

**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”**

Cu titlu de manuscris
CZU: 616.36-004-089 (043.2)

Darii Eugeniu

**CALITATEA VIEȚII PACIENȚILOR OPERAȚI PENTRU CIROZĂ
HEPATICĂ ÎN RAPORT CU METODELE DE TRATAMENT
CHIRURGICAL APLICATE**

321.13 - CHIRURGIE

Teză de doctor în științe medicale

Conducător științific:

Hotineanu Vladimir

Doctor habilitat în științe medicale,
Profesor universitar, academician AȘ

Autor:

Darii Eugeniu

Chișinău, 2018

© DARIU Eugeniu, 2018

CUPRINS

| | |
|--|------------|
| ADNOTARE (română, rusă, engleză)..... | 5 |
| LISTA ABREVIERILOR | 8 |
| INTRODUCERE | 9 |
| 1.CONCEPTUL DE CALITATE A VIEȚII ÎN MEDICINĂ | 15 |
| 1.1 Calitatea vieții – instrument de evaluare a rezultatelor terapeutice..... | 15 |
| 1.2 Abordări metodologice privind măsurarea și evaluarea calității vieții..... | 21 |
| 1.3 Implicațiile diagnosticului și tratamentului asupra calității vieții..... | 31 |
| 1.4 Concluzii la capitolul 1..... | 42 |
| 2. CARACTERISTICA MATERIALULUI ȘI A METODELOR DE CERCETARE | 43 |
| 2.1 Caracteristica generală a loturilor de studiu..... | 43 |
| 2.2 Metode de cercetare și de acumulare ale datelor primare..... | 47 |
| 2.3 Metode de tratament aplicate..... | 52 |
| 2.4 Prelucrarea matematico-statistică a materialului..... | 57 |
| 2.5 Concluzii la capitolul 2..... | 58 |
| 3.IMPACTUL MEDICAL AL TEHNICILOR CHIRURGICALE ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII PACIENȚILOR DIN CAZUISTICA CERCATATĂ | 59 |
| 3.1. Elaborarea și adaptarea în limba română a chestionarului SF-LDQOL specializat pentru cercetarea calității vieții pacienților hepatici..... | 59 |
| 3.2. Particularitățile clinico-evolutive și profilul calității vieții pacienților la etapa de admitere în studiu..... | 65 |
| 3.3. Evaluări privind implicațiile tratamentului chirurgical asupra calității vieții pacienților din cadrul studiului și observarea în dinamică a indicilor ce o măsoară | 84 |
| 3.4. Concluzii la capitolul 3..... | 107 |
| 4. REZULTATE TERAPEUTICE ȘI CERCETĂRI PRIVIND ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII VIEȚII BOLNAVILOR CIROTICI CU STATUS POSTCHIRURGICAL | 109 |
| 4.1. Caracteristicile statusului clinico-socio-profesional al pacienților cirofici la un | |

| | |
|--|------------|
| interval între 1-5 ani după intervenția chirurgicală practică..... | 109 |
| 4.2. Analiza cazuisticii prin prisma impactului intervenției de recuperare medicală postoperatorie asupra calității vieții pacientului cirotic chirurgical asistat..... | 119 |
| 4.2.1. Rezultatele reabilitării medico-sociale a pacienților cirolici cu tromboză de venă portă postsplenectomie..... | 122 |
| 4.2.2. Impactul protocolului endoscopic asupra calității vieții pacientului cirotic cu status postchirurgical..... | 129 |
| 4.3. Studiul efectelor terapiei antivirale asupra calității vieții pacientului cirotic operat..... | 134 |
| 4.4. Concluzii la capitolul 4..... | 141 |
| CONCUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI PRACTICE..... | 143 |
| BIBLIOGRAFIE..... | 145 |
| ANEXE..... | 161 |
| DECLARAȚIE PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII..... | 189 |
| CV-UL AUTORULUI..... | 190 |

ADNOTARE

Darii Eugeniu, “Calitatea vieții pacienților operați pentru ciroză hepatică în raport cu metodele de tratament chirurgical aplicate”.

Teză de doctor în științe medicale, Chișinău, 2018

Lucrarea este expusă pe 145 de pagini de text imprimat, constă din introducere, 4 capitole, concluzii generale, recomandări practice, rezumat în limbile română, rusă, engleză și indice bibliografic cu 201 referințe; include 38 figuri, 48 tabele și 11 anexe. Rezultatele au fost relatate în 35 publicații științifice.

Cuvinte-cheie: ciroză hepatică, intervenție chirurgicală, calitatea vieții, chestionarul SF-LDQOL, SF-36, terapia antivirală.

Domeniul de studiu: chirurgie, hepatologie, sociologie.

Scopul tezei: Evaluarea calității vieții pacienților operați pentru ciroză hepatică în raport cu tipurile de tratament chirurgical aplicate.

Obiectivele tezei: adaptarea în spațiul românesc a chestionarului SF-LDQOL elaborat pentru aprecierea calității vieții pacientului hepatic; evaluarea calității vieții și determinarea particularităților psihometrice ale pacienților de interes chirurgical, diagnosticați cu ciroză hepatică; analiza diferențelor de calitate a vieții în raport cu tipurile de tratament chirurgical aplicat și observarea în dinamică a indicilor ce o măsoară; corelarea rezultatelor terapeutice pe termen lung și a factorilor ce influențează dinamica calității vieții pacienților cirofici chirurgical asistați; elaborarea unui protocol de asistență medicală perioperatorie și analiza relației dintre schema de tratament utilizată și modificările calității vieții.

Noutatea și originalitatea științifică: în rezultatul cercetărilor științifice a fost validată versiunea română a chestionarului SF-LDQOL, inclusiv metodologia online de prelucrare a indicilor calității vieții; au fost studiate particularitățile modificărilor calității vieții pacienților cu ciroză hepatică și analizat impactul chirurgiei hipertensiunii portale corelat cu tehnica aplicată. S-au stabilit factorii care influențează calitatea vieții fapt ce a contribuit la adoptarea strategiei chirurgicale, planului terapeutic și de monitorizare postoperatorie pe termen lung.

Problema științifică soluționată în teză constă în evaluare complexă și dinamică a componentelor calității vieții cu chestionare consacrate, capabile să ofere o imagine reală a impactului cirozei hepatice, a terapiilor chirurgicale practicate și a protocolului de asistență terapeutică perioperatorie asupra stării de sănătate.

Semnificația teoretică și valoarea aplicativă a lucrării: rezultatele obținute au permis perfectarea metodologiei și ameliorarea calității vieții pacienților cirofici chirurgical asistați. În baza cercetării a fost elaborat protocolul de abordare terapeutică perioperatorie prin mijloace multidisciplinare cu implicații favorabile pentru bolnavi. Rezultatele studiului au fost aplicate în procesul didactic și curativ al Clinicii de Chirurgie nr. 2 și Departamentului de Medicină Internă, USMF „Nicolae Testemițanu”, fiind reflectate în 3 acte de implementare.

ANNOTATION

Darii Eugeniu, "The Quality of Life of Patients Operated for Liver Cirrhosis in relation to Surgical Methods of Treatment".

PhD thesis, medical sciences. Chişinău, 2018

The work is exposed on 145 pages of printed text, consists of introduction, 4 chapters, general conclusions, practical recommendations, abstracts in Romanian, Russian, English and bibliographic index with 201 references; includes 38 figures, 48 tables and 11 annexes. The results were reported in 35 scientific publications.

Key words: liver cirrhosis, surgery, quality of life, SF-LDQOL questionnaire, SF-36,

Field of study: surgery, hepatology, sociology.

Purpose of the thesis: Evaluation of the quality of life of patients treated for liver cirrhosis in relation to the types of surgical treatment applied.

