

ДОСЛІДЖЕННЯ ПАРАМЕТРІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА АХАЛАЗІЮ КАРДІЇ ЯК КРИТЕРІЇВ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВЕДЕНОЇ ПЕРОРАЛЬНОЇ ЕНДОСКОПІЧНОЇ МІОТОМІЇ СТРАВОХОДУ

Кіосов Олександр Михайлович,
асистент кафедри загальної хірургії
та післядипломної хірургічної
освіти ЗДМФУ
Запорізький державний
медико-фармацевтичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

Актуальність. Ахалазія кардії продовжує привертати увагу вчених через невизначеність етіології та патогенезу, важкість перебігу. На сьогодні залишається складною проблема повторних хірургічних втручань при рецидиві захворювання. Поглиблене вивчення вказаної патології необхідне не тільки в медичному плані, але й містить в собі важливий соціальний аспект, адже ахалазія кардії розповсюджена серед осіб молодого та середнього віку. Ця група в соціальному плані являється найбільш активною та працездатною, але порушення харчування призводить до психосоматичних захворювань і в подальшому до інвалідизації.

Мета дослідження: оцінка параметрів якості життя (опитувальники ASQ, QLQ-C30 и QLQ-OES18) у хворих на ахалазію кардії як критеріїв ефективності проведеної пероральної ендоскопічної міотомії стравоходу.

Матеріали і методи. За період 2019-2023 роки в ННМЦ «Університетська клініка» Запорізького державного медико - фармацевтичного університету в багатопрофільному хірургічному відділенні було обстежено та прооперовано методом пероральної ендоскопічної міотомії 32 хворих з ахалазією кардії II - III стадії. Діагноз встановлювали за даними: скарг, клінічного перебігу, рентгенографії стравоходу, ендоскопічної діагностики та комп'ютерної томографії. Групу склали 16 чоловіків (50,0%) та 16 жінок (50,0%), середній вік $47,72 \pm 2,88$ (95%-ДІ 41,95-53,49) років, середня тривалість

захворювання склала $4,33 \pm 1,07$ (95%-ДІ 2,18-6,47) років.

Ефективність результатів лікування проведена за допомогою шкали симптомів Eckard, що передбачає оцінювання симптомів, стадій і ефективності лікування ахалазії.

На етапі госпіталізації усі пацієнти проходили дообстеження: виконано відеоезофагогастродуоденоскопію (апарат Olympus GIF – 190HQ (Японія) з використанням ендоскопічного відеопроцесора Olympus Evis Exera III) та рентгенконтрастне дослідження стравоходу (система рентгенівська діагностична General Electric Precision RXi, США). Встановлення стадії ахалазії проведено з використанням рентгенологічної класифікації морфологічних змін дистального відділу стравоходу при ахалазії (за Петровським та Федоровою).

Аналізували також результати амбулаторної оцінки 24-годинної рН-метрії, заснованої на кількісній оцінці інтрастравохідного рН (рН-Z-грама, цифровий аналіз рН моніторингу (РН 2) та езофаго-імпеданс і т.д.). Для діагностики наявності такого постопераційного ускладнення як рефлюксна хвороба, поряд з добовим езофаго-імпеданс-рН-моніторингом, використовували анкету GerdQ (GastroEsophageal Reflux Disease Questionnaire).

Для оцінки якості життя та тяжкості симптомів до та після лікування ахалазії використовували опитувальник якості життя SF-36 та специфічний для ахалазії (achalasia-DS QoL або ASQ). ASQ являє собою перевірений запитальник з 10 питань, в якому пацієнти можуть кількісно оцінити та кваліфікувати симптоми ахалазії, такі як дисфагія як на тверду, так і на рідку їжу, певні типи їжі, інші супутні симптоми та загальний стан здоров'я у зв'язку з ахалазією. Також використовували опитувальники QLQ-C30 и QLQ-OES18 (езофагеальний модуль). Для оцінки якості життя пацієнтів з ахалазією кардії використовували опитувальник EORTC QLQ-C30 (Основний опитувальник якості життя Європейської організації з вивчення та лікування раку) та його стравохідний модуль EORTC QLQ – OES18 (Стравохідний модуль опитувальника якості життя Європейської організації з вивчення та лікування раку).

