a evaluat scorul mediu al semnelor clinic cercetate. Pentru analiza datelor statistice au fost utilizate statistici descriptive. Comparația valorilor medii ale variabilelor a fost efectuată utilizând metode parametrice, în funcție de distribuția normală a acestor semne. În alte cazuri, metoda non-parametrică a fost utilizată. Pentru a compara distribuția acțiunilor a două sau mai multe variabile, am folosit testul χ^2 . Diferența a fost considerată semnificativă dacă nivelul de semnificație atins (p) a fost mai mic decât 0,05.

În reprezentarea grafică, cifrele arată autoevaluarea CV a pacienților împărțiți în trei subgrupe. Reamintim că grupul de control (L0) a inclus răspunsurile pacienților fără stricturi biliare benigne; grupul (L1) - pacienți cu stricturi benigne ale ductului biliar și o "abordare inovatoare" în chirurgia reconstructivă; și grup (L2) - pacienți cu stricturi benigne ale ductului biliar și o "abordare clasică" în chirurgia reconstructivă.

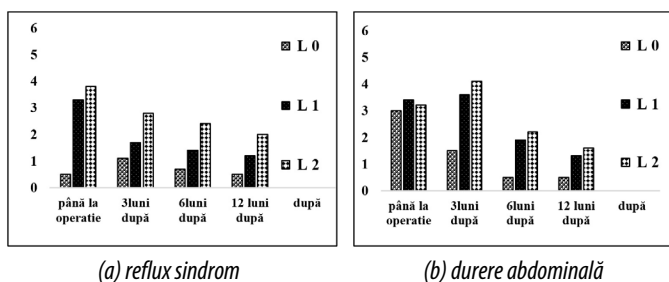


Figura 1 (a și b). Prezentarea calității vieții GRSR și prin parametrii: "Sindromul de reflux" și "Durerea abdominală" în dinamică.

Acest lucru poate fi explicat prin traume, un proces inflamator constant după intervenția chirurgicală reconstructivă. Trebuie notat faptul că intensitatea sindromului durerii scade treptat pentru întreaga perioadă de examinare clinică a pacienților din prima și a doua subgrupă. Evident, se poate spune că parametrul "durere abdominală" s-a îmbunătățit spectaculos în etapele postoperatorii studiate.

De asemenea, trebuie remarcat faptul că pacienții care au suferit o intervenție chirurgicală cu o abordare inovatoare, respectiv raportează rate mai mici și o calitate superioară a

vieții. Pentru toate cazurile evaluate, s-a constatat o tendință "pozitivă" de a reduce durerea abdominală în cele 12 luni de urmărire a pacientului.

Parametrul CV, "Sindromul de reflux" este unul dintre cele mai frecvente semne în clinica simptomatică preoperatorie a unui pacient cu SBB. În timp ce în imaginea clinică preoperatorie, acest simptom a fost raportat de către pacienții din ambele subgrupe de la prima și a doua, după 3 și 6 luni de la intervenția chirurgicală reconstructivă, plângerile de "sindrom de reflux" din grupul L1 au scăzut de aproape două ori, ceea ce indică o îmbunătățire a calității vieții în această subgrupă de pacienți, a se vedea figura 1 (a).

Următorul parametru - sindromul dispeptic din GRSR sau din chestionarul arsurilor la stomac a fost raportat în ambele subgrupe experimentale și nu a prezentat o diferență semnificativă (după 3 și 6 luni) între abordarea inovatoare și abordarea clasică în chirurgia reconstructivă, a se vedea figura 2 (a). Iar la 12 luni după reconstrucție, evaluarea parametrilor din grup (L1) s-a apropiat de parametrii CV (L0) ai pacienților fără SBB, ceea ce confirmă eficacitatea intervențiilor chirurgicale reconstructive cu o abordare inovatoare.