Objectives of the thesis: adaptation of the SF-LDQOL questionnaire in Romanian space; determining the psychometric peculiarities of the quality of life of patients diagnosed with cirrhosis of the liver; dynamic, long-term analysis of quality of life differences in relation to the types of surgical treatment applied; the analysis of therapeutic results and changes in quality of life in relation to the treatment scheme used in a perioperative medical care protocol.

Novelty and scientific originality: adaptation in the Romanian space of the SF-LDQOL questionnaire elaborated for the appreciation of the quality of life of the hepatic patient; assessing the quality of life and determining the psychometric particularities of patients of surgical interest diagnosed with cirrhosis; analyzing the differences in quality of life in relation to the types of surgical treatment applied and the dynamic observation of the indices that measure it; the correlation of long-term therapeutic outcomes and factors influencing the quality of life of surgically assisted cirrhotic patients; developing a protocol for perioperative medical care and analyzing the relationship between the treatment schedule and changes in the quality of life.

The scientific problem solved in the thesis consists in a complex and dynamic evaluation of the quality of life components with well-established questionnaires able to provide a real picture of the impact of hepatic cirrhosis, surgical therapies and the protocol of perioperative therapeutic assistance on the state of health.

Theoretical significance and applicative value of the work: the results obtained allowed the methodology to be finalized and the quality of life of surgically assisted cirrhotic patients improved. Based on the research, a protocol for perioperative therapeutic approach was elaborated by multidisciplinary means with favorable implications for the patients. The results of the study were applied in the didactic and curative process of the Surgery Clinic no. 2 and the Department of Internal Medicine, USMF "Nicolae Testemitanu", being reflected in 3 acts of implementation.

АННОТАЦИЯ

Дарий Евгений. «Качество жизни оперированных больных с циррозом печени с учетом применяемого метода хирургического лечения»

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
Кишинёв, 2018

Работа изложена на 145 печатных страницах, состоит из введения, 4 глав, выводов и практических рекомендаций, содержит 48 таблиц и 38 рисунков. Библиография представлена 201 источниками. Полученные результаты опубликованы в 35 научных работах.

Ключевые слова: цирроз печени, качество жизни, опросники SF-36 и SF LDQOL.

Область исследования: хирургия, гепатология, социология

Цель диссертации: оценка показателей качества жизни больных с циррозом печени с учетом влияния хирургических методов их лечения

Задачи исследования: создать адаптированный вариант национальной версии специального международного опросника SF-LDQOL для изучения показателей качества жизни больных; исследовать особенности качества жизни больных циррозом печени до хирургического лечения; изучить динамику и характеристику изменений показателей качества жизни прооперированных больных с учетом типа выполненной операции; представить отдаленные результаты лечения и влияния их на качества жизни оперированных больных; оценка эффективности различных схем медицинской и социальной реабилитации данной группы больных.

Научная новизна: разработан единый методологический подход к оценки качества жизни больных циррозом печени нуждающихся в хирургическом лечении. Доказано, что динамическое наблюдение за качеством жизни оперированных больных циррозом печени, посредством двух опросников (SF-36 и SF-LDQOL), является клинической потребностью позволяющее моделировать тактику и стратегию введения послеоперационного периода, улучшить результаты лечения и качество жизни.

Решенная научная задача. Научная проблема, решаемая в диссертации, состоит в комплексной и динамической оценке закономерностей изменения компонентов качества жизни с учетом влияния хирургической терапии и протокола периоперационной терапевтической помощи на самочувствие.

Теоретическая значимость и ценность работы. Исследование позволило выработать хирургический и терапевтический алгоритмы ведения больных с циррозом печени. Результаты исследования были внедрены в практическую деятельность Республиканской клинической больницы и используются в учебный процесс Медицинского госуниверситета им. Н.Тестемицану (Республика Молдова).

LISTA ABREVIERILOR

BHC – boala hepatică cronică

BEA – score Baseline Event Anticipation

CH – ciroză hepatică

CV – calitatea vieții

HRQL – health related quality of life

DVA – devascularizarea azygo-portală

DVA + SPLL – devascularizarea azygo-portală + splenectomie laparoscopică

DVA+SPLT – devascularizarea azygo-portală + splenectomie tradițională

EASL – European Association for the Study of the Liver

FGDS – fibrogastroduodenoscopie

TH – transplant hepatic

HTP – hipertensiune portală

HBV – hepatită virală B

HCV – hepatită virală C

HDV – hemoragie digestivă variceală

ICV – indicele calității vieții

OMS – Organizația Mondială a Sănătății.

MCS – Strea de sănătate mintală

MELD – Model for End-stage Liver Disease

PBS – peritonită bacteriană spontană

PCS – starea de sănătate fizică

SF-36 – (Short-Form36)

SF-LDQOL – Short-Form Liver Disease Quality of life

TAVS – tromboza axului venos spleno-portal

VE – varice esofagiene

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

INTRODUCERE

Actualitatea temei și importanța problemei abordate. Boala hepatică cronică (hepatitele cronice și ciroza hepatică) constituie, pe plan mondial și național, o problemă majoră de sănătate publică cu implicații deosebite în domeniul medical și social [6, 17, 120]. Cu o prevalență în continuă creștere, hepatitele și ciroza hepatică sunt cele mai frecvente boli dintre afecțiunile cronice gastrointestinale care, survenite pe un teren polipatologic și plurietiologic, îmbracă forme diferite, sechelele multiple afectând calitatea vieții și prognosticul vital [37, 60].

Tratamentul bolii hepatice cronice, obiectivele terapeutice ale căruia sunt gestionarea simptomelor bolii, menținerea unui grad de funcționalitate hepatică și ameliorarea calității vieții, s-a schimbat și îmbunătățit considerabil în ultimii ani. Literatura recentă atestă însă că, în ciuda progreselor terapeutice obținute prin introducerea medicației antivirale, gesturilor endoscopice profilactice și curative, procedurilor radiologice intervenționiste, intervențiilor chirurgicale paliative, minim invazive și radicale, ciroza hepatică reprezintă încă o cauză majoră a morbidității și mortalității [61, 89, 152, 184].

Potrivit OMS, se apreciază că, RM ocupă o poziție de lider în clasamentul de decese cauzate de CH (116 decese la 100.000 locuitori) [8, 10, 11, 23, 24]. Cu toate că tratamentul de bază al cirozei hepatice este cel medical, terapia chirurgicală și terapia de transplant rămâne o modalitate terapeutică electivă, rezervată pentru pacienții cu evoluție complicată și risc vital sau pentru cazurile de eșec al tratamentului medical/endoscopic. Intervențiile chirurgicale adresate cirozei hepatice sunt considerate benefice în tratamentul diferitor complicații severe ale HTP (hemoragii variceale, splenomegalie asociată cu hipersplenism sever, ascită, PBS) .

Există dovezi în literatura de specialitate că prezența cirozei hepatice cu prognostic rezervat este asociată cu apariția unei deteriorări severe a calității vieții acestor subiecți [46, 63, 109]. Cunoașterea acestora și evaluarea atentă, complexă a efectului tratamentului este deosebit de importantă pentru eficientizarea mecanismelor de adaptare la noua condiție a pacientului chirurgical asistat. Tendința de bază din ultimii ani în chirurgia HTP prin CH constă în evaluarea impactului bolii și a efectivității intervențiilor terapeutice și chirurgicale, aprecierea cărora s-a mutat de la evaluarea clinică, făcută prin cuantificarea severității simptomelor sau prin indicatori de morbiditate și mortalitate, spre o apreciere holistică care cuprinde alte consecințe ale bolii precum dizabilitatea și funcționarea, calitatea vieții, nevoia de servicii medicale care pot ameliora CV și satisfacția generate de utilizarea lor [67].

