

CALITATEA VIEȚII – CRITERIU EFICACITĂȚII TRATAMENTULUI CHIRURGICAL

Elina Șor

Catedra Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, Laboratorul Chirurgia Hepato-Pancreato-Biliară
USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Quality of life – a criterion of surgery efficiency

Most of diseases affect the physical status of the patients, the behavioral psychology, emotional reactions and can change their place and role in social life. The physicians mostly deal with the results of physical, laboratory and instrumental investigations of patient more often, than with information about psychological and social problems associated with the disease. Quality of life is one of the new values parameters of health care efficacy.

Rezumat

Majoritatea maladiilor afectează nu numai starea fizică a omului, dar și psihologia comportamentului, reacțiile emoționale, precum și modifică locul și rolul omului în viața socială. De regulă în câmpul vederii medicului sunt rezultatele investigațiilor fizicale, instrumentale și cele de laborator, ce descriu starea pacientului. Însă informația despre problemele psihologice și sociale, apărute în rezultatul bolii nu este disponibilă pentru medic. Unul dintre criteriile de eficacitate a ajutorului medical acordat este aprecierea calității vieții.

Introducere

Tradițional criteriile de eficacitate a tratamentului în cercetările clinice sunt datele fizicale și rezultatele investigațiilor de laborator. Necăutând că deseori parametrii medico-biologici standarde sunt criteriile de bază în aprecierea eficacității tratamentului, ei nu reflectă starea generală a pacientului și funcționarea lui în viața cotidiană. De aceea un indice important de sănătate a pacientului este autoevaluarea stării sale[19].

Calitatea vieții – este un indicator integral care include caracteristicile fizice, psihice, emoționale și sociale ale pacientului, bazate pe percepție subiectivă [9,10,14,19], ce reflectă capacitatea omului pentru adaptare spre boala lui și permite de a efectua analiza profundă multilaterală a evoluției bolii și recuperare pe fond de tratament.

În medicina contemporană pe scară largă se utilizează termenul „calitatea vieții corelată cu sănătate” [10,19]. Definiția „calitatea vieții” este logică și structural legată cu definiția „sănătate”, propusă de Organizația Mondială a Sănătății (World Health Organization) în 1946:

„Sănătatea este o stare pe deplin favorabilă atât fizic, mintal cât și social, și nu doar absența bolilor sau a infirmităților”.

Concepția de „calitatea vieții” este volumetrică în baza ei [1,2,9,10,19] și cuprinde:

- stare favorabilă psihologică ;
- stare favorabilă socială ;
- stare favorabilă fizică ;
- stare favorabilă spirituală .

Necăutând la faptul că evaluarea calității vieții a fost propusă în premieră în 1947 de către profesorul Karnofskz D. în lucrarea „Evaluarea clinică a chimioterapiei la pacienți cu cancer”, primele publicații despre calitatea vieții au apărut în anii 70-80 ale secolului XX. Preocupările pentru calitatea vieții corelată cu sănătate au crescut în ultimii ani. Astfel, în baza de date PubMed a Bibliotecii Naționale de Medicină din Statele Unite ale Americii în 1990 existau 1479 de articole publicate despre calitatea vieții corelată cu sănătatea. În 2005, au fost înregistrate 8160 de articole pe această temă. După Wikiund I. [15], în prezent eficacitatea și economicitatea a diferitor metode de tratament rațional trebuie să fie apreciată atât clinic și laborator, cât și prin criteriile speciale a calității ale vieții.

Din păcate problema calității vieții este actuală și inclusiv pentru chirurgia contemporană [18]. Tratamentul chirurgical fiind intervenție acută și deseori nefiziologică în evoluția bolii ce duce la diferite influențe asupra stării de sănătate al pacientului [18]. Gradul influențării a metodei de tratament asupra stării sănătății al bolnavului depinde de caracterul patologiei, dar alegerea tratamentului chirurgical sau conservativ este determinată de prezența indicațiilor și contraindicațiilor absolute sau relative [18]. Evident că ulterior orice intervenție chirurgicală, atât și tratamentul conservativ influențează asupra stării de sănătate al pacientului, statutului fizic, psihic și social. Din păcate aceasta influențare (acțiune) nu se evidențiază de către medic în modul convenit, și în chirurgia modernă națională medicii folosesc spectru îngust de definiții al evoluției bolii: ameliorare, fără modificări, agravare, transfer în altă direcție, deces, ce nu sunt destul de informative cât pentru medic atât și pentru pacient [18,19].