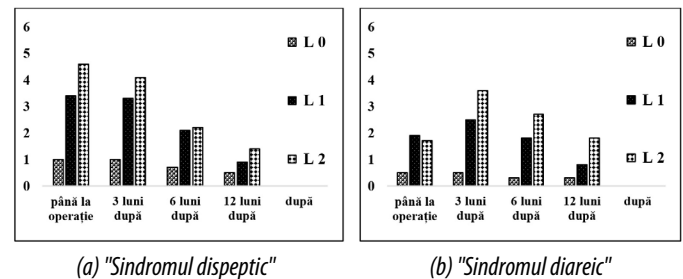


Figura 2 (a și b). Prezentarea calității vieții GRSR și prin parametrii: "Sindromul dispeptic" și "Sindromul diareic" în dinamică.

În același timp am analizat indicatorul "sindromul diareic". Am stabilit faptul că între grupurile (L1) și (L2) ale pacienților, în dinamică la 3, la 6 și 12 luni după reconstrucție au existat episoade de "gol" de circa 2 puncte. Acest moment confirmă o bunăstare semnificativă a pacienților cu o "abordare inovatoare" la acest parametru, în comparație cu grupul de abordare tradițională (Figura 2 (b)).

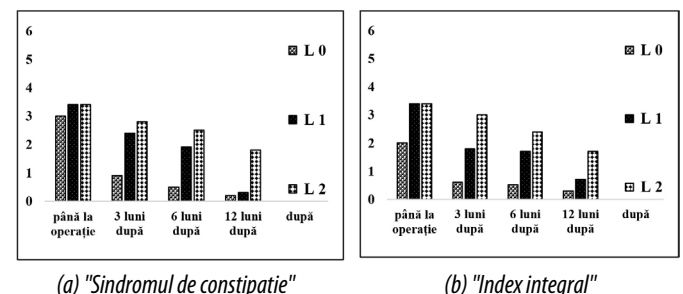


Figura 3 (a și b). Prezentarea calității vieții GRSR și prin parametrii: "Sindromul de constipație" și "Index integral" în dinamică.

"Indicatorul integrat" în grupuri (L0), (L1) și (L2), a argumentat avantajele unei abordări inovatoare în chirurgia reconstructivă, a se vedea Figura 3 (b). Datorită utilizării chestionarului GRSR la pacienții cu stricturi benigne, s-a constatat că cursul postoperator și perioada postoperatorie tardivă a fost caracterizată prin diferite tulburări ale tractului

gastro-intestinal. Astfel, în 18 dintre cei 25 de pacienți din lotul (L1), în prima lună după operație, s-au înregistrat tulburări dispeptice: pierderea în greutate, durerea colicativă în hipocondrul drept, răgâitul, flatulența, gustul neplăcut în gură, pierderea poftei de mâncare, în cavitatea abdominală.

În cele mai multe cazuri, ele s-au manifestat adesea în combinația mai multor semne clinice la un pacient. Cele mai frecvente tulburări dispeptice au fost diareea (de 4-6 ori pe zi), observată în 7 cazuri (28,0%). Majoritatea acestora au avut nevoie de loperamidă (până la 4-8 mg pe zi). Cinci pacienți (20,0%) au suferit frecvent de prezența mirosurilor neplăcute din spatele gură și steatoree, în 2 cazuri în combinație cu diaree severă (printre pacienții menționați deja). Aceste tulburări au fost observate la pacienți timp de mai multe luni și uneori până la un an după intervenția chirurgicală, în ciuda utilizării zilnice a medicamentelor specifice și spitalizării preventive.

Am explicat dispepsia cauzată de pătrunderea bilei în etajele inferioare ale intestinului subțire, perturbând procesul digestiv normal. Manifestările de dispepsie de mai sus au condus adesea la scăderea suplimentară a greutății la acești pacienți, ceea ce a dus la o încetinire semnificativă a normalizării funcționale. În unele cazuri, această necesitate de includere a unor ajustări nutriționale și utilizarea medicamentelor simptomatice a fost bine demonstrată. Tulburările dispeptice pot fi, de asemenea, explicate prin afectarea funcției hepatice, exprimată în

hepatopatia cronică post-colestatică și post-inflamatorie ca rezultat al colangitei, precum și în expresia colangitei cronice de reflux.