Sub aspect practic, calitatea vieții pacienților suferinzi de afecțiuni cronice hepatice a constituit și constituie subiect de cercetare interdisciplinară extrem de important pentru abordarea terapeutică globală. În ultimii ani multe studii au încercat să cuantifice schimbările calității vieții

pacienților cu ciroză hepatică, spre regret, majoritatea acestora au fost realizate pe loturi terapeutice neomogene de pacienți, cu aplicarea diferitor metode de urmărire a efectului realizat în raport cu gestul terapeutic practicat [63, 179, 194].

Termenul de „calitate a vieții” se referă la percepțiile subiective atât ale pacientului cât și ale medicului, este o reflectare a capacității individuale de a se adapta noilor condiții evolutive ale bolii cronice.

Măsurarea calității vieții este dificilă, problematică și constituie o colecție complexă, dinamică, de dimensiuni obiective și subiective, sociale și individuale, pozitive și negative ce interacționează continuu. Trebuie menționat faptul că, actualmente este investigat insuficient impactul real al intervențiilor chirurgicale asupra calității vieții pacientului cirotic, corelarea acesteia cu tipul operației practicate, cu severitatea cirozei hepatice și cu rata complicațiilor postoperatorii. Se impune, în acest context, de a realiza o analiză cu interpretare cantitativă și calitativă a implicațiilor diagnosticului și tratamentului asupra stării de sănătate și asupra nivelului de calitate a vieții, a gradului de adaptare psihologică și socială după diferite tipuri de intervenții chirurgicale. Prin cercetarea literaturii de specialitate autohtone proporția lucrărilor științifice care abordează CV pacienților hepatici s-a dovedit a fi foarte mică și are un caracter sporadic. Nu a fost, deocamdată, estimată CV bolnavilor cirolici de interes chirurgical. Sunt necesare studii de evaluare ale calității vieții cu ajutorul chestionarelor specifice consacrate bolii hepatice, capabile, de-a lungul diferitelor etape de tratament, să ofere o imagine complexă a percepției pacientului asupra propriei stări de sănătate.

Lipsa unor astfel de instrumente a limitat până în prezent dezvoltarea unor servicii specializate în R. Moldova, deoarece rezultatele studiilor de specialitate din străinătate nu pot fi extrapolate pe cazuistica noastră.

Astfel, cu referire la problematica prezentată, este o nevoie iminentă de dezvoltare, traducere și adaptare a versiunii române a unui chestionar specific pentru evaluarea gradului în care BHC și procesul terapeutic influențează CV pacientului. Evaluarea calității vieții este importantă și atunci când facem referire la monitorizarea în timp a evoluției BHC în cazul pacientului cirotic chirurgical asistat aflat într-un proces de reabilitare medicală.

Deși există dovezi incontestabile privind beneficiile reabilitării pacientului cirotic operat, această măsură continuă să fie aplicată insuficient. Lipsa unui standard de evaluare a procesului de îngrijire medicală postoperatorie într-o manieră dinamică, prin instrumente valide, justifică utilizarea CV ca unul dintre parametrii de studiu a evoluției bolii sub tratament. Controversele enumerate mai sus susțin actualitatea cercetării și argumentează necesitatea studiului în domeniu, atât din punct de vedere științific, cât și practic.

Scopul studiului. Evaluarea calității vieții pacienților operați pentru ciroză hepatică în raport cu tipurile de tratament chirurgical aplicate.

Am elaborat următoarele obiective specifice:

1. Adaptarea în spațiul românesc a chestionarului SF-LDQOL elaborat pentru aprecierea calității vieții pacientului hepatic.
2. Evaluarea calității vieții și determinarea particularităților psihometrice ale pacienților de interes chirurgical, diagnosticați cu ciroză hepatică.
3. Analiza diferențelor de calitate a vieții în raport cu tipurile de tratament chirurgical aplicat și observarea în dinamică a indicilor ce o măsoară.
4. Corelarea rezultatelor terapeutice pe termen lung și a factorilor ce influențează dinamica calității vieții pacienților cirofici chirurgical asistați.
5. Elaborarea unui protocol de asistență medicală perioperatorie și analiza relației dintre schema de tratament utilizată și modificările calității vieții.

Inovația științifică a rezultatelor obținute.

- Acest studiu este prima cercetare clinico-sociologică la nivel național a modificărilor calității vieții pacienților cirofici cu indicație chirurgicală.
- În premieră, a fost elaborată și utilizată versiunea română a chestionarului internațional SF-LDQOL, instrument specific, predefinit pentru evaluarea calității vieții pacienților cu boli cronice hepatice, fiind determinată frecvența optimă de monitorizare a rezultatelor evaluărilor.
- În premieră, au fost studiate rezultatele chirurgiei hipertensiunii portale, verificate prin evaluarea dinamică postoperatorie a modificărilor calității vieții corelate cu tipul de intervenție și severitatea bolii.
- Este primul studiu interdisciplinar de calitate a vieții care aduce argumente în sprijinul ideii că, utilizarea oportună și argumentată a intervenției chirurgicale și măsurilor curative perioperatorii asigură succesul demersului terapeutic și influențează pozitiv parametrii calității vieții, fapt reflectat prin evoluția scorurilor chestionarelor (SF-36 și SF-LDQOL).
- În cadrul cercetărilor efectuate s-au obținut date cantitative și calitative, care au servit drept bază pentru elaborarea algoritmului de supraveghere și protocolului terapeutic de abordare individuală a managementului în perioada postoperatorie.

Problema științifică importantă soluționată în lucrare. Originalitatea studiului propus constă în faptul că, este primul studiu interdisciplinar a calității vieții la bolnavii cu ciroză hepatică tratați chirurgical, efectuat la noi în țară, care evaluează impactul tehnicilor de chirurgie ale HTP în timp.

Semnificația teoretică și valoarea aplicativă a studiului.

1. Sistematizarea abordării metodologice la studiul calității vieții pacienților cirofici cu indicație chirurgicală optimizează cercetarea științifică și practică în acest domeniu.
2. Rezultatele interviuării pacienților din lotul studiat demonstrează facilitatea chestionarului specific SF-LDQOL, făcând posibilă monitorizarea modificărilor calității vieții sub tratament și modelarea strategiei terapeutice, luând în calcul dimensiunile cele mai afectate.
3. În cadrul cercetărilor efectuate s-au obținut date cantitative și calitative despre dinamica parametrilor CV, evoluției bolii, care au servit drept bază pentru elaborarea algoritmului de supraveghere postoperatorie a pacienților cirofici operați.
4. Un element de originalitate este oferit de elaborarea și implementarea în practică a modului computerizat pentru culegerea și gestionarea informațiilor despre evoluția CV pacienților cirofici operați utilizând ca metodologie completarea periodică a chestionarului SF-LDQOL online.
5. Din perspectivă clinică respectarea standardelor de îngrijiri terapeutice perioperatorii și completarea cunoștințelor medicilor reprezintă priorități în sistemul medical actual, care aduc beneficii semnificative asupra evoluției bolii și asupra calității vieții implicit.

Structura și compartimentarea studiului

Lucrarea este expusă pe 145 pagini și este constituită din următoarele compartimente: introducere, 4 capitole de cercetări originale, concluzii, recomandări practice și un indice bibliografic care citează 201 de surse. Materialul iconografic: 48 tabele și 38 figuri.