Introducerea tehnologiilor minim-invazive a deschis o nouă direcție pentru calitatea vieții corelată cu sănătatea, deoarece analiza comparativă între metodele deschise și laparoscopice fără aprecierea calității vieții ale pacientului va fi insuficientă. Sunt bine cunoscute criteriile clasice pentru evaluarea tratamentului chirurgical – letalitatea, morbiditatea, supraviețuirea, complicații, etc... Însă în prezent, mai ales pentru pacient, există valori, nu mai puțin importante: restabilirea rapidă, calitatea vieții după tratament chirurgical, reluarea la timp al activității profesionale, efectul estetic și alt... De aceea, în iunie 2002 la Lisabona la Congresul EAES, în premieră a fost stabilit faptul că la momentul actual unul dintre cele mai valoroase criterii de evaluare comparativă în tratamentul chirurgical, mai ales în patologii gastrointestinale – boala de reflux gastroesofagian și maladia ulceroasă – este aprecierea calității vieții [6].

Componente principale în aprecierea calității vieții sunt:

1. Multilateralitatea – include informația despre diferite sfere ale activității omului, care sunt legate și nu sunt legate cu patologia, ceea ce permite de a aprecia influența bolii și a tratamentului asupra stării pacientului;
2. Flexibilitatea în timp – calitatea vieții se modifică în dependență de factori exo- și endogeni a stării pacientului. Ceea ce permite de a realiza monitorizarea evoluției bolii și de a efectua corecția tratamentului la momentul oportun;
3. Participarea pacientului în evaluarea stării sale – constituie un factor valoros și sigur, uneori unicul criteriu cu ajutorul căruia poate fi evaluată eficacitatea unei metode noi de tratament. Având în vedere că în rezultatul mulțimii de cercetări a fost confirmat că aprecierea calității vieții efectuată de către pacient, uneori, nu coincide cu estimarea medicului, a fost stabilit: numai pacientul poate aprecia calitatea vieții [19]. Ca exemplu, lipsa de coincidență al opiniilor pacient – medic, poate fi studiul efectuat de către Sugarbaker P.H. și al. în 1982 la pacienți cu sarcomă al țesuturilor moi: în perioada de lungă durată a fost indicat tratament cu salvarea membrului și radioterapia, având în considerație că „păstarea membrului în deosebire de amputație poate duce la ameliorarea calității vieții”. Dar în urma cercetărilor a fost dovedit faptul că tratamentul indicat duce la dereglarea capacității motrice și hiposexualitate până la dezvoltare impotenției. Ca rezultat tactica de tratament adresată acestei grupe de pacienți a fost modificată [12].

Metode de evaluare a calității vieții

Pentru obținerea datelor comparabile și aplicarea lor ulterioară în practica clinică sunt folosite instrumente unanim acceptate pentru a evalua calitatea vieții. În SUA și Europa sunt create centre speciale pentru elaborarea acestor chestionare (indexe, profile) [3]. În diferite domenii ale medicinei sunt elaborate chestionare speciale pentru aprecierea calității vieții [19]. Metodologia cercetării calității vieții este bazată pe chestionare standardizate. În experiența mondială sunt folosite chestionare standardizate aprobate în studii clinice [2,3,9,10].

Cerințele către chestionarele pentru aprecierea calității vieții

- Multilateralitate;
- Simplitate și succintitate;
- Aplicabilitate în diferite culturi lingvistice și sociale;
- Admisibilitate (acceptabilitate).

Caracteristicile importante ale chestionarului sunt calitățile psihometrice [19] :

- Siguranță – măsura pentru evaluarea în puncte ce reflectă precizia de măsurare ;
- Validitate – capacitatea de a aprecia autenticitatea caracteristicilor pe care este bazat chestionarul ;
- Sensibilitate – capacitatea de depistare a modificărilor indicilor calității vieții în procesul de tratament.

Tipurile de chestionare pentru aprecierea calității vieții

1. Generale – pot fi folosite pentru aprecierea calității vieții în diferite tipuri de maladii sau la sănătoși, ca exemplu: SF-36, Nottingham Health Profile, EuroQol [2].
2. Speciale – sunt cele mai sensibile pentru o anumită patologie sau în aprecierea eficacității metodelor de tratament.

