

© О.О. Бучок, 2015

УДК 616.61-002.3-007.271-036.12-089.48-036.864

О.О. БУЧОК

*Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака, Ужгород***ВПЛИВ МЕТОДУ ДРЕНУВАННЯ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ ОБСТРУКТИВНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ**

У роботі встановлено рівень якості життя хворих із гострим обструктивним пієлонефритом, яким проводилось два види дренивання верхніх сечових шляхів: стентування та перкутанна нефростомія. Для оцінки якості життя у 242 хворих застосовувались стандартизовані опитувальники SF-36 та EORTC QLQ-C30. Ґрунтуючись на отриманих результатах, було встановлено, що короткотривале дренивання сечових шляхів із застосуванням перкутаної нефростомії забезпечує вірогідно кращі показники якості життя, ніж стентування сечоводів, що дозволяє широко рекомендувати саме проведення перкутаної нефростомії у профільних пацієнтів.

Ключові слова: якість життя, гострий обструктивний пієлонефрит, нефростомія, стентування

Вступ. Останнім часом у наукових публікаціях та повсякденній практиці все ширше застосовується термін "якість життя" хворих, адже важливою є не лише ефективність різних методик лікування, але і їх безпосередній вплив на загальний стан пацієнта. Загалом, якість життя можна визначити як сукупну складову фізичного, психічного та соціального функціонування людини, що ґрунтується на її суб'єктивному сприйнятті [4].

Незважаючи на значну кількість публікацій, присвячених вивченню впливу лікувальних методик на якість життя, відносно небагато лікарів знайомі з методологією її вивчення та сучасними вимогами стосовно проведення досліджень, у зв'язку з чим часто інтерпретація отриманих результатів є ускладненою. Проте, з іншого боку, численні автори активно публікують тези про поліпшення чи погіршення якості життя у досліджуваних пацієнтів під впливом різних методів лікування, підкріплюючи це об'єктивними доказами із застосуванням уніфікованих методик опитування [5, 7].

Очевидно, що з врахуванням сучасних тенденцій до персоналізації лікувальних підходів та за умови однакової клінічної ефективності різних методик лікування, саме показник якості життя може вважатись основним критерієм оцінки ефективності проведеної терапії.

Питання якості життя хворих із гострим обструктивним пієлонефритом може вважатись актуальною проблемою сучасної урології. Поряд із адекватною антибактеріальною терапією, обов'язковою передумовою ефективного лікування хворих із гострим обструктивним пієлонефритом є відновлення порушеного пасажу сечі, що досягається шляхом стентування сечоводів або проведенням нефростомії [2].

Можливість застосування вищевказаних, принципово різних методів дренивання верхніх сечових шляхів без об'єктивного врахування їх переваг та недоліків часто ускладнює вибір необхідної ефективної методики, а деколи ґрунтується лише на наявності у клініці належного устаткування та на власному досвіді фахівця [8].

Згідно з літературними даними, в Україні дотепер не було проведено порівняльних проспективних досліджень, які оцінили б якість життя пацієнтів з гострим обструктивним пієлонефритом після дренивання верхніх сечових шляхів нефростомічним дренажем та сечовідним стентом, а у світовій літературі також недостатньо публікацій з цього актуального питання.

Оскільки оцінка якості життя в суб'єктивному сприйнятті хворого у гострій фазі захворювання пієлонефритом часто не збігається з об'єктивною оцінкою лікаря та не завжди корелює з результатами загально-клінічних методів дослідження, для стандартизації отриманих даних переважно вдаються до допомоги спеціальних опитувальників [9, 10].

Оцінка якості життя пацієнтів після зовнішнього та внутрішнього дренивання допоможе визначити оптимальний метод відновлення пасажу сечі при гострому обструктивному пієлонефриті. Вказана передумова обумовлює важливість досліджуваної проблеми як для медичної науки, так і для практичної охорони здоров'я.

Мета дослідження. Вивчити вплив різних методів дренивання верхніх сечових шляхів на якість життя хворих із гострим обструктивним пієлонефритом.