При статистичній обробці даних використовували ліцензійну програму «STATISTICA[®] for Windows 6.1» (StatSoft Inc., США, серійний номер JPZ804I382130ARCN10-J). У випадках, коли розподіл змінної підпорядковувався нормальному закону, використовували процедуру однофакторного дисперсійного аналізу, відкидаючи нульову гіпотезу про відсутність розбіжності вибіркової сукупності при $p < 0,05$. У разі розподілу, відмінного від нормального, або аналізу порядкових змінних використовували U-критерій Mann-Whitney для 2-х незв'язаних вибірок, для більшого числа вибірок – критерій Kruskal-Wallis H. Якщо кількість груп була 2, статистичну значущість відмінностей оцінювали за допомогою гетероскедастичного t-критерію Gosset U. Для незв'язаних груп з поправкою Бонферроні.

Результати дослідження:

Середня оцінка клінічної виразності симптомів ахалазії кардії згідно шкали Eckardt до операції в основній групі склала $7,56 \pm 0,18$ (95%-ДІ 7,19-7,93). Вихідний результат дослідження за шкалою Eckardt в 2 групі склав в середньому $7,94 \pm 0,33$ (95%-ДІ 7,29-8,59). У 11 (34,38%) хворих основної групи візуалізувалася S-образна деформація стравоходу. Максимальна ширина стравоходу склала у середньому $41,53 \pm 0,28$ см. У 72% діагностовано II стадію захворювання.

Всі пацієнти досліджуваної групи були прооперовані методом пероральної ендоскопічної міотомії (ПОЕМ) під тотальною внутрішньовенною анестезією зі штучною вентиляцією легень. Міотомію стравоходу виконували по задній стінці, враховуючі можливість рецидивів та збереження передньої стінки для повторної пероральної міотомії або лапароскопічної міотомії за Геллером. ПОЕМ виконували під загальним наркозом та ШВЛ в позиції пацієнта на спині.

Стандартне обладнання та ендоскопічні розхідники, які ми використовували для проведення ПОЕМ – гнучкий ендоскоп Olympus 190 HQ, з високою розподільчою здатністю та water jet каналом, відео система Olympus Evis Exera III, дистальний ковпачок (Olympus, Fujinon), CO2 інсуфлятор (UCR

Olympus), ендоскопічний ніж triangle tip knife (Olympus) or hybrid knife T type (ERBE, Tübingen Germany), електрохірургічний блок ERBE (Tübingen Germany), щипці для коагуляції coagrasper та гемостатичні кліпси.

Згідно амбулаторної оцінки 24-годинної рН-метрії, заснованої на кількісній оцінці інтрастравохідного рН, виконання ПОЕМ асоціюється з менш вираженими проявами рефлюксу, хоча загальний час перебування рН < 4 у цій групі недостовірно перевищував норму.

В той час, загальний середній бал за анкетною GerdQ у досліджуваній групі склав $0,78 \pm 0,25$ (діапазон 0,28-1,29). Отримані результати свідчать про низьку вираженість симптомів ГЕРХ у хворих через 3 місяці після модифікованої ПОЕМ, що підтверджує ефективність процедури у зменшенні проявів рефлюксної патології та покращенні якості життя пацієнтів.

Порівняння показників, отриманих за даними опитувальника якості життя ASQ до та через 3 місяці після модифікованої пероральної ендоскопічної міотомії свідчить про суттєве покращення якості життя згідно оцінюваних критеріїв – ASQ у балах зменшився на 38,13%, або у 1,62, демонструючи рівень значущості відмінностей $p < 0,05$.

