



---

## Original Article: QUALITÀ DELLA VITA DOPO COLECISTECTOMIA

### Citation

Pahomova R.A., Dyabkin E.V., Vasilenya E.S., Karapetyan G.A. Qualità della vita dopo colecistectomia. *Italian Science Review*. 2014; 10(19). PP. 299-302.

Available at URL: <http://www.ias-journal.org/archive/2014/october/Pahomova.pdf>

### Authors

R.A. Pahomova, Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Russia.

E.V. Dyabkin, Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Russia.

E.S. Vasilenya, Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Russia.

G.A. Karapetyan, Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Russia.

Submitted: October 2, 2014; Accepted: October 22, 2014; Published: October 31, 2014

Diagnosi dei problemi e il trattamento di ittero ostruttivo (IO) è uno dei problemi più urgenti fino ad oggi [1,3,7]. Nonostante il vasto arsenale di metodi di ricerca moderni, diagnosi differenziale è difficile, e gli errori diagnostici che si verificano nel 12-38% [2,5], portando ad un rapido aumento nello sviluppo di insufficienza epatica e di altre complicanze (sanguinamento gastrointestinale, purulento colangite, ascessi epatici, sepsi, encefalopatia), nel 14-27% dei casi porta inevitabilmente alla morte [4,6,9]. Risultati del trattamento della mammella, dipendono in larga misura dal grado di durata bilirubinemia, livello e provoca l'ostruzione delle vie biliari, e l'adeguatezza del tempo di decompressione.

Il problema della diagnosi differenziale e trattamento chirurgico del seno, a causa delle diverse patologie zona bilio-pancreatico-duodenale (BPDZ), è uno dei più urgente moderna chirurgia e oncologia clinica. Contrassegnato da una crescita costante in termini di incidenza di BPDZ benigne e maligne. Nonostante i grandi sviluppi su questo tema, molti aspetti

rimangono discutibile e non vi è un urgente bisogno di trovare nuovi approcci per affrontarli.

Molti autori sono diventati sostenitori di un regime di trattamento in due fasi nei pazienti con ittero ostruttivo. Il compito principale è quello di eliminare la fase di decompressione di colestasi e Holem, rilievo di infiammazione acuta del sistema biliare, che permette di evitare interventi chirurgici di emergenza, e successivamente effettuare, sanificante, passo nelle giuste condizioni. Questa opzione offre i migliori risultati chirurgici approccio di trattamento chirurgico del seno [2,3].

Nella prima fase del trattamento viene eseguita papillosfinterotomia endoscopica (EPST) con estrazione pietra ed il passaggio di recupero della bile, e nella seconda fase viene eseguita colecistectomia tradizionale o laparoscopica. Lithoextraction endoscopica è un metodo ampiamente utilizzato per EPST endoscopia medica, migliora in modo significativo la sua efficacia. Estrazione completa pietra può

essere ottenuto in 81-98% dei pazienti con ittero ostruttivo [1,4].

Le indicazioni per il trattamento chirurgico della seconda tappa e l'opzione scelta di un intervento chirurgico è in gran parte determinato dalla efficienza e la tempistica eliminare manifestazioni di ittero ostruttivo [1,3,8].

La medicina moderna offre una valutazione completa della correzione chirurgica nel valutare i risultati a lungo termine. Uno degli indicatori più importanti della medicina basata sulle evidenze è una valutazione obiettiva della qualità della vita (QDV) del paziente dopo l'intervento chirurgico.

Lo studio della qualità di vita è un metodo semplice e affidabile per valutare lo stato di salute, in base alla sua percezione soggettiva e dando le caratteristiche integrate-digitali del suo stato fisico, psicologico e sociale [5,6,8].

Per determinare la qualità di vita generato due gruppi clinici di pazienti. Clinica gruppo di confronto (CGC) erano 57 pazienti operati nel periodo 2007-2008. Il gruppo principale (GP) era costituito da 69 pazienti che sono stati trattati chirurgicamente nel periodo 2009-2010. Entrambi i gruppi di pazienti erano comparabili a carattere patologia BPDZ, il sesso, l'età, la gravità di ittero e la natura di comorbidità ( $p > 0,05$ ).