Матеріали та методи. В проспективне дослідження було включено 242 осіб із гострим обструктивним пієлонефритом. Досліджуваних хворих було рандомізовано на дві групи: група 1 (n=123 хворих), представникам якої для відновлення прохідності сечових шляхів проводили перкутанну нефростомію, та група 2 (n= 119 хворих), де з цієї ж метою було виконано ретроградну катетеризацію сечоводів (стентування). Основними критеріями включення в дослідження були наявність у пацієнтів гострого обструктивного пієлонефриту за даними об'єктивного дослідження та нефростомічного дренажу або сечовідного стенту, які встановлювали як перший та основний етап лікування обструкції та викликаного нею пієлонефриту. З дослідження були виключені хворі з декомпенса-

ними хронічними соматичними захворюваннями та онкопатологією.

Тривалість знаходження нефростомічного дренажу становила 7 ± 1 добу, а сечовідного стенту – 14 ± 1 добу (ДІ – 95%, $p < 0,05$).

Для оцінки якості життя досліджуваних хворих застосовувались опитувальники SF-36 та EORTC QLQ-C30. Опитування проводились на 9-10-у добу з моменту проведення малоінвазивної маніпуляції.

Опитувальник SF-36 розроблений в 1992 р Ware J. E. Jr. і Sherbourne C.D. для оцінки загального здоров'я у пацієнтів, старших за 14 років [12]. SF-36 відноситься до неспецифічних опитувальників для оцінки якості життя і широко розповсюджений в США і країнах Європи.

Опитувальник складається з 36 питань. Відповіді на 35 із них використовують для отримання значень по 8 шкалах. Критерії якості життя оцінюють за 100-бальною шкалою, а результати представляють у вигляді балів від 0 (найгірший показник) до 100 (найкращий показник). Більший сумарний бал вказує на вищий показник якості життя.

В результаті проводиться кількісна оцінка таких категорій:

1. Limitations in physical activities (LPA) – обмеження фізичного функціонування – відображає ступінь, при якому стан здоров'я пацієнта лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення тягарів тощо).

2. Limitations in social activities (LSA) – обмеження соціального функціонування – визначається ступенем того, наскільки фізичний або емоційний стан пацієнта обмежує соціальну активність (спілкування).

3. Limitations in usual role activities because of physical health problems (LURAP) – обмеження звичного рольового функціонування – відображає вплив фізичного стану пацієнта на рольове функціонування (робота та виконання звичайної діяльності).

4. Limitations in usual role activities because of emotional problems (LURAE) – вплив емоційного стану пацієнта на рольове функціонування. Відображає оцінку ступеня, при якому емоційний стан хворого заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності.

5. Bodily Pain (BP) – інтенсивність болю та його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю.

6. Vitality (VT) – життєва активність (відчуття себе повним сил та енергії або, навпаки, знесиленим).

7. General mental health (GMH) – оцінка психічного здоров'я – відображає настрій пацієнта (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

8. General health perceptions (GHP) – загальний стан здоров'я – суб'єктивна оцінка хворим свого загального стану на даний час.

Шкали опитувальника групуються в два показники – фізичний компонент здоров'я та психологічний компонент здоров'я.

Фізичний компонент здоров'я (Physical health – PH total) складають шкали: фізичне функціонування (LPA), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (LURAP), інтенсивність болю (BP) і загальний стан здоров'я (GHP).

Психологічний компонент здоров'я (Mental Health – MH total) складають шкали: оцінка психічного здоров'я (GMH), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (LURAE), соціальне функціонування (LSA) і життєва активність (VT).