În funcție de nivelul de afectare a arborelui biliar, s-au aplicat diferite tipuri de intervenții chirurgicale reconstructive; și conform Clasificării anatomico-topografice Bismuth:

Tip I: leziuni ale CBP la peste 2 cm de confluență hepatică;

Tip II: leziuni ale CBP la sub 2 cm de confluența hepaticilor;

Tip III: leziuni CBP la care numai tavanul confluenței este intact;

Tip IV: leziuni ale confluenței care secționază ambele canale hepatice;

Tip V: stricturi ale anomaliei hepaticului drept.

Grupul de control cu o "abordare inovatoare" a fost format din trei subgrupe, în funcție de nivelul leziunii ventriculare stângi și chirurgia reconstructivă: Coledocojejunoanastomoză, Hepaticojejunoanastomoză, Bihepaticojejunoanastomoză. Folosirea chestionarului național SF-36 (care a inclus 36 de întrebări sistematizate în 8 grupe) a făcut posibilă evaluarea CV a pacienților din eșantionul studiat și în funcție de tipul de reconstrucție efectuată. O analiză a rezultatelor chestionarului SF-36 confirmă ipoteza că, cu cât este mai înaltă leziunea pe "arborele biliar", cu atât scorul CV este "mai rău", la pacienții cu SBB. Rezultatele sunt prezentate în tabelele de mai jos.

Tabelul 4

Profilul calității vieții (SF-36) al pacienților cu stricturi biliare benigne, etapa preoperatorie a chirurgiei reconstructive, în funcție de operația efectuată

| Parametrii / Scale CV: | Lotul Caz (L) (n=48) | | | Lotul Control (L ₀) P ₁₀ ± ES ₁₀ (n=49) |
|---------------------------|---|---|---|--|
| | ChJA P _{1A} ± ES _{1A} (n=10) | HJA P _{1B} ± ES _{1B} (n=34) | ChJA P _{1A} ± ES _{1A} (n=10) | |
| Funcția fizică (PF) | 46,7 ± 16,63 <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} = 2,54 | 41,2 ± 8,44 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{L1B-L0} = 5,22 | 31,2 ± 26,74 <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} = 2,19 | 90,4 ± 4,21 semnificație statistică |
| Rolul fizic (RP) | 51,1 ± 16,66 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} = 1,81 | 48,3 ± 8,57 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{L1B-L0} = 3,41 | 29,4 ± 26,30 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} = 1,99 | 82,8 ± 5,39 semnificație statistică |
| Durerea somatică (BP) | 36,1 ± 16,01 <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} = 2,00 | 42,1 ± 8,46 <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> _{L1B-L0} = 2,68 | 28,1 ± 25,95 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} = 1,59 | 70,7 ± 6,50 semnificație statistică |
| Sănătatea generală (GH) | 36,7 ± 16,06 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} = 1,65 | 34,7 ± 8,16 <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> _{L1B-L0} = 2,90 | 27,8 ± 25,86 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} = 1,41 | 65,5 ± 6,79 semnificație statistică |
| Vitalitatea (VT) | 40,1 ± 16,33 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} = 1,54 | 40,1 ± 8,40 <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} = 2,54 | 31,3 ± 26,77 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} = 1,31 | 67,4 ± 6,69 semnificație statistică |
| Funcția socială (SF) | 47,2 ± 16,64 <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} = 2,12 | 44,2 ± 8,51 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{L1B-L0} = 4,01 | 26,3 ± 25,42 <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} = 2,23 | 84,2 ± 5,21 semnificație statistică |
| Rolul emoțional (RE) | 60,7 ± 16,28 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} = 1,31 | 60,3 ± 8,39 <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} = 2,30 | 37,4 ± 27,93 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} = 1,61 | 83,2 ± 5,34 semnificație statistică |
| Sănătatea mentală (MH) | 53,1 ± 16,63 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} = 0,56 | 52,1 ± 8,56 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} = 1,00 | 20,4 ± 23,14 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} = 1,78 | 63,1 ± 6,89 semnificație statistică |