Chestionare folosite pentru aprecierea calității vieții în chirurgie și gastroenterologie

1. SF – 36 (Autorul J.E. Ware 1992) – prezintă un chestionar general [14] elaborat în The Health Institute New England Medical Center (Boston, USA), se utilizează pe scară largă în diferite sfere de medicină, inclusiv și chirurgie. Cu ajutorul lui se testează 8 parametri:
 - Physical functioning – sănătatea fizică;
 - Role-physical – limitarea efectuării funcțiilor obișnuite în viața zilnică din cauza dereglărilor fizice sau prezența bolii;
 - General health – starea generală a sănătății;
 - Vitality – viabilitate;
 - Mental health – starea psihică;
 - Social Functioning – activitatea socială;
 - Role emotional – limitarea efectuării funcțiilor obișnuite în viața zilnică din cauza disfuncțiilor emoționale.

Chestionarul constituie 36 de întrebări, fiecare întrebare se evaluează cu anumite puncte. În total suma poate fi de la 0 până la 100. Cifrele înalte reflectă o stare de sănătate mai bună. Ancheta poate fi completată timp de 10-15 minute. Se acceptă completarea cât prin interviu direct, atât și prin telefon.

2. GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) – este elaborat în ASTRA Hassle (autor - I. Wiklund, 1998) și este adresată pentru aprecierea calității vieții la pacienți cu patologie gastrointestinală [15]. Conține 15 întrebări din 5 scoruri:
 - Dureri în abdomen;
 - Sindromul de reflux;
 - Sindromul de constipație;
 - Scorul de evaluare sumară.

Ancheta poate fi completată timp de 5-10 minute.

3. GERD-HRQL (Gastroesophageal reflux disease Health related Quality of Life) – este adresată pacienților ce suferă de boala refluxului gastroesofagean, conține 6 scoruri, fiecare simptom se apreciază de la 0 (lipsa simptomului) până la 5 (simptomatica este pronunțată și prezentă în fiecare zi). Acest chestionar (autor – Velanovich V., 1999) prezintă interes în aprecierea eficacității tratamentului chirurgical [13]. Ancheta poate fi completată în timp scurt, nu mai mult de 5 minute.
4. GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index) – prezintă un chestionar (autor – Eypasch E.) cu o sensibilitate înaltă pentru aprecierea calității vieții la pacienți cu diferite patologii gastrointestinale, inclusiv și celor supuși tratamentului chirurgical [5]. Conține 36 întrebări în privința stării fizice, emoționale, activității sociale și simptomele tipice gastrointestinale, care sunt apreciate după scorul de 5 puncte. Suma totală poate fi de la 0 până la 176. Acest chestionar se utilizează pe scară largă pentru analiza comparativă a diferitelor metode de tratament chirurgical în patologia gastrointestinală. Ancheta poate fi completată timp de 10-15 minute.

Instrumentele evaluării calității vieții pot fi divizate în 3 grupe de bază fiecare din ele are avantajele și dezavantajele sale (*tab.1*) [9,10,15,18,19].

Chestionarele de bază pentru evaluarea calității vieții în chirurgie și gastroenterologie

Tip de chestionar	Avantajele	Dezavantajele
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Scara monosilabică ▪ Scara analogică vizuală ▪ Scara după grad (excelent, bine, rău) 	<p>Conținutul simplu</p> <p>Comodă pentru utilizarea și prelucrarea rezultatelor, inclusiv și pentru analiza farmaco-economică</p>	<p>Analiza cantitativă numai unei manifestări a bolii</p>
<p><i>Chestionare generale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SF – 36 ▪ Sickness Impact Profile ▪ Psychological General Well-Being 	<p>Permite compararea calității vieții în diferite patologii</p> <p>Posibilitatea de evidențiere a efectelor nespecifice</p>	<p>Dificultate în prelucrare</p> <p>Uneori nu înregistrează modificările clinice importante</p>
<p>Chestionarele specifice</p>	<p>Reflectă cele mai importante probleme pentru forma nozologică concretă</p> <p>Posibilitatea de evidențiere a dinamicii maladiei</p>	<p>Dificultate în prelucrare</p> <p>Uneori nu fixează efectele nespecifice</p>

Preocupările pentru calitatea vieții corelată cu sănătatea în gastroenterologie ne permit de a obține informații pentru (Direcțiile de aplicare metodologiei cercetării calității vieții):