У досліджуваних хворих, крім опитувальника SF-36, під час дослідження також використовувалась третя версія опитувальника EORTC QLQ-C30, що складається з 30 питань, які групуються в 5 функціональних шкал, 3 шкали симптоматики та містить 7 окремих пунктів [6]. Із застосуванням вказаного опитувальника EORTC QLQ-C30 проводилась кількісна оцінка таких категорій:

1. Global health status/QoL (QL2) – загальний стан здоров'я.

2. Функціональні шкали:

1) Physical functioning (PF) – фізичне функціонування;

2) Role functioning (RF) – рольове функціонування;

3) Emotional functioning (EF) – емоційне функціонування;

4) Cognitive functioning (CF) – пізнавальне функціонування;

5) Social functioning (SF) – соціальне функціонування.

3. Шкали симптомів:

1) Fatigue (FA) – слабкість, виснаженість;

2) Nausea and vomiting (NV) – нудота, блювота;

3) Pain (PA) – біль.

4. Окремі пункти:

1) Dyspnoea (DY) – задуха;

2) Insomnia (SL) – безсоння;

3) Appetite loss (AP) – втрата апетиту;

4) Constipation (CO) – закрепи;

5) Diarrhoea (DI) – діарея;

6) Financial difficulties (FI) – фінансові труднощі.

Опитувальник QLQ-C30 був обраний для отримання статистично значущих відмінностей при оцінці однакових шкал опитувальників (фізичне, рольове, пізнавальне та емоційне функціонування, біль, загальну якість життя), а також для отримання додаткових даних за окремими шкалами (соціальне благополуччя, загальне здоров'я).

Отримані дані статистично оброблялись у комп'ютерній програмі STATISTICA, версія 5.11. Цифрове вираження результатів опитування відображалось у вигляді середнього балу для усіх респондентів за кожним окремим параметром ($M \pm \Delta m$). Вірогідність результатів оцінювалась за

допомогою критерію Стюдента (t). Статистично значимими вважались відмінності при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення. Співвідношення чоловіків та жінок у групі хворих з нефростомами становило 1:1,3, а у групі із стентуванням – 1:2,4. Кількісна перевага жінок у групі стентування обумовлена технічною можливістю та

зручністю проведення ретроградних ендуретральних маніпуляцій саме серед осіб жіночої статі.

Середній вік досліджуваних у групі хворих з нефростомами становив $38,5 \pm 4,7$ року, а у групі зі стентуванням – $39,1 \pm 2,9$ року.

У таблиці 1 представлено розподіл досліджуваних хворих за віковими групами.

Таблиця 1

Розподіл досліджуваних хворих за віком

Вікові групи	Нефростома		Стентування		t
	n	%	n	%	
18-29	26	21,1	24	20,2	0,51
30-44	48	39,02	53	44,5	0,63
45-59	31	25,2	23	19,3	0,82
> 60	18	14,6	19	16,0	0,64
Разом	123	100	119	100	–

Як видно із наведеної таблиці 1, серед хворих із гострим обструктивним пієлонефритом, яким було проведено дренування верхніх сечових шляхів, у обох групах переважала вікова категорія 30-44 роки. Це вказує на розповсюдженість захворюваності на гострий обструктивний пієлонефрит знач-

ної кількості пацієнтів працездатного віку та підтверджує соціальну значимість досліджуваної проблеми.

У таблиці 2 представлено результати анкетування досліджуваних пацієнтів із застосуванням опитувальника SF-36.

Таблиця 2

Результати анкетування досліджуваних пацієнтів із застосуванням опитувальника SF-36