Rezultatele evaluării **Funcției fizice (PF)**, performanța fizică în grupul de studiu a subliniat faptul că pacienții cărora le-a fost realizată BIHJA au avut un rating de trei ori mai mic decât în grupul de control (31,2%). În același timp, s-a constatat că PF pentru CV este de 10% mai mare pentru pacienții după ChJA (41,2%) și 15,5% pentru pacienții după HJA (46,7%), și a fost stabilită o semnificație statistică ($p < 0,05$, $p < 0,01$ și $p < 0,001$) pentru toate cele trei subgrupe. Parametrii calității vieții în compartimentul de sănătate fizică au fost după cum urmează: Funcționarea fizică (FF); Funcționarea fizică bazată pe roluri (RF); Sindromul de durere (BP); Sănătate generală (GH). Parametrii standardizați au fost evaluați la etapa preoperatorie: stabilirea unui nivel mai scăzut al CV (35,0%) și variația în cadrul nivelului mediu al CV (35,0-65,0%). Pacienții cu BIHJA au înregistrat indiciile autoevaluării pentru toți parametrii la cel mai mic nivel, practic de trei ori mai mic decât cei din grupul de control.

Parametrii CV din compartimentul de sănătate mintală au inclus următorii parametri: Vitalitate (VT); Funcționarea socială (SF); Rolul funcției emoționale (RE); Sănătate mintală (MH). Acești parametri au fost, de asemenea, analizați la pacienții din ambele grupuri de cercetare.

Pacienții cu intervenții chirurgicale reconstructive de tipul BIHJA în stadiul preoperatoriu au prezentat un nivel scăzut al CV (mai puțin de 35,0%), aceste rezultate fiind direct dependente de gradul traumatismului intervenției reconstructive, de nivelul înalt al stricturii biliare și de deficitul nemijlocit de "materie biliară". Pacienții cu intervenții reconstructive de tipul HJA și CJA au obținut un nivel mediu (35,0-65,0%) pentru cei patru parametri din compartimentul Sănătatea Mintală din studiul CV. Analizând scările din ambele grupuri, putem afirma că cei mai vulnerabili sunt parametrii: Funcționarea fizică (FF); Funcționarea socială (SF); Sănătatea generală (GH) (Figura 4.).

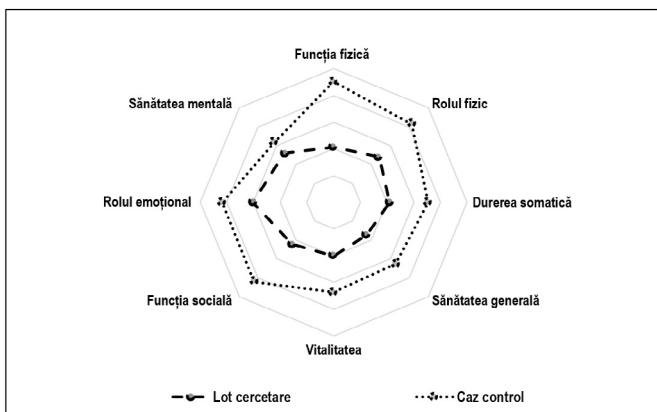


Figura 4. Parametrii calității vieții pacienților cu SBB la stadiul preoperator, chestionarul SF-36 (%).

Evaluarea calității vieții a pacienților după intervenții chirurgicale reconstructive a arătat că recuperarea vindecării pe termen scurt a fost mai rapidă pe scara "funcționării emoționale": 1) la pacienții cu HJA s-a observat o creștere de 17%; 2) la pacienții cu CJA s-a observat o creștere de 15%; 3) la pacienți după punctul de 10% din BIHJA.