In uno studio su pazienti in CGC preoperatoria e di scarico utilizzati: clinico, strumenti (ecografia, fibrogastroduodenoscopy, tomografia computerizzata, retrograda endoscopica) metodi.

Dei 126 pazienti con CGC e scarico sfinterotomia endoscopica-papille (SEP) eseguita in 97 casi (15 in più eseguita dotto artroplastica biliare comune (DABC).

Chirurgia seconda fase è stata eseguita in 80 ( $63,5 \pm 3,2\%$ ) pazienti con CGC e scarico.

Dopo EPST efficace, i pazienti DABC (57) nella seconda fase del trattamento a 34 (CGC-13 e GP-43) sono stati sottoposti a colecistectomia laparoscopica (CL), 3

pazienti (CGC-1 e GP-2) - la colecistectomia tradizionale (CT) e 20 (SCS-18 e OG-52) dei pazienti sono stati dimessi dall'ospedale senza segni di seno.

Se nessun effetto dopo la prima fase del trattamento (SEP inefficace, EP o non fare) in 23 pazienti e CGC scarico presa la seconda fase del trattamento. Di questi 9 pazienti di scarico e CGC eseguito holedoholitotomeo (HHT) e il drenaggio del dotto biliare comune in 6 - biliodegistiche anastomosi (BDA), in 3 - BDA e CT, in 1 - laparotomia esplorativa o laparoscopia con la biopsia, in 2 - drenaggio transepatica di ricambio (DTR) e 2 - BDA e DTR.

Maggiore efficienza della prima fase del trattamento chirurgico nei pazienti di scarico può essere spiegata dai seguenti motivi: l'uso attivo di tecniche endoscopiche (SEP e EP OVC) correzione IO unitamente dissezione idraulica BDA.

La qualità della vita è stata studiata in due questionari: generale - MOS 36 Articolo Tiro Form Health Survey (SF-36) questionario e le GSRS specifici gastroenterologia (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) [5,6].

SF-36 è ampiamente usato nei pazienti chirurgici, e di valutare la dinamica del restauro del funzionamento fisico, psicologico e sociale dei pazienti dopo l'intervento chirurgico.

Questionario GSRS, I. Wiklund sviluppato nel 1998 e adattato per l'uso MTSIKZH domestico, è composto da 15 domande.

Trattamento matematico dei risultati della ricerca effettuata da un pacchetto software "Statistica 6.0" su un PC.

Tutti i dati sono stati analizzati mediante variazione statistica. Per ciascuna serie ordinata valutato il modello di distribuzione del test di normalità di Kolmogorov - Smirnov. Se la distribuzione è significativamente diversa da allora, metodi non parametrici normali - la valutazione delle differenze medie utilizzando il Mann - Whitney. Il significato delle differenze di indicatori di qualità sono stati determinati

utilizzando il criterio di  $\chi^2$  e il test esatto di Fisher bilaterale per la tavola. Valori relativi, espressi in percentuale, data nel testo della tesi con la percentuale di errore. Il grado di differenze sono state considerate significative con  $p < 0,05$ .

Dei 126 pazienti operati di scarico e CGC alle domande alle domande del questionario risposto a 93 pazienti. Di questi, 3 pazienti erano stati precedentemente operati per neoplasie maligne BPDZ. Due pazienti del GP sottoposti ad intervento chirurgico radicale nel Oncologia Centro regionale, e 1 - sono morti di CGC. Risultati a lungo termine sono stati analizzati in 87 pazienti precedentemente operati pazienti per patologia benigna BPDZ in termini di 1 a 3,5 anni dopo l'intervento chirurgico. Follow-up è stato di  $2,3 \pm 1,1$  anni. In 10 dei 87 pazienti con dati su indagine sono stati installati segnali soddisfacenti e risultati insoddisfacenti. Questi 10 pazienti sono stati ulteriormente esaminati nella clinica con le raccomandazioni su ulteriori trattamenti.