Шкала SF-36		Нефростома	Стентування	t	p
		M ± Δm	M ± Δm		
LPA	Ч	54,32 ± 2,4	52,47 ± 5,1	1,04	> 0,05
	Ж	53,49 ± 3,7	55,33 ± 1,8	1,14	> 0,05
LSA#	Ч	34,42 ± 5,2 #	64,32 ± 5,7	2,97	< 0,05
	Ж	37,52 ± 2,8 #	66,35 ± 6,2	3,41	< 0,05
LURAP	Ч	43,41 ± 5,4	45,72 ± 4,6	1,04	> 0,05
	Ж	39,02 ± 3,1	41,22 ± 3,8	1,23	> 0,05
LURAE#	Ч	64,22 ± 3,6	33,46 ± 1,4 #	3,02	< 0,05
	Ж	68,34 ± 7,2	35,53 ± 2,7 #	3,04	< 0,05
BP#	Ч	68,43 ± 4,6	27,22 ± 3,4 #	3,51	< 0,05
	Ж	61,21 ± 3,3	32,41 ± 5,2 #	2,75	< 0,05
VT#	Ч	67,22 ± 4,4	41,42 ± 1,7 #	2,10	< 0,05
	Ж	55,71 ± 2,2	39,54 ± 2,3 #	2,25	< 0,05
GMH#	Ч	52,51 ± 4,7	34,21 ± 1,8 #	2,07	< 0,05
	Ж	53,32 ± 1,6	31,22 ± 3,2#	2,76	< 0,05
GHP	Ч	46,22 ± 3,1	48,14 ± 4,9	1,08	> 0,05
	Ж	51,37 ± 1,3	47,43 ± 2,3	1,15	> 0,05
PH total	Ч	44,32 ± 2,3	43,57 ± 1,8	0,27	> 0,05
	Ж	45,61 ± 4,2	47,32 ± 1,7	0,34	> 0,05
MH total#	Ч	56,74 ± 6,5	40,12 ± 6,2 #	2,11	< 0,05
	Ж	59,45 ± 2,4	43,56 ± 2,4 #	2,08	< 0,05

Примітки: # – статистично значиме погіршення показника; Ч – показник у досліджуваних чоловіків; Ж – показник у досліджуваних жінок.

Як видно з таблиці 2, у групі хворих із нефростомами відзначається статистично значиме більше обмеження соціального функціонування, ніж у групі зі стентуванням (показник LSA серед чо-

ловіків у групі з нефростомами $34,42 \pm 5,2$ та $37,52 \pm 2,8$ серед жінок у порівнянні з цими ж параметрами у групі зі стентуванням – $64,32 \pm 5,7$ та $66,35 \pm 6,2$ відповідно, $p < 0,05$). Очевидно, це обумовлено

наявністю зовнішнього дренажу та пов'язаним з ним психологічним і фізичним дискомфортом. Водночас, у групі хворих зі стентуванням відзначалось погіршення показників LURAE, BP, VT та GMH у представників обох статей.

Вочевидь, вірогідне погіршення емоційного стану на рольове функціонування, підвищена інтенсивність больових відчуттів та зниження настрою у групі зі стентуванням можуть бути пояснені наявністю дизуричних розладів внаслідок ендовезикальних маніпуляцій, подразненням уро-

телию стентом та проведенням повторної цистоскопії для видалення стенту, а загальне зниження життєвої активності у цій групі може бути обумовлене тривалішим терміном знаходження дренажу в сечових шляхах у порівнянні з групою хворих із нефростомами (7 ± 1 vs 14 ± 1 діб $p < 0,05$) та, відповідно, необхідністю довше перебувати під активним спостереженням уролога.

Результати анкетування досліджуваних пацієнтів із застосуванням опитувальника QLQ-C30 представлено у таблиці 3.

Таблиця 3

Результати анкетування досліджуваних пацієнтів із застосуванням опитувальника QLQ-C30