Aprobarea rezultatelor lucrării

Rezultatele lucrării au fost prezentate și discutate la nivelul următoarelor foruri științifice de nivel național și internațional: Congresul al III-lea de Gastroenterologie și Hepatologie cu participare internațională (Chișinău, 2013); Conferința Națională de Gastroenterologie și Hepatologie cu participare internațională (Chișinău, 2014); Congresul al XII-lea al Asociației Chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din Republica Moldova (Chișinău, 2015); Conferințele științifice anuale ale Colaboratorilor și Studenților USMF „Nicolae Testemițanu” (Chișinău, 2012, 2014, 2015); Reuniunea a XXXVII-a a chirurgilor din Moldova „Iacomi-Răzeșu”(2015, Piatra Neamț, România); Congresul XXVI Național de Chirurgie din România (2012); Congresul Național de Chirurgie cu tema „Chirurgia de azi – chirurgia viitorului” (Sinaia, România, 2016); XXIII Международный Конгресс Ассоциации Гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии» (Минск, 2016 г.); Reuniunea internațională de chirurgie (2016, Iași, România); Conferința „Zilele medicale ale Sucevei” ediția

a V-a (România, 2016); Conferința științifică „Nicolae Anestiadi” – Nume Etern al Chirurgiei Basarabene” (Chișinău, 2016).

Materialele tezei au fost aprobate la ședința „Catedra de Chirurgie nr. 2 a USMF „N. Testemițanu” (proces-verbal nr. 1 din 30.12.2014), audiată la Comitetul de Etică al Cercetării (aviz favorabil nr. 63 din 18.06.2015) și la Seminarul științific de profil, specialitatea 321.13 - Chirurgie (proces verbal nr. 3 din 25.06.2015).

Publicații la tema tezei. La tema tezei au fost publicate 35 lucrări științifice, inclusiv 20 articole (unul indexat SCOPUS) și o îndrumare metodică. Pe parcursul studiului s-au elaborat 3 inovații, propuse pentru introducerea în protocolul național „Ciroza hepatică la adulți”.

Contribuția personală a autorului în obținerea rezultatelor. Contribuția personală a cercetării autorului include planificarea, proiectarea, organizarea, participarea la tratament și evaluarea în perioada post-operatorie, colectarea și sistematizarea materialului clinic, analiza statistică a rezultatelor, pregătirea publicațiilor pe tema tezei, formularea concluziilor și recomandărilor practice.

Sumarul compartimentelor tezei. În introducerea se prezintă caracteristica generală a cercetării, este argumentată și abordată și include actualitatea problemei, sunt formulate scopul și obiectivele, inovația științifică, semnificația și valoarea aplicativă a lucrării.

Capitolul 1 „**CONCEPTUL DE CALITATE A VIEȚII ÎN MEDECINĂ**” relatează informații valoroase privind cercetările științifice realizate în domeniul de interes. Sinteza literaturii de specialitate reflectă o serie de aspecte cu tangențe la metodologia actuală privind elementele de apreciere ale calității vieții. Pe larg sunt expuse implicațiile diagnosticului și tratamentului asupra calității vieții pacientului cirotic operat. Sunt analizate și discutate rolul metodelor terapeutice în diagnosticul și monitorizarea acestor pacienți. Au fost relevate argumente ce pledează în sprijinul ideii acestei cercetări. Informația acumulată din review-ul sistematic al literaturii de specialitate a ghidat reflecțiile autorului asupra protocolului de studiu.

Capitolul 2 „**CARACTERISTICA MATERIALULUI ȘI A METODELOR DE CERCETARE**” conține principiile de abordare metodologică, sunt descrise tendințele actuale ale cercetărilor la subiectul abordat în teză, sunt prezentate materialele și metodele folosite în cadrul studiului, precum și designul de dezvoltare a acestuia. Studiul complex a inclus rezultatele evaluării calității vieții sub tratament a unui eșanșion de 191 de pacienți cu ciroză hepatică divizați în 2 loturi: 96 pacienți cirofici tratați sindromal, hepatotrop (lotul control), 95 de pacienți tratați

chirurgical (lotul de studiu). În protocolul de examinare a pacientului detaliat sunt prezentate criteriile de includere/excludere în eșanșionul de cercetare și chestionare.

Capitolul 3 „**IMPACTUL MEDICAL ȘI AL TEHNICILOR CHIRURGICALE ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII PACIENȚILOR DIN CAZUISTICA CERCETATĂ**” conține rezultatele cercetării proprii. Cele 3 subcapitole încorporează adaptarea în limba română a chestionarului SF-LDQOL elaborate de calitate a vieții pacienților hepatici, informații importante asupra modului în care CH și gestul chirurgical aplicat influențează CV. Din contribuțiile originale ale capitolului desprindem analiza comparativă a CV și a indicilor ce o măsoară la diferite etape, elucidarea rezultatelor utilizării și interpretării anchetei în raport cu modalitatea chirurgicală de tratament.

Capitolul 4 „**REZULTATE TERAPEUTICE ȘI CERCETĂRI PRIVIND ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII VIEȚII BOLNAVILOR CIROTICI CU STATUS POSTCHIRURGICAL**” prezintă protocolul practic de dispensarizare și urmărire în evoluție a statusului clinic și socio-profesional postoperator. Sunt analizate detaliat și separat rezultatele programului de recuperare medicală diferențiată posttratement chirurgical, la distanță, propuse metode (scheme) de tratament bine definite și monitorizat impactul acestora asupra evoluției CV și bolii hepatice cronice.

Compartimentul final prezintă viziunea generală a autorului asupra acestui studiu redată în concluzii generale care reiese în urma acestei cercetări și inserează recomandări practice concrete orientate spre ameliorarea calității vieții pacienților cu ciroză hepatică chirurgical asistați.

Cuvinte-cheie: ciroza hepatică, calitatea vieții, anchetă, chestionar generic SF-36 și specific SF-LDQOL, devascularizare azygo-portală, transplant hepatic, morbiditate și mortalitate.

1. CONCEPTUL DE CALITATE A VIEȚII ÎN MEDICINĂ

1.1. Calitatea vieții – instrument de evaluare a rezultatelor terapeutice

În ultimii ani aprecierea impactului bolii și a efectivității intervențiilor de îngrijire a sănătății s-a mutat de la evaluarea clinică făcută prin cuantificarea simptomelor sau indicatorilor de mortalitate spre o apreciere holistică, care cuprinde alte consecințe ale bolii: fenomenul de dizabilitate și funcționalitate, indicele de calitate a vieții, nevoia de servicii și satisfacția generată de utilizarea lor [67].

În literatura de specialitate, calitatea vieții este asociată cu „starea subiectivă de bine”, „fericire sau satisfacție față de viață”. Modelul de “calitatea vieții legată de sănătate” - health related quality of life (HRQL) poate fi definit prin ansamblu elementelor care se referă la impactul sănătății și asistenței medicale asupra calității vieții. În 1948, Organizația Mondială a Sănătății a definit sănătatea ca fiind nu doar absența unei boli ori a unei infirmități, ci prezența unei stări de bine la nivel fizic, mintal și social [96].

Termenul de "calitatea vieții" a devenit operațional la mijlocul secolului trecut fiind oficial recunoscut în literatura medicală în anul 1977, și a apărut în «Cumulated Index Medicus» definit fiind prin ansamblu elementelor care se referă la percepție multidimensională, emoțională sau psihologică a stării de bine, funcționalitate fizică, simptome și tratament ale afecțiunii evaluate. Din acel moment, calitatea vieții (CV) a captat atenția cercetătorilor și a stat la baza a numeroase controverse în ultimii ani fiind considerată ca un concept dual, care încorporează atât aspecte pozitive, cât și aspecte negative, ale stării de bine și ale vieții [26, 39, 64].

Cu toate acestea, bibliografia referitoare la studiile și cercetările în domeniul chirurgiei hipertensiunii portale dedicate calității vieții pacienților cirofici este relativ redusă, insuficient sistematizată până la nivelul unor criterii de evaluare ale relației „operație - calitatea vieții”. În literatură sunt unele publicații care demonstrează că, calitatea vieții trebuie să prezinte corelația cu actul chirurgical, cu evoluția bolii hepatice cronice, ceea ce constituie temeiul unei conduite de tratament corespunzător [24, 109, 157, 174].