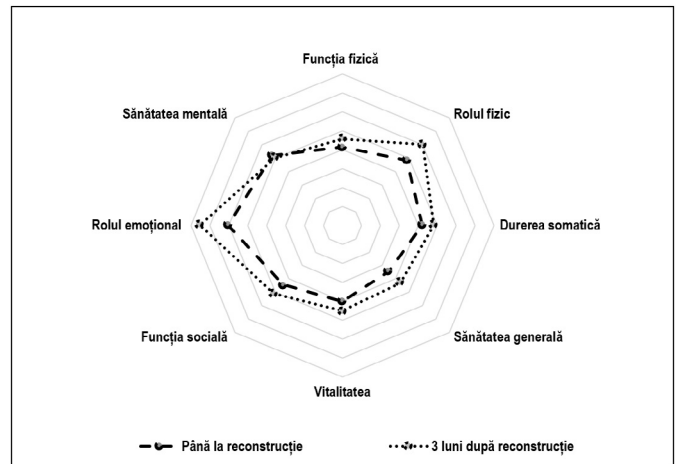


Figura 5. Parametrii calității vieții pacienților cu SBB la 3 luni după intervenția chirurgicală reconstructivă, chestionarul SF-36 (%).

Rezultatele parametrilor "calității vieții" ai pacienților au fost analizați la etapa de șase luni după intervenția chirurgicală reconstructivă. Analiza parametrilor calitativi ai vieții s-au îmbunătățit pe toate scările evaluate. Astfel, parametrii Funcționarea fizică (FF); Funcționarea socială (SF), Funcționarea emoțională prin roluri (RE) au crescut semnificativ comparativ cu aceiași indicatori în stadiul preoperator (figura 4 și 6).

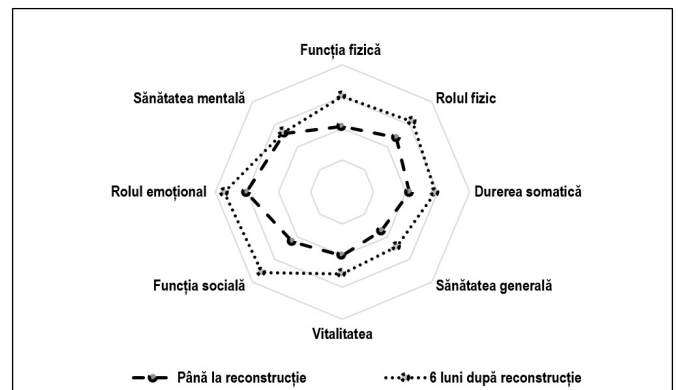


Figura 6. Parametrii calității vieții ai pacienților cu SBB la 6 luni după intervenția chirurgicală reconstructivă, chestionarul SF-36 (%).

O analiză a autoevaluării pacienților pe termen scurt cu SBB după intervenția chirurgicală reconstructivă, conform chestionarului (SF-36), indică o tendință pozitivă și îmbunătățirea tuturor parametrilor calității vieții. Rezultatele evaluării CV au tendința de a aproxima indicatorii din grupul de control.

Astfel, pacienții cu operații reconstructive pentru SBB au scoruri mai mici comparativ cu pacienții după colecistectomie necomplicată. Analiza rezultatelor autoevaluării pacienților cu SBB de scurtă durată, după 12 luni de la intervenția chirurgicală reconstructivă, a indicat că:

- Funcționarea emoțională bazată pe roluri, Funcționarea fizică în funcție de roluri, Funcționarea socială și Funcționarea fizică sunt clasificate la cel mai înalt nivel, în conformitate cu indicatorii obținuți (peste 65%);
- Sindromul de durere a fost înregistrat sub 65%;
- Viabilitatea, sănătatea generală și sănătatea mintală au variat de la 35% la 65% (Tabelul 5).