Аналіз отриманих даних хворих основної групи із ахалазією кардії за даними анкети EORTC QLQ-C30 до та через 3 місяці після модифікованої пероральної ендоскопічної міотомії свідчить про покращення якості життя на 36,24% ($p < 0,05$), тобто у 1,57 рази статистично достовірно за такими показниками, як загальний стан здоров'я та якість життя, фізичне функціонування, рольове функціонування, емоційне функціонування, когнітивне функціонування, соціальне функціонування, втома, нудота і блювання, біль, задишка, безсоння, втрата апетиту, запор, діарея, фінансові труднощі.

Інтерпретація наведених даних свідчить про позитивний вплив модифікованої пероральної ендоскопічної міотомії на якість життя пацієнтів основної групи з ахалазією кардії на 3 місяць дослідження – бальний показник QLQ-OES18 статистично достовірно ($p < 0,05$) зменшився на 47,26%, тобто у

1,90 разів.

Через 3 місяці після модифікованої пероральної ендоскопічної міотомії у пацієнтів з ахалазією кардії основної групи відзначалося значне покращення фізичного та психічного компонентів здоров'я за опитувальником SF-36. Загальний стан здоров'я зріс на 34,78% ($p < 0,01$), інтенсивність болю зменшилася на 48,34% ($p < 0,001$), а вплив емоційних проблем – на 46,61% ($p < 0,001$). Також покращилася фізична активність (11,87%), зменшився вплив фізичних проблем (10,61%, $p < 0,05$) та зросла життєздатність (14,76%, $p < 0,01$). Висновки свідчать про ефективність операції у покращенні якості життя пацієнтів, зменшенні больового синдрому та підвищенні психоемоційного благополуччя.

Висновки.

Згідно амбулаторної оцінки 24-годинної рН-метрії, заснованої на кількісній оцінці інтрастравохідного рН, виконання ПОЕМ асоціюється з менш вираженими проявами рефлюксу, хоча загальний час перебування рН < 4 у цій групі недостовірно перевищував норму.

Загальний середній бал за анкету GerdQ у досліджуваній групі склав $0,78 \pm 0,25$ (діапазон 0,28-1,29). Отримані результати свідчать про низьку вираженість симптомів ГЕРХ у хворих через 3 місяці після модифікованої ПОЕМ, що підтверджує ефективність процедури у зменшенні проявів рефлюксної патології та покращенні якості життя пацієнтів.

Динаміка змін показників якості життя у хворих основної групи із ахалазією кардії через 3 місяці після модифікованої пероральної ендоскопічної міотомії згідно шкал симптомів Eckard, achalasia-DS QoL (ASQ), EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-OES18 свідчить про статистично достовірну позитивну тенденцію покращення щодо таких параметрів життя, як загальний стан здоров'я, фізичне функціонування, рольове функціонування, емоційне функціонування, когнітивне функціонування, соціальне функціонування, рівень втоми порівняно з аналогічними показниками у пацієнтів основної групи до оперативного втручання.

Через 3 місяці після модифікованої пероральної ендоскопічної міотомії у пацієнтів з ахалазією кардії основної групи відзначалося значне покращення фізичного та психічного компонентів здоров'я за опитувальником SF-36. Загальний стан здоров'я зріс на 34,78% ($p < 0,01$), інтенсивність болю зменшилася на 48,34% ($p < 0,001$), а вплив емоційних проблем – на 46,61% ($p < 0,001$). Також покращилася фізична активність (11,87%), зменшився вплив фізичних проблем (10,61%, $p < 0,05$) та зросла життєздатність (14,76%, $p < 0,01$). Висновки свідчать про ефективність операції у покращенні якості життя пацієнтів, зменшенні больового синдрому та підвищенні психоемоційного благополуччя.

Доведено і статистично обґрунтовано обов'язкове використання анкет для оцінки якості життя (achalasia-DS QoL (ASQ), EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-OES18) у поєднанні з об'єктивними методами дослідження з метою отримання більш повного та об'єктивного інформативного уявлення про клінічну ефективність різних стратегій оперативного лікування хворих із ахалазією кардії.