Datele din literatură relevă că, calitatea vieții în legătură cu starea de sănătate reprezintă un indice integral care se referă la impactul bolii și al tratamentului asupra pacientului în percepția proprie a acestuia (Tabelul 1.1). De aceea, conceptele ei includ multiple aspecte, cu rolul de a identifica nevoile de sănătate ale celor ce suferă de diferite afecțiuni, precum: stare fizică, stare psihologică, stare socială, stare spirituală, simptomele, munca și rolul funcțional, interacțiunile sociale, starea psihologică, efectele secundare ale tratamentului și costurile financiare ale bolii [67, 74, 90, 110, 131, 157, 158, 164].

Tabelul 1.1. Criteriile și componentele ce determină calitatea vieții.

| Parametrii | Componentele |
|--------------------------|--|
| Fizici | Efort fizic, energie, oboseală, durere, disconfort, odihnă, somn |
| Psihologici | Emoții pozitive, gândire, studiere, memorizare, concentrație, atenție, concept de sine, aspect extern, griji negative |
| Nivelul de independență | Activitate de zi cu zi, de performanță, dependența de medicamente și de tratament |
| Viața publică și socială | Relațiile personale, valoarea socială a subiectului, activitate sexuală |
| Mediu extern | Bunăstare, de siguranță, de viață, de securitate, accesibilitatea și calitatea serviciilor medicale și asistență socială, informații de acces, posibilitatea de educație și formare, de agrement, ecologie |
| Spiritualitate | Religie, convingeri personale |

Este bine cunoscut faptul că fiecare dintre aceste domenii sunt importante pentru planificarea și evaluarea rezultatelor tratamentului medical și chirurgical realizat pacienților. În cele din urmă, Mărgineanu I. [93] prezintă definiția calității vieții plecând de la premise că acest concept nu poate fi separat de elementele care îl determină și îl definesc în același timp (bunăstarea, dezvoltarea umană, capitalul social, calitatea societății, excluderea/incluziunea socială, etc.). Analizând și sintetizând evoluția opiniilor științifice cu privire la dezvoltarea categoriei CV, autorul definește calitatea vieții ca ansamblul elementelor care se referă la condițiile fizice, starea economică socială, culturală, politică, de sănătate etc. în care trăiesc oamenii, conținutul și natura activităților pe care aceștia le desfășoară, caracteristicile relațiilor și procesele sociale la care participă, bunurile și serviciile la care au acces, modelele de consum adoptate, stilurile de viață, evaluarea împrejurărilor și rezultatele activităților desfășurate, stările subiective de satisfacție/insatisfacție, fericire, frustrare etc. Totodată, Carr A. G [15] definește CV prin gradul în care speranțele și ambițiile proprii se realizează în viața cotidiană, percepția poziției vieții persoanei în contextul cultural și axiologic în care trăiește în raport cu scopurile, aspirațiile, standardele și preocupările proprii, evaluarea stării personale de sănătate, prin raportare la un model ideal.

În urmare, calitatea vieții în relație cu sănătatea este un concept nou care are o multitudine de definiții, toate corecte, dar nici una nu acoperă întreaga extensiune a noțiunii, considerat dual,

care incorporează atât aspecte pozitive, cât și aspecte negative, ale „stării de bine” și ale vieții individului.

Datele contemporane în ceea ce privește calitatea vieții din perspectivă medicală sau calitatea vieții în legătură cu sănătate indică legătură cu multidimensionalitatea acestui concept, dar relevă că există disensiuni în legătură cu definirea parametrilor care alcătuiesc acest „sistem ipotetic”[15]. Organizația mondială a sănătății definește calitatea vieții ca fiind „percepția individului asupra propriei vieți, în contextul cultural și social în care trăiește în relație cu scopurile, așteptările și standardele sale” (WHOQOL Group, 1995, p. 1405).

Prin analogie cu definiția de mai sus, calitatea vieții este considerată de mulți experți ca unul dintre parametrii cheie în studiul rezultatelor de tratament, ca obiectiv major pentru pacient și clinicieni [155, 156, 173, 182]. Deasemenea, literatura științifică medicală relevă că conceptul de calitate a vieții implicat în managementul sănătății și bolii este utilizat cu diferite sensuri, dar trebuie luată în considerare unitatea tridimensională, adică bio-psiho-socială a individului (bunăstarea psihologică, socială, funcționarea emoțională, performanțele, satisfacțiile de viață, suport social etc.) [12, 23, 74, 151, 152, 163]. Această teorie a fost confirmată de cercetările recente, rezultatele cărora subliniază importanța coroborării tratamentului de protecție hepatică cu terapia combinată, adresat concomitent funcției fizice și componente psihologice, oferită de o echipă multidisciplinară. În situațiile clinice, acestea contribuie la îmbunătățirea nivelului calității vieții pacienților sub toate aspectele, preferând atingerea unui nivel calitativ mai ridicat al sănătății individului cu un impact mare în elaborarea de strategii diagnostic-curative, informațiile calitative ale cărora pot fi transformate în date cantitative prin intermediul scorurilor obținute [16, 23, 45, 54, 73].

În ultimii ani, așa cum rezultă din datele literaturii de specialitate, a crescut brusc interesul de caracter la subiectul calitatea vieții persoanelor cu diferite probleme de sănătate [64, 74, 92, 100, 183, 199]. Explicațiile posibile constau în importanța practică a acesteia care rezidă din cauza mai multor factori, și anume: o atenție sporită rezultatelor terapeutice pe termen lung; incidența tot mai mare a bolilor cronice, în care scopul tratamentului este de multe ori îmbunătățirea funcției, mai degrabă decât de recuperare și implicit, cantitativ, parametri biologici nu sunt întotdeauna informativi în analiza „cost-eficiența” gestului terapeutic practicat.

S-au realizat și sunt în curs de cercetări continuă studii privind calitatea vieții la bolnavii oncologici, cardiovasculari, neurologici, la cei cu suferințe psihice, rezultatele acestora fiind promovate în practica medicală curentă ca puncte de referință pentru a caracteriza îmbunătățirea calității vieții acestor categorii de pacienți [43, 54, 63, 80, 156, 167].

Șirul cercetărilor științifice continuă și azi. Sunt propuse mai multe metode de cercetare care pot fi divizate în trei grupe cu avantajele și dezavantajele lor: 1) metodele generale – descriu resursele disponibile pentru întreaga populație; 2) metodele individualizate – studiază cazuri individuale sau populații mici; 3) metodele specifice bolii – evaluarea persoanelor cu anumite boli sau intervenții medicale. Pe de altă parte, există multiple domenii în care se utilizează pe larg analiza calității vieții, din punct de vedere al sănătății [6, 10, 12, 30, 31, 38, 39, 151, 152]: studii de monitoring în sănătate (medicină preventivă); evaluări de eficacitate a programelor și a reformelor în domeniul îngrijirii sănătății; studii clinice privind analiza eficacității noilor medicamente și tratamente noi; evaluarea eficienței tratamentelor tradiționale, monitorizarea individuală cu referire la funcționalitatea globală a bolnavului în raport cu sănătatea acestora; calitatea vieții în programe medicale cel mai des utilizate ca un criteriu de evaluare a eficacității tratamentului în diferite domenii; criteriu pentru determinarea eficacității noilor medicamente; factor de prognostic; indicator al eficienței programelor de reabilitare; aprecierea rezultatelor îngrijirii paliative.