Tabelul 5

Profilul calității vieții (SF-36) al pacienților cu stricturi biliare benigne, după intervenția chirurgicală reconstructivă după 12 luni, în funcție de intervenția efectuată

| Parametrii / Scale CV: | Lotul Caz (L) (n=48) | | | Lotul Control (L ₀) P _{L0} ± ES _{L0} (n=49) |
|---------------------------|---|--|---|--|
| | ChJA P _{LA} ± ES _{LA} (n=10) | ChJA P _{LA} ± ES _{LA} (n=10) | ChJA P _{LA} ± ES _{LA} (n=10) | |
| Funcția fizică (PF) | 73,2±14,76 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} = 1,12 | 70,7±7,81 <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} = 2,22 | 59,7±28,31 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} = 1,07 | 90,4±4,21 semnificație statistică |
| Rolul fizic (RP) | 71,8±14,99 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} = 0,69 | 69,8±7,87 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} = 1,36 | 55,7±28,67 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} = 0,93 | 82,8±5,39 semnificație statistică |
| Durerea somatică (BP) | 64,8±15,92 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} = 0,34 | 63,8±8,24 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} = 0,66 | 59,7±28,31 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} = 0,38 | 70,7±6,50 semnificație statistică |
| Sănătatea generală (GH) | 56,3±16,53 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} = 0,51 | 54,7±8,54 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} = 0,99 | 48,9±28,86 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} = 0,56 | 65,5±6,79 semnificație statistică |
| Vitalitatea (VT) | 59,2±16,38 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} = 0,46 | 57,3±8,48 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} = 0,93 | 51,7±28,85 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} = 0,53 | 67,4±6,69 semnificație statistică |
| Funcția socială (SF) | 70,4±15,21 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} = 0,86 | 69,3±7,91 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} = 1,57 | 56,7±28,61 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} = 0,95 | 84,2±5,21 semnificație statistică |
| Rolul emoțional (RE) | 79,8±13,38 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} = 0,24 | 77,8±7,13 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} = 0,61 | 70,1±26,43 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} = 0,49 | 83,2±5,34 semnificație statistică |
| Sănătatea mintală (MH) | 55,8±16,55 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} = 0,41 | 54,2±8,54 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} = 0,81 | 53,9±28,78 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} = 0,31 | 63,1±6,89 semnificație statistică |

Analiza dinamicii autoevaluării CV, conform chestionarului SF-36, arată o îmbunătățire clară a perioadei postoperatorii de 3 luni și 6 luni, cu maximum 12 luni după operație. Menționăm că analiza parametrilor postoperatorii are o îmbunătățire semnificativă statistică în toate stadiile clinice. Putem observa că restabilirea "calității vieții" nu are diferențe semnificative față de tehnica chirurgicală utilizată (HJA, CJA și BiHJA) în grupul de pacienți studiați.

Concluzie

Rezultatele cercetării au demonstrat, că intervențiile reconstructive având ca bază anastomozele biliojejunale pe ansa Roux în modificările catedrei Chirurgie nr. 2, au fost tehnici chirurgicale eficiente pentru tratamentul stricturilor biliare benigne. Tratamentul chirurgical al stricturilor biliare postoperatorii este în raport direct cu nivelul localizării. HJA a devenit un standard recunoscut în tratamentul reconstructiv al SBB.

Utilizarea în paralel a chestionarului SF-36 în combinație cu GSRS ne-a permis să îmbunătățim nivelul și calitatea cercetării

noastre. Astfel, conform rezultatelor studiului, la pacienții din grupul studiat pe termen lung, calitatea vieții determinată de două chestionare (SF-36 generale și GSRS specifice) este mai mare decât la pacienții operați prin metode tradiționale din grupul de control. Pe baza calculelor statistice fiabile ale indicatorilor calității vieții în perioada postoperatorie târzie, s-a stabilit că anastomoza bilio-digestivă pe ansa a la Roux conform metodelor dezvoltate și aplicate de Catedra de Chirurgie nr. 2 au un avantaj față de intervențiile chirurgicale tradiționale.

Pe baza datelor obținute în acest studiu, calitatea vieții s-a îmbunătățit semnificativ datorită unui program de recuperare special dezvoltat în clinică, care începe nemijlocit în perioada postoperatorie, oferind consultanță pacientului despre starea postoperatorie și durata recuperării și continuând pe termen lung. Deși principiile acestei recuperări au fost dezvoltate pe parcursul mai multor ani, ele au fost inițial limitate și apoi integrate pentru chirurgia reconstructivă a arborelui biliar pentru stricturile biliare benigne la nivelul serviciului chirurgical național.