- aprecierea profundă a influenței maladiei, ca exemplu stările de acutizare sau complicații în maladia ulceroasă asupra stării fizice, psihice și sociale ale pacientului. Așa dar în rezultatul evaluării a populației din Statele Unite ale Americii cu ajutorul chestionarului SF-36 a fost confirmat, că calitatea vieții la pacienți cu boala refluxului gastroesofagian și maladia ulceroasă este cu mult mai joasă comparativ cu alte grupe de patologii din acest domeniu și cei sănătoși [11]. Însă calitatea vieții la pacienți cu colita ulceroasă este cu mult mai bună decât la pacienți cu boala Crohn [4];
- efectuarea expertizei ale diferitor grupe de preparate pentru aprecierea celor mai efective – la pacienți cu boala de reflux gastroesofagian s-a depistat că calitatea vieții a pacienților supuși unui tratament cu preparate din grupa inhibitorilor ai pompei de protoni este cu mult mai bună în comparație cu grupa pacienților care au primit agenți anti-H₂ [15];
- efectuarea evaluării al tratamentul chirurgical – Agzamov F.M. descrie că diferite metode de tratament chirurgical determină unele condiții pentru anumite relații anato-mo-funcționale între organele interne, ceea ce produce tot spectru al simptoamelor de boala stomacului operat, ce influențează asupra calității vieții ale pacientului [17]. El efectuând studiu pe un lot de 733 de pacienți cu evaluarea calității vieții a confirmat că operațiile organomenajate au anumite avantaje în comparație cu rezecțiile gastrice în caz de maladia ulceroasă complicată cu hemoragie sau perforație. Indiciile cantitative (complicațiile întra- și postoperator, frecvența sindroamelor patologice) care sunt folosite pe scară largă pentru aprecierea eficacității tratamentului chirurgical nu permite evaluarea veridică al avantajelor și dezavantajelor metodicilor chirurgicale. Pentru obiectivizarea datelor este necesară evaluarea calității vieții;
- efectuarea calcului farmaco-economic – Analiza „cost-eficacitate” în tratamentul maladii ulceroase a arătat eficacitatea eradicării *Helicobacter pylori*, necatând la frecvența joasă a eradicării și tratamentul îndelungat și costisitor prin fapt că perioada fără cheltuieli în caz de tratament efectuat după toate regulile este în 2 ori mai lungă decât în caz de tratament episodic [7,8];
- monitorizarea stării pacientului după efectuarea tratamentului – normalizarea indicilor clinice ale pacientului nu întotdeauna corespunde cu restabilirea tuturor funcțiilor ale organismului.

Concluzii

Conceptul de calitate a vieții este una dintre cele mai prioritare direcții în medicina contemporană, reprezentând o parte din analiză integrală a metodelor de diagnostic, tratament și profilaxie.

Evaluarea calității vieții este o metodă valoroasă, informativă, economică și eficientă în aprecierea stării pacientului, uneori unicul criteriu cu ajutorul căruia poate fi evaluată eficacitatea unei metode noi de tratament.

S-a evidențiat faptul că opinia subiectivă a pacientului este atât de valoroasă cât și rezultatele cercetărilor instrumentale și celor de laborator.

Indiciile tradiționale cantitative care sunt folosite pe scară largă pentru aprecierea eficacității tratamentului chirurgical nu permit evaluarea veridică al avantajelor și dezavantajelor metodicilor chirurgicale, mai ales acum – în perioada dezvoltării tehnologiilor miniminvasive.

Bibliografie

1. Aaronson N.K., *Quality of life assessment in clinical trials:methodologic issues*, Control Clin. Trials, 1989;10:195-208
2. Bowling A., Bond M., Jenkinson C., Lamping D.L. *Short Form 36 (SF-36) Health Survey questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, the Health Survey for England and Oxford Healthy Life Survey*, Journal of Public Health Medicine, 1999; 21(3): 255–70.
3. Bullinger M. et al. *Translating health study questionnaires and evaluating them: the Quality of life a project approach. International of Quality of life assessment*, Clin. Epidemiol., 1998; 51: 913–923.
4. Drossman D.A., Li Z., Leserman J.,Patrick D. *Ulcerative colitis and Crohn's disease health status scale foe research and clinical practice*, J. Clin. Gastroenterol. 1992;15:104 – 112.
5. Eypasch E., williams J.I., Wood-Dauphinee S., Ure B.M., Schmulling C., Neugebauer E., Troidl H. *Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument*, Br J Surg 1995; 82:216 – 222.
6. Karolija D., SaueLand S., Wood-dauphinee S. et al. *Evaluation of quality of life after laparoscopic surgery*, Surg Endoscop 2004;18:879 – 897.
7. Lewin T.R. *A cost analysis of HP eradication strategies in a large health maintenance organisation*, Am. J. Gastroenterol. 1998:93:743 – 747
8. Phull P.S., Ryder S.D., Halliday D. *The economic and quality-of-life benefits of HP eradication in chronic duodenal ulcer disease – a community-based study*, Postgrad. Med. J. 1995;71:413 – 418.
9. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*/Ed. Spilker B. 2nd Edition, Philadelphia: New-York Lippincott-Raven,1996:1259
10. *Quality of life assessments in clinical trials*/Ed. M.J.Staquet, Oxford University Press,1998:360
11. Revicki D.A., Wood M., Maton P.N.,Sorensen S. *The impact of gastroesophageal reflux disease on health-related quality of life*, Am J Med 1998;104:252 – 258.
12. Sugarbaker P.H., Barofskz I., Rosenber S.A., Gianola F.J., *Quality of life assessment of patient in extremity sarcoma clinical trials*, Surgery,1982:13-23
13. Velanovich V. *Comparison of symptomatic and quality of life outcomes of laparoscopic versus open antireflux surgery*, Surgery, 1999; 126:782 – 789.
14. Ware J.E., Sherbourne C.D. *The MOS 36-item short-form health survey. I. Conceptual framework and item selection*, Med Care 30:473 – 483.
15. Wiklund I., Bardhan K.D., Muller-Lissner S. *Quality of life during acute and intermittent treatment of gastroesophageal reflux disease with omeprazol compared*