Cercetând sursele bibliografice la tema studiului, am constatat că începând cu anii '80 ai secolului XX, o deosebită contribuție la dezvoltarea conceptului de CV în Chirurgie la nivel Național și Regional îi revine savantului Vladimir Hotineanu care a studiat problemele evaluării și diferențierii CV pacientului operat pentru patologia pancreasului, colonului și hipertensiunii portale prin ciroză hepatică [63, 66]. Astfel, recunoscând importanța calității vieții pacientului chirurgical asistat, autorul vine cu una din primele abordări, demersul său teoretic și practic referindu-se la obligativitatea analizei CV pre- și postoperator. Ca soluție, a evidențiat necesitatea imperioasă a elaborării metodologiei de identificare și autoapreciere a nivelului stării de sănătate și utilizării unor indicatori de măsurare a categoriei calității vieții. Pe de altă parte, autorul definește CV ca un concept nou fiind considerat mai mult un construct, o categorie socio-economică și medicală ce oglindește gradul de eficacitate al intervenției terapeutice aplicate, în funcție de satisfacerea pacientului prin realizarea rolului său social, dezvoltarea relațiilor interpersonale. Cele relatate ne determină să constatăm că, în cazul serviciilor de sănătate, îmbunătățirea calității vieții legată de sănătate a fost și rămâne o necesitate majoră.

Datele de cercetare demonstrează faptul că evaluarea nivelului calității vieții este des încorporată în trialurile randomizate care evaluează tratamentele cirozei hepatice, boală cu impact sever asupra calității vieții tradus prin restructurarea stilului de viață și necesitatea unor investigații și tratamente periodice, de durată, adesea cu eficiență minimă.

Reeșind din sinteza de literatură, constatăm că preocupările privind analiza consecințelor afecțiunilor cronice hepatice și compararea tratamentelor din punct de vedere al nivelului stării de

sănătate devine la fel de importantă ca și alți indicatorii și constituie o temă serioasă și importantă de sănătate publică dată atât de numărul mare de bolnavi aflați în această situație de suferință cronică, cu durată de ani sau zeci de ani, cu implicații sociale care rezultă din acest context, cât și de problemele economice ridicate de îngrijirea acestor pacienți ce se adresează atât manifestărilor clinice ale bolii, cât și aspectelor legate de funcționare, dizabilitate și invaliditate. Review-ul sistematic al literaturii de specialitate arată că BHC are un impact serios asupra sănătății pacientului cirotic, caracteristicile socio-demografice fiind influențate, uneori decisiv, de evoluția clinică, rata complicațiilor și mortalitatea care cresc direct proporțional cu complexitatea leziunilor hepatice și sunt reprezentate de: dizabilitate funcțională hepatică (morbiditate, invaliditate, mortalitate, inserția socială, dezvoltarea psihosomatică) [50, 61, 101, 188]. Acești indicatori asociați cu indicatorii ce se referă la condițiile habituale de muncă (viață, condițiile de lucru, nivelul educativ-sanitară a populației caracterizează starea de sănătate a acestui contingent de bolnavi, speranța de viață, durata de supraviețuire [10, 15, 17]. Important de reținut că, atât existența problemei cât și povara clinică, economică și socială asupra societății pot fi înțelese din câteva trăsături comune caracteristice cirozei hepatice [15, 50, 101, 188, 193, 201]:

- Ciroza hepatică, patologie complexă, se definește ca fiind stadiul final, ireversibil al bolilor hepatice cronice și reprezintă peste jumătate din patologia gastroenterologică.
- Impactul deosebit al bolii în populație, gravitatea și evoluția ei insidioasă, imprevizibilă, cu o perioadă lungă de incapacitate de muncă solicită un efort de asistență și este consumatoare de mari resurse [13, 17];
- Boala este o provocare pentru medicul internist, gastroenterolog și chirurg deoarece asocierea cu hipertensiunea portală instalată evolutiv determină modificări ce stau la baza dezvoltării ulterioare a celor mai severe complicații: hemoragie digestivă superioară prin sângerarea varicelor esofagiene sau gastropatia hipertensivă; hemoragie digestivă inferioară; ascita; encefalopatie hepatică; hipersplenism; insuficiență metabolică hepatică; hipoxemia arterială; bacteriemia [5, 28, 81];
- Se apreciază că, pacienții diagnosticați cu ciroză hepatică trăiesc un disconfort profund cu implicații majore atât la nivel individual cât și asupra sistemului medical, care se reflectă mai ales asupra calității vieții, constatare care sugerează necesitatea unui studiu complex al impactului bolii și al tratamentului acesteia asupra tuturor aspectelor vieții [34, 88, 109];
- Ciroza hepatică reprezintă o adevărată problemă de sănătate publică cu implicații socio-economice grave, atât prin creșterea fenomenului de dizabilitate cu un impact major asupra familiilor acestora și comunității, cât și prin costuri înalte ale spitalizării și tratamentului [6, 36, 120];

- În regiunea OMS pentru Europa, mortalitatea specifică prin boli hepatice cronice și ciroză de 116 decese la 100.000 locuitori, plasează R. Moldova pe primul loc [60, 62, 89, 122].

În ciuda creșterii exponențiale a noilor metode de prevenire se remarcă că, aproximativ două milioane de oameni din întreaga lume sunt purtători de hepatita B și cca 350 de milioane prezintă infecție cronică [89, 96, 120].

În același timp, se estimează că 170 de milioane de persoane sunt infectate cu virusul hepatitei C. Prevalența cirozei hepatice în Republica Moldova crește de la 202,2 în anul 2002 la 296,1 în anul 2012, mai spectaculoasă fiind prevalența cirozei de etiologie virală [6, 36, 60, 63].

Statisticile OMS raportează că, numărul deceselor cauzate de ciroză este estimat la aproximativ 800.000 în an, peste 70% din cazurile de mortalitate prin boli digestive datorându-se cirozei hepatice [30, 36, 37, 38]. Luând în considerație aceste aspecte, actualmente se pune accentul pe o preocupare a forurilor științifice medicale care abordează pacienții cu hepatopatii cronice din perspectivă pluridisciplinară – biomedicală, psihologică, socială, socio-demografică și a eficacității în plan medical-curativ, recuperativ și resocializant pentru acești pacienți [41, 92, 109, 179].

Strategia pentru Regiunea Europei prevede că, toate statele membre ar trebui să construiască mecanisme eficiente în scopul asigurării calității îngrijirilor acordate pacienților în cadrul sistemelor lor de sănătate, care implicit duc la creșterea calității vieții pacienților, dimensiunile căreia sunt: accesul la îngrijirile de sănătate; îngrijiri de sănătate adecvate; eficacitatea asistenței medicale; continuitatea îngrijirilor; eficiența; problemele de perspectivă ale pacienților; siguranța mediului în care se asigură asistența medicală; îngrijiri furnizate la timp; acceptabilitatea socială a îngrijirilor de sănătate – gradul la care îngrijirile primite au un efect dorit cu minim de efort, cheltuieli sau timp din punctul de vedere al pacientului [30, 37, 38, 89, 109, 120, 152].

În general, introducerea punctului de vedere al pacientului în studiile calitative și de evaluare a eficienței intervențiilor medicale urmărește să integreze o abordare, care privește pacientul ca pe o unitate bio-psiho-socială complexă și este un instrument care ajută clinicianul să dezvolte planuri diagnostico-terapeutice utile la creșterea eficienței tratamentului aplicat, fiind importante pentru efectuarea screening-ului pentru identificarea pacienților cu risc de dezvoltare al complicațiilor postterapeutice.

Practica arată că evaluarea stării de sănătate și a factorilor care o condiționează reprezintă o etapă obligatorie în elaborarea oricărei strategii, deoarece identificarea problemelor majore de

sănătate și ierarhizarea lor, a factorilor condiționali și a constrângerilor, permit formularea de alternative terapeutice, de obiective strategice și de măsuri în vederea realizării lor [96].