Bibliografie

1. Кудряшова И.В. Ранняя диагностика хронического панкреатита с позиции использования ультразвуковой томографии и индекса качества жизни. Учебно-методические рекомендации. 2003; Смоленск: 21 с.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание, под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. 2012; М.: RAEN «Олма Медиа Групп»: 528.

3. Новик А.А., Ионова Т.И., Денисов Н.А. Концепция и стратегия исследования качества в гастроэнтерологии: обзор. *Терапевтич. архив*. 2003; 10: 42-45.
4. Liu H., Shen S., Wang Yu., Liu H. Biliary reconstruction and Roux-en-Y hepaticojejunostomy for the management of complicated biliary strictures after bile duct injury. *International Surgery Journal*. 2015; 2(2): 179-186.
5. Hirano S., Tanaka E., Tsuchikawa T., Matsumoto J., Shichinohe T., Kato K. Techniques of biliary reconstruction following bile duct resection. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2012; 3(19): 203-209.
6. Ferdohle A. Rezultatele la distanță și calitatea vieții pacienților ce au suportat operații reconstructive pentru stricturi biliare benigne. *Sanatate publica, economie și management in medicina*. Chisinau. 2017; 4(74): 145-153.
7. Yan Ji-Qi, Cheng-Hong Peng, Jia-Zeng Ding, Wei-Ping Yang, Guang-Wen Zhou, Yong-Jun Chen, Zong-Yuan Tao, Hong-Wei Li. Surgical management in biliary restructure after Roux-en-Y hepaticojejunostomy for bile duct injury. *World J Gastroenterol*. 2007; 13(48): 6598-6602.
8. Byrne M.F. Management of Benign Biliary Strictures. *Gastroenterology Hepatology (NY)*. 2008; 4(10): 694-697.
9. Tocchi A., Costa G., Lepre L., Liotta G., Mazzoni G., Sita A. The long-term outcome of hepaticojejunostomy in the treatment of benign bile duct strictures. *Ann Surg*. 1996; 224(2): 162-167. 5
10. Moraca R.J., Lee F.T., Ryan J.A. Jr., Traverso L.W. Long-term biliary function after reconstruction of major bile duct injuries with hepaticoduodenostomy or hepaticojejunostomy. *Arch Surg*. 2002; 8(137): 889-894. 7
11. Smith K.W., Avis N.E., Assmann S.F. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. *Qual Life Res*. 1999; 5(8): p. 447-459. 8
12. Sarmiento J.M., Farnell M.B., Nagorney D.M., Hodge D.O., Harrington J.R. Quality-of-life assessment of surgical recon-struction after laparoscopic cholecystectomy-induced bileduct injuries. What happens at 5 years and beyond. *Arch Surg*. 2004; 5(139): 483-488. 9
13. Bąk E., Wojtuń S., Gil J., Dyrła P. The significance of selected questionnaires in the assessment of quality of life in patients with gastroesophageal reflux disease. *Nursing Topics*. Warszawa. 2013; 21 (4): 551-559.
14. Boerma D., Rauws E.A., Keulemans Y.C., Bergman J.J., Obertop H., Huibregtse K., Gouma D.J. Impaired quality of life 5 years after bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: a prospective analysis. *Ann. Surg*. 2001; 6(234): 750-757. 10
15. Kulich K.R., Madisch A., Pacini F., Piqué J.M. et al. Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) and quality of life in reflux and dyspepsia (QOLRAD) questionnaire in dyspepsia: a six-country study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2008; 6: 1-12. 11
16. Хотиняну В.Ф., Фердохлеб А.Г., Хотиняну А.В., et. al. Комплексное хирургическое лечение доброкачественных стриктур магистральных желчных протоков. Актуальные вопросы современной хирургии - Сборник научно-практических работ, посвященный 65-летию почетного профессора Красноярского государственного медицинского университета Ю.С. Винника. 2013; Красноярск: 121-124.
17. Darii E. Implicațiile diagnosticului și tratamentului asupra calității vieții pacienților cirofici chirurgicale tratate pentru hipertensiune portală. *Arta Medica*. Chisinau. 2015; 1 (54): 22-27.