Per i segni di ricaduta della malattia e l'ex IO benessere, funzionalità e assenza di reclami indicato 77 (84 - dal sistema di scarico 38 - da CGC) pazienti. Questi pazienti sentivano completamente sani. Pertanto, tutti descritti 77 ( $88,5 \pm 2,4\%$ ) osservazioni cliniche sono state classificate in i buoni risultati del gruppo.

In 1 paziente erano dalla GP, 5 pazienti - da CGC sono stati reclami pas dolore ricorrente nel quadrante superiore destro, epigastrio, ipocondrio sinistro. In 2 su 6 pazienti che hanno 2 funzioni installate descritte contemporaneamente. In uno studio sulle cause di dolore sono state: pancreatite cronica recidivante, ulcera peptica e duodenale. Tutte le 6 ( $6,9 \pm 1,7\%$ ) pazienti nel gruppo, abbiamo svolto con risultati soddisfacenti di trattamento.

La recidiva di malattia e / o della mammella installata in 4 pazienti (uno - dei gas di scarico, e 3 - da CGC). Tutti e 4 ( $4,6 \pm 1,5\%$ ) pazienti hanno indicato abbiamo

assegnato al gruppo con risultati insoddisfacenti.

Così, per la valutazione globale della qualità della vita 87 pazienti operati per malattia benigna BPDZ a  $88,5 \pm 2,4\%$ , hanno trovato bene in  $6,9 \pm 1,7\%$  - soddisfacente e  $4,6 \pm 1,5\%$ .

I risultati hanno mostrato che la qualità della vita dei pazienti sottoposti a chirurgia mini-invasiva per il IO era significativamente superiore rispetto ai tradizionali interventi ( $p < 0,05$ ).

Analisi della qualità della vita dei pazienti nel periodo post-operatorio in ritardo ha rivelato l'efficacia del endoscopica moderna e metodi di correzione della qualità della vita videolaparoscopica.

Pertanto, lo studio della QOD fornisce ulteriori informazioni sui risultati a lungo termine di correzione chirurgica e può essere utilizzato per la valutazione qualitativa dei risultati di differenti tipi di operazioni.

#### References:

1. Alidzhanov F.B. Hashimov M.A., Rizaev K.S., Boynazarov I.H. 2006. The role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the diagnosis of Mirizzi syndrome caused fistula. *Annals of surgical hepatology*. V.11, P. 63-64.
2. Baranov G.A., Resetnicov E.A., Kharlamov B.V. 2008. Minimally invasive techniques cholecystectomy in older patients with acute cholecystitis. P. 27-30.
3. Boutkevitch A.Ts., Parfenov G.I., Shpionkov A.V. 2006. Mistakes and complications in minimally invasive interventions on the biliary tract. *Modern surgical techniques*. p. 254-257.
4. Galperin E.I., Vetshev P.S. 2006. Older than Guidelines for surgery of the biliary tract. 568 p.
5. Novik A.A., Ionova T.I., Kaynd P. 1999. The concept of quality of life studies in medicine. 140p.
6. Novik A.A., Matveev S.A., Ionova T.I. 2000. Assessment of quality of life in medicine. *Clinical Medicine*. p.10-13.

7. Asoglu I., Ozmen V., Karanlik H. 2004. Does the complication rate increase in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis? V.14, p.81-86.  
8. Kaw M., Al-Antably Y., Kaw P. 2002. Management of gallstone pancreatitis:

cholecystectomy or ERCP and endoscopic sphincterotomy. V. 9. P. 429-435.  
9. Rabenstein T., Roggenbuck S., Franke B. 2002. Complications of endoscopic sphincterotomy: can heparin prevent acute pancreatitis after ERCP? V.55, P. 476-483.