Este necesar de a menționa că până în prezent lucrări în acest domeniu sunt puține la număr. De remarcat faptul, că în rezultatul creșterii performanțelor medicinei curative, an de an se prelungește speranța de viață și supraviețuirea pacienților cu afecțiuni cronice, aflați în stadii grave [15, 17, 57, 68, 172, 184]. Reeșind din sinteza de literatură se constată că, direct sau tangențial, elucidarea diverselor aspecte legate de statusul bio-psiho-social rămâne încă o discrepanță majoră între utilizarea teoretică și practică a calității vieții ca obiectiv și indice al eficienței serviciilor medicale [96]. Astfel, activitatea de îmbunătățire a calității vieții trebuie să urmeze un proces ciclic de continuă analiză, axându-se pe principiul „tratează pacientul, nu boala”. În general, introducerea punctului de vedere al pacientului în studiile calitative și de evaluare a eficienței intervențiilor medicale urmărește să integreze o abordare, care privește pacientul ca pe o unitate bio-psiho-socială complexă și este un instrument care ajută clinicianul să dezvolte planuri diagnostico-terapeutice utile la creșterea eficienței tratamentului aplicat, fiind importante pentru efectuarea screening-ului pentru identificarea pacienților cu risc de dezvoltare al complicațiilor postterapeutice. Din această perspectivă activitatea de cercetare trebuie orientată pe de o parte, spre elucidarea mecanismelor patogenetice și a metodelor terapeutice ale suferințelor cronice hepatice și, pe de altă parte, spre evaluarea calității vieții prin noi măsurători ale deznodământului bolii, deoarece multe instrumente au fost dezvoltate fără o referire clară la un concept de bază care să permită ulterior să se facă comparații între diferite populații clinice.

1.2. Abordări metodologice privind măsurarea și evaluarea calității vieții

Evaluarea calității vieții în cadrul populației de pacienți cu ciroză hepatică este considerată un adjuvant al activității clinice, dovedindu-se a fi un predictor bun al prognosticului și un indicator important al morbidității și mortalității [63, 77, 82, 123, 146]. Preocupările privind îmbunătățirea CV pacienților hepatici sunt din ce în ce mai numeroase, mai ales în cazul terapiei hepatitelor cronice și cirozei hepatice debilitante, care generează costuri mari pentru tratament [77, 82, 92, 123, 194]. Există studii care arată că pentru validarea succesului terapeutic se impune o evaluare cât mai complexă, necesară identificării parametrilor clinici, paraclinici și funcționali, importanți în urmărirea efectelor tratamentului și indicatorilor utili în monitorizarea individuală a prognosticului pacienților [80, 88, 110, 176]. Autorii specifică că, corelațiile între impactul bolii cronice hepatice, beneficiile tratamentului aplicat și calitatea vieții pe care acestea le comportă trebuie cuantificate de medic în particular pentru fiecare pacient.

În ultimii ani au fost realizate noi instrumente de măsurare ale stării de sănătate concepute pe baza principiilor autoevaluării, cu rolul de a identifica nevoile de sănătate ale celor ce suferă de diferite afecțiuni, de a observa eficiența serviciilor medicale pentru a vedea în ce măsură aceste servicii duc la o creștere a nivelului de mulțumire a pacienților [21, 37, 92, 155, 158].

Studiul strategiei diagnostice și curative ține să urmărească evoluția calității vieții și oportunitatea gestului terapeutic practicat. Se cunosc două modalități de măsurare ale calității vieții în medicină - obiectivă, și anume evaluarea calității vieții pacientului de către o altă persoană (de obicei, un medic), și subiectivă, care implică autoevaluarea.

Odată cu avansarea tehnicilor de măsurare socială, s-au făcut diverse încercări de a măsura calitatea vieții ca un „întreg”, prin agregarea unei varietăți mari de măsuri obiective [26, 31, 54, 73, 155, 176]. În contextul practic, evaluarea calității vieții trebuie să fie globală și să cuprindă mai multe domenii: simptomele așa cum sunt percepute și raportate de pacient, funcția fizică, activitatea profesională și casnică, interacțiunile sociale, starea psihologică, efectele secundare ale tratamentului și percepția bolii de către bolnav [45, 63, 165, 176].

Studiile de calitate a vieții încearcă să cuantifice statutul pacienților cu boală hepatică cronică inițial utilizând evaluări considerate obiective, cum sunt evaluările clinice și evaluările funcționării hepatice efectuate de profesionist în baza observațiilor sale [21, 40, 55, 151, 155, 163]. De aceea se citează că, contribuția măsurării CV în elaborarea deciziei clinice terapeutice rămâne un subiect de cercetare interdisciplinară (medical, psihologic, social, socio-economic).

Potrivit datelor raportate, FDA „Food and Drug Administration” a introdus în modelul calității vieții, termenul de „patient reported outcomes” (rezultate raportate de către pacient), formulat ca „o cuantificare a dimensiunilor statusului de sănătate care provine direct de la pacient”. Mai mult, s-au adus argumente și s-au propus o serie de parametri oferiți pentru selecția instrumentelor, care utilizează rezultatele raportate de către pacienți, atunci când aprobarea unui gest terapeutic este bazată pe rezultatele raportate de către pacienți. Studiile realizate au arătat existența unor corelații între calitatea scăzută a vieții și un status hepatic deficitar, precum și corelația între statusul socio-economic și calitatea vieții [113, 119, 165, 183].

Din dorința de a măsura cât mai exact starea de sănătate, într-un mod cât mai complex, utilizând domenii variate ale stării de sănătate au fost construiți indicatori sintetici, globali, multicriteriali [21, 41, 54, 73, 155]. În contextul practic se presupune măsurarea CV legată de sănătate prin scale pe care le completează pacientul chestionat, care trebuie să cuprindă mai multe criterii: indici bazați pe perceperea subiectivă a sănătății/bolii, pe incapacitatea funcțională, pe simptomele așa cum sunt percepute și raportate de către pacient, evaluând funcția fizică, activitatea profesională și casnică, interacțiunile sociale, starea psihologică, efectele secundare ale

tratamentului și percepția bolii de către bolnav [16, 24, 31, 74, 152]. Potrivit datelor bibliografice, instrumentele de autoevaluare cu mai mulți itemi care măsoară multidimensional starea de sănătate, în funcție de scop, pot fi de două tipuri: „profilul” - care furnizează informații despre nivelul fiecărei dimensiuni, fără a le combina pentru a obține un scor al stării generale de sănătate și „indexul” - care îmbină dimensiunile stării de sănătate într-un singur scor, care descrie starea generală de sănătate. Se specifică, că limitele utilizării acestor instrumente sunt măsuri descriptive ale stării de sănătate, neavând capacitatea de a prezice evoluția și de a detecta nivelele scăzute ale invalidității.