Шкала QLQ-C30	Нефростомія		Стентування		t	p
	Ч	Ж	Ч	Ж		
	M ± Δm	M ± Δm	M ± Δm	M ± Δm		
QL2	52,45±3,1	48,23±2,4	54,27±2,8	49,37±1,9	1,02	>0,05
PF	61,23±4,7	62,44±3,1	60,43±5,5	59,17±3,3	0,34	>0,05
RF	54,78±3,8	56,73±4,6	54,62±2,3	57,15±4,9	0,28	>0,05
EF#	51,73±4,2	54,63±5,1	35,58±4,8#	37,64±5,7#	2,69	<0,05
CF	58,23±1,8	59,28±6,4	56,62±7,2	53,24±1,8	0,52	>0,05
SF#	32,53±2,7#	34,48±4,1#	49,61±3,7	53,83±4,2	3,94	<0,05
FA#	55,33±3,7	49,24±1,6	23,51±6,2#	25,36±4,8#	2,15	<0,05
NV	23,56±1,9	24,43±2,7	21,66±3,4	22,31±2,0	0,31	>0,05
PA#	46,22±3,5	49,41±5,8	27,54±2,8#	29,33±7,1#	2,37	<0,05
DY	29,64±3,7	31,57±4,2	32,47±6,1	30,44±5,3	0,93	>0,05
SL#	50,86±1,8	51,07±4,2	34,52±4,1#	32,27±3,5#	2,41	<0,05
AP#	33,27±5,7	38,72±3,8	20,46±4,7#	22,13±2,5#	2,20	<0,05
CO	26,75±5,2	27,87±6,4	25,38±4,9	24,21±6,3	1,12	>0,05
DI	47,54±7,1	45,25±6,0	49,14±6,8	51,56±8,2	1,05	>0,05
FI	55,68±2,6	54,84±1,8	51,18±5,3	57,38±2,4	0,31	>0,05

Примітки: # – статистично значиме погіршення показника; Ч – показник у досліджуваних чоловіків; Ж – показник у досліджуваних жінок.

Як видно із наведеної таблиці 3, відзначається статистично значиме погіршення якості життя у групі хворих зі стентуванням за параметрами емоційного функціонування (EF), виснаженості (FA), болю (PA), безсоння (SL) та втрати апетиту (AP). Натомість, у групі хворих із нефростомами відзначається вірогідне погіршення показника соціального функціонування. Вказані негативні зміни якості життя у хворих з досліджуваних груп цілком можна пояснити особливостями функціонування нефростомічного та сечовідного дренажів.

Зрозуміло, що проведення малоінвазивних маніпуляцій негативно відображається на загальному стані пацієнта, проте альтернативи застосуванню сечовідних стентів та нефростом на даний час немає [3, 11]. Питання якості життя хворих із гострим обструктивним піелонефритом є предметом активного вивчення окремих фахівців.

Joshi H.B. та співавтори у 2001 та 2003 рр. зазначили, що майже 80% хворих зі встановленими сечовідними стентами виявляли дискомфорт різного ступеня, асоційований з наявністю катетера. На основі аналізу історій хвороб 309 пацієнтів зі вста-

новленими сечовідними стентами науковці розробили власний опитувальник, який дозволяє визначити вплив цієї малоінвазивної маніпуляції на суб'єктивний стан пацієнта. Відзначено суттєве покращення якості життя хворих після видалення стентів за всіма параметрами [8, 9].

Leibovici D. та співавтори у 2005 році на основі вивчення історій хвороб 135 пацієнтів підкреслили негативний вплив стентування сечоводів на загальний стан хворих та наголосили на необхідності розробки чітких показів до цього методу лікування. За даними дослідників, наявність сечовідних стентів асоціюється з дизурією, частішими та імперативними позивами до сечовипускання у 40%, 50% та 55% хворих відповідно. Больовий синдром, макрогематурія або катетер-асоційована лихоманка були відзначені у 32%, 42% та 15% хворих [10].

Про вплив різних видів довготривалого дренирування верхніх сечових шляхів на якість життя хворих із сечокам'яною хворобою вказували Дорончук Д.Н. та співавтори у 2010 р. Авторами відзначено, що використання малоінвазивних методик загалом негативно впливає на якість життя хворих,

а перевага належить методикам внутрішнього дренивання. Щоправда, на результати і висновки авторів вплинув той факт, що вивчався вплив саме тривалого знаходження дренажів, тому очевидно, що наявність нефростоми протягом значного проміжку часу спричиняє суттєві незручності у соціальному та фізичному функціонуванні хворих [1].