18. Darii E. Evaluarea calității vieții - noua formulă conceptuală cu valență medico-socială și suport științific. *Arta Medica*. Chisinau. 2014; 1 (52): 41-46.
19. Сыдыгалиев Н.А., Штофин С.Г. Оценка качества жизни больных с патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны после хирургического лечения в отдаленном периоде. *Вестник КРСУ*. 2014; 10(14): 188-191.
20. Lupu I. Calitatea vieții in sănătate. Definiții și instrumente de evaluare. *Revista Calitatea vieții*. Chisinau. 2006; 17 (1-2): 73-91.
21. Romanciu I. Calitatea vieții pacienților cu hepatită cronică virală B. *Sănătate publică, economie și management în medicină*. Chisinau. 2013; 5 (50): 156-160.
22. Monul V., Bulat I., Coșciug N., et. al. Calitatea vieții pacienților cu cancer avansat supus tratamentului ambulatoriu chimic. *Buletinul AMS*. Chisinau. 2013; 3 (48): 397-401.
23. Mihăilă V., Enăchescu D., Bădulescu M. Normele generale ale populației pentru România, utilizând Studiul de Sănătate Formală 36 (SF-36). *Newsletter-ul QoL*. 2001; 26: 17-19.
24. Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Строганова Е.П. Качество жизни у больных после повторных операций на желчных протоках. *Анналы хирургической гепатологии*. 2005; 2 (10): 49-50.
25. Ермолаев А.Н. Обоснование и возможности арелфлексной билиодигестивной реконструкции при рубцовых стриктурах внепеченочных желчных протоках. 2015; Диссертация канд. мед. наук. Ростов-на-Дону: 167.
26. Погосян Г.А., Вафин А.З., Айдемирова А.Н., и др. Качество жизни пациентов после реконструктивно восстановительных операций при ятрогенной травме и/или стриктуре желчевыводящих протоков. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2014; 1: 100-101.
27. Орлов С. Сравнительный анализ качества жизни у больных калькулезным холециститом, оперированных традиционным и лапароскопическим методами. диссертация кандидата медицинских наук (14.00.27). 2008; Саратов: 114.
28. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П., Мугадзавета Д., Осминин С.В., Никитина Т.П., Ионова Т.И. Качество жизни больных с длительно текущим и осложненным рефлюкс-эзофагитом после хирургического лечения. *Вестник Межнационального центра исследования качества жизни*. Санкт-Петербург, 2017; с.
29. Чумаков А.А., Фомин С.А. Анализ качества жизни пациентов после различных способов аппендэктомии. *Вестник Межнационального центра исследования качества жизни*. Санкт-Петербург. 2019; 13-14: 31-40.
30. Федоренко Д.А. Особенности методологии оценки качества жизни в хирургии. *Вестник Межнационального центра исследования качества жизни*. Санкт-Петербург. 2010; 15-16: 122-123.
31. Соловьев М.М., Дамбаев Г.Г., Фатушина О.А., и др. Новые способы формирования арелфлюксных билиодигестивных анастомозов. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2004; 1: 146-148.
32. Орловский Ю.Н. Диагностика и лечение повреждений желчных протоков и осложнений их первичной коррекции. *Новости хирургии*. 2010; 18(5): 144-159.
33. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Хирургическое лечение повреждений и стриктур желчных протоков после холецистэктомии. *Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского*. 2008; 3(3): 71-76.
34. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Мардонов Л.Л. Анализ качества жизни больных циррозом печени с портальной гипертензией после порто-системного шунтирования. *Bulletin of experimental and clinical surgery*. 2012; 3: 509-516.
35. Оноприев В.И., Марков П.В. и др. Новые технологии восстановления желчевыводящих путей. *Анналы хирургической гепатологии*. 2002; 7: 292-293.
36. Дамбаев Г.Ц., Соловьев М.М. и др. Новые методы формирования компрессионных анастомозов. *Томск. Нортхемптон, МА*, 2001; 214.