- with ranitidine. Results from a multicentre clinical trial. The European Study Group, Ital. J.Gastroenterol. Hepatol. 1998; 30: 19– 27.*
16. World Health Organization. Quality of life group. *What is it Quality of life?* Wid. Hth. Forum, 1996; 1: 29.
 17. Агзамов Ф.М., „Тактика хирургического лечения больных язвенной болезнью пожилого и старческого возраста, осложненной кровотечением или перфорацией язвы”, Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 2008
 18. Добровольский С.Р., Абдурахманов Ю.Х., Джамынчиев Э.К., Абуллаева А.А., *Исследование качества жизни больных в хирургии*, Хирургия, 2008; 12:73-76
 19. Новик А.А., Ионова Т.И., „Руководство по исследованию качества жизни в медицине”, М:Олма 2007:320.

ASPECTE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN PANCREATITA ACUTĂ HEMORAGICĂ

Vadim Gheorghîța

Catedra chirurgie N 1 „Nicolae Anestiadi”, Laboratorul de chirurgie hepato-pancreato-biliară
USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Diagnosis and treatment aspects in hemorrhagic pancreatitis

Hemorrhagic pancreatitis can be also called hemorrhagic-necrotic severe pancreatitis, severe and acute pancreatitis, surgical pancreatitis, necrotic pancreatitis and drama pancreatitis. It is characterized by a dramatic evolution, challenged by bleeding and necrotic injuries. Etiology is complex and differs from case to case. Diagnosis includes many steps: positive diagnosis, etiologic diagnosis, severe diagnosis. Treatment of bleeding acute pancreatitis is aggressive and precocious, sometimes unspecific, supporting, depending on the form of the severity.

Rezumat

Pancreatita acută hemoragică mai poate fi înfîlînită și sub denumirea de pancreatita acută hemoragico-necrotică, pancreatita acută severă, pancreatita chirurgicală, steatonecroza pancreatică, drama pancreatică. Este caracterizată de o evoluție dramatică, provocată de leziuni hemoragice și necrotice. Etiologia este complexă și variază de la caz la caz. Diagnosticul cuprinde mai multe etape: diagnosticul pozitiv, diagnosticul etiologic, diagnosticul de severitate. Tratamentul pancreatitei acute hemoragice este precoce și agresiv, adeseaori nespecific, de suport, în dependență de forma de severitate

Actualitatea temei

Pancreatita acută rămâne în continuare o problemă dificilă, din punct de vedere diagnostico-curativ, cu care se confruntă internistul, gastroenterologul, medicul radiolog dar mai ales chirurgul și anestezistul reanimatolog. Deși au fost realizate progrese importante , mai ales în ultimii ani, problema în ansamblu este departe de a fi rezolvată. De la forma ușoară până la disfuncția multiplă de organe, sepsis și deces, pancreatita acută este o afecțiune cu numeroase cauze, patogeneză obscură, fiziopatologie complexă, și având uneori o evoluție imprevizibilă. Tot atât de disputată rămâne și alegerea corectă a tacticii de tratament, adesea ori fiind nespecific, de suport al diverselor sisteme și organe. La fel rămâne controversată alegerea momentului optim al tratamentului chirurgical, existând argumente pro și contra.

Pancreatita acută severă are o incidență crescută în ultimii 20 de ani, fapt relevat de studii europene, atingând cifre de 30-50 cazuri/100.000 locuitori/ an, incluzând toate formele.