Таким чином, представлені результати власного дослідження свідчать про помірне погіршення за багатьма параметрами якості життя хворих із гострим обструктивним пієлонефритом, пролікованих із застосуванням малоінвазивних методик. Хоча суттєва частка патологічної симптоматики обумовлена основною патологією, проте наявність дренажів у сечовивідних шляхах також спричиняє суттєвий дискомфорт для хворого.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Дорончук Д.Н. Оценка качества жизни больных мочекаменной болезнью в зависимости от метода дренирования верхних мочевыводящих путей / Д. Н. Дорончук, М. Ф. Трапезникова, В. В. Дутов // Урология. — 2010. — № 2. — С. 6—11.
2. Шуляк О.В. Урология: [підручник] / О.В. Шуляк, С.О. Возіанов, О.Б. Баніра. — Л., 2012. — 492 с.
3. Chew B.H. The use of stents in contemporary urology / B.H. Chew, B.E. Knudsen, J.D. Denstedt // Curr Opin Urol. — 2004 Mar. — Vol.14(2). — P. 111—115.
4. Costanza R. Quality of Life: An Approach Integrating Opportunities, Human Needs, and Subjective Well-Being / R. Costanza, B. Fisher, S. Ali [et al.] // Ecol. Econ. — 2007. — Vol. 61— P. 267—276.
5. Easterlin R.A. Explaining happiness // Proc. Natl. Acad. Sci. — 2003. — Vol.100. — P. 11176—11183.
6. Fayers P.M. On behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition) / P.M. Fayers, N.K. Aaronson, K. Bjordal [et al.] // Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels 2001. — P. 15—47.
7. Greenley J.R. Measuring Quality of life: a new and practical survey instrument / J.R. Greenley, J.S. Greenberg, R. Brown // Social Work. — 1997. — Vol.42. — P. 244—254.
8. Joshi H.B. Indwelling ureteral stents: evaluation of quality of life to aid outcome analysis / H.B. Joshi, A. Stainthorpe, F.X. Keeley Jr [et al.] // J Endourol. — 2001. — Vol.15(2). — P. 151—154.
9. Joshi H.B. Ureteral stent symptom questionnaire: development and validation of a multidimensional quality of life measure / H.B. Joshi, N. News, A. Stainthorpe [et al.] // J Urol. — 2003. — Vol.169(3). — P. 1060—1064.
10. Leibovici D. Ureteral stents: morbidity and impact on quality of life / D. Leibovici, A. Cooper, A. Lindner [et al.] // Isr Med Assoc J. — 2005. — Vol.7(8). — P. 491—494.
11. Regalado S.P. Emergency Percutaneous Nephrostomy / S.P. Regalado // Semin Intervent Radiol. — 2006. — Vol. 23(3). — P. 287—294.
12. Ware J.E. Jr. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection / J.E. Ware Jr, C.D. Sherbourne // Med Care. —1992. — Vol.30(6). — P. 473—483.

O.O. BUCHOK

A. Novak Transcarpathian Regional Clinical Hospital, Uzhhorod

IMPACT OF URINARY DRAINAGE OPTION ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ACUTE OBSTRUCTIVE PYELONEPHRITIS

This article presents the results of prospective observational study aimed to determine the quality of life (QoL) in patients with acute obstructive pyelonephritis treated by percutaneous nephrostomy or ureteral stenting. 242 patients were divided on two groups. In Group 1 (n=123) it was performed emergent percutaneous nephrostomy, while in Group 2 (n=119) ureteral stenting was made. For definition of QoL parameters there have been used the standard international questionnaires SF-36 and EORTC QLQ-C30. Obtained results are demonstrating the negative impact of ureteral stenting on certain QoL aspects including emotional functioning, fatigue, pain, insomnia and appetite loss. At the same time, according to presented data the short-term percutaneous nephrostomy negatively influence on patient's social activities. Other parameters of QoL in both groups were not differed significantly. In conclusion, generally ureteral stenting in patients with acute obstructive pyelonephritis is worse tolerated compare to short-time percutaneous nephrostomy.

Key words: quality of life, acute obstructive pyelonephritis, nephrostomy, stenting

Стаття надійшла до редакції: 6.08.2014 р.