Pentru clinicieni, scopul evaluării calității vieții la pacienții cu BHC constă în evaluarea efectelor terapiei asupra simptomatologiei și identificarea impactului negativ al bolii asupra activităților zilnice [2, 78, 123, 164]. În consecință, analizele consacrate calității vieții sunt tot mai prezente în preocupările tuturor specialităților medicale, numărul și aria de cuprindere al acestora fiind tot mai diversă în evaluarea efectelor fizice, psihice și sociale ale îmbolnăvirilor și tratamentelor medicale; în analiza efectelor tratamentelor sau bolii, din punctul de vedere al pacientului, precum și în determinarea nevoilor pacientului de suport psihic, fizic și social pe durata îmbolnăvirii [70, 96, 128, 173, 200]. Modelul oferit de medicina contemporană: boală – tratament – vindecare nu este suficient în cazul pacientului hepatic, deoarece alegerea instrumentului trebuie să se țină cont de scopul studiului (diferențiere, previziune, evaluare), de tipul acestuia (cercetare, planificare) [70, 163, 183, 200]. Actualmente, cuantificarea calității vieții a devenit un element de actualitate al cercetărilor, scopul acestora fiind evaluarea într-o manieră standardizată și obiectivă a impactului bolii asupra activităților zilnice ale pacientului, asupra sănătății și a „stării de bine” [90, 92, 96, 128, 131, 173]. Una dintre cele mai importante probleme, este identificarea nevoilor speciale ale acestor bolnavi prin metoda autoevaluării calității vieții sub impactul patologiei cronice, prin autoevaluarea capacității de autoservire și autogospodărire, precum și identificarea restricțiilor impuse de sănătatea fizică și stările psiho-afective generate de boala cronică asupra vieții sociale [8, 12, 21, 24, 30, 31, 63, 161, 177]. Din aceste considerente se impune elaborarea metodologiei diagnostice unde există mai multe aspecte insuficient elucidate. Prin acumularea de date din literatura de specialitate constatăm: problema alegerii chestionarului optim pentru aprecierea CV își păstrează actualitatea, obiectivul major urmărit fiind instrumentele de măsurare a calității vieții, care, pentru a fi utile, trebuie să întrunească un minim de proprietăți psihometrice: fiabilitate, validitate, sensibilitate la schimbare și adecvare [70, 90, 96, 181, 194]. Instrumentele utilizate în cadrul studiilor au fost foarte variate. Principalele tipuri de instrumente de măsurare a calității vieții sunt:

- globale – desemnate să măsoare calitatea vieții în maniera cea mai generală;
- generice – se referă la parametrii accesibili aplicabili la majoritatea bolilor;
- specifice – sunt dedicate unei anumite boli sau unui grup de boli și evaluează efectele pe care le au acestea asupra calității vieții.

Studiile efectuate în acest domeniu au confirmat specificitatea și gradul înalt de informativitate ale multor instrumente de evaluare și analiză a calității vieții, precum și ale factorilor de risc în apariția deteriorării sănătății [90, 96, 181]. Potrivit datelor raportate, în pofida succeselor obținute, actualmente nu există încă un instrument care să poată fi considerat un standard de aur pentru evaluarea calității vieții.

Experții în acest domeniu consideră că măsurătorile specifice trebuie să aibă o sensibilitate foarte mare, să fie create cu un scop bine precizat și, de asemenea, pe un grup de lucru predefinit. Dezavantajul măsurătorilor globale și generice constă în faptul că întrebările sunt prea generale pentru a putea releva un concept punctual realizat în mod standardizat. Toate acestea nu facilitează înțelegerea dinamicii calității vieții legată de sănătate și a factorilor care determină și influențează bunăstarea subiectivă ca și aspect al sănătății psihice și fizice pentru această categorie de bolnavi. Pe de altă parte, prin sistematizarea instrumentelor de măsurare a bunăstării subiective create special pentru pacienții hepatici se dorește să se ofere o viziune de ansamblu în acest domeniu precum și cercetarea bunăstării subiective ale bolnavilor [21, 73, 77, 80, 120].

În ultimele două decenii au fost dezvoltate multe instrumente de acest gen [12, 15, 16, 102, 117]. Rezultatele cercetărilor au fost obținute în mai multe etape: construcția și validarea variabilelor care au fost analizate (chestionarele, itemele și scalele) urmată de testarea validității și fidelității instrumentelor de măsurare a bunăstării subiective. Experții în acest domeniu consideră că, printr-o analiză de regresie multiplă se pot identifica factorii (aspectele și domeniile vieții pacienților cu afecțiuni cronice hepatice) care cel mai mult contribuie la analiza legăturilor dintre scalele psihometrice ale bunăstării subiective și itemii care le compun, ale legăturilor dintre aceste scale, respectiv dintre acestea și indecșii calității vieții influențați de afecțiunile hepatice [70, 74, 90, 92, 93, 96, 182].

Toate aceste aspecte demonstrează că, dezvoltarea și sistematizarea eforturilor de măsurare a nivelului calității vieții nu a ajuns încă la o fază de maturitate și este în plină desfășurare [168, 173, 174, 183, 185, 200]. Prin acumularea de date științifice referitoare la estimarea nivelului calității vieții considerăm necesare noi metode de screening, de chestionare a evoluției clinice și a calității vieții pacienților cirofici cu sindrom de hipertensiune portală aflați sub tratament, precum și programe de recuperare medicală postchirurgie.

În funcție de domeniul folosit, și bolile cronice hepatice nu fac excepție, instrumentele de evaluare se folosesc în patru scopuri importante:

a) screening (detectia unui fenomen într-o populație), b) diagnostic, c) aprecierea importanței/severității unui fenomen (simptom, opinie, emoție, comportament) și d) evaluarea rezultatului unui demers curativ (pe termen scurt, mediu sau lung și rata succesului sau a reapariției/recăderii). Există o mulțime de inițiative de a măsura calitatea vieții legată de sănătate (indexuri, sisteme de indicatori), dar remarcăm numărul extrem de limitat al studiilor care, alături de “supraviețuirea globală” și „intervalul liber de boală” apreciază calitatea vieții legată de sănătate prin instituirea unor măsuri socio-economice cu sensibilitate înaltă, care constituie un obiectiv esențial al practicii medicale [12, 16, 70, 77, 119, 156, 158].

Având în vedere aceste constatări, lucrarea își propune să realizeze o sinteză a informațiilor acumulate în acest domeniu integrând astfel o perspectivă conceptuală, care să ofere o imagine cuprinzătoare, cu o serie de aspecte conceptuale și aplicative din domeniul problematicii studiate. În pofida faptului că au fost publicate multe studii și cercetări științifice, ce contribuie la perfecționarea metodelor de evaluare a calității vieții legată de sănătate, există o serie de probleme ce își așteaptă soluționarea.

Astfel, trecând în revistă literatura, Fromberg și Kane (1989) gasește o largă controversă privitor la strategia de măsurare a stării de sănătate. Ei consideră că există cinci probleme nerezolvate:

- care sunt dimensiunile relevante ale sănătății?
- cum trebuie să fie prezentată de respondent starea de sănătate (să evalueze fiecare dimensiune separat sau să o evalueze global)?
- Care metodă de evaluare trebuie să fie preferată (interviul standard, scala de evaluare)?
- Grupurile populaționale diferă în preferințele lor (populația generală, pacienții)?
- Cum pot fi controlate variabilele situaționale în așa fel încât măsurarea să fie acurată și confidentă?

Chiar dacă avantajele folosirii instrumentelor specifice bolii sunt evidente, procesul de selecție a unui instrument de măsură nu este totdeauna simplu deoarece, în esență alegerea unui instrument va depinde de tipul de evaluare. De fapt este vorba de a alege dimensiunile de măsurat și strategiile de măsurare. Rezultatele studiului bibliografic în domeniu sunt prezentate în Tabelul 1.2, care conține material adaptat după Orr I G [102] și oferă o sinteză a instrumentelor de măsurare a calității vieții în relație cu sănătatea pacienților hepatici, utilizate în practica internațională, incluzând și referințele studiilor.

Tabelul 1.2. Instrumentele generice de măsurare a calității vieții în relație cu sănătatea, abrevierile acestora și numărul de itemi [102].

| Instrumente | Format | Structură | Scoruri | Pro | Contra |
|--------------|-----------------------------|--|--|---|---|
| SF-36 | 36 itemi Likert | 2 scoruri generale: Componenta Fizică și Componenta Mentală 8 scoruri ale domeniilor: Funcționare Fizică, Rolul fizic, durere, stare generală de sănătate, vitalitate, funcționare socială, rol emoțional, sănătate mintală | * Toate domeniile și scorurile generale exprimate ca și T scoruri, unde 50 egalează media scorurilor normative US și 10 egalează cu devierea normală standard * Scorurile mai mari corespund la un HRQOL mai mare | *Cea mai folosită măsură generică *Multiple versiuni în limbi străine *Permite comparații cu alte boli *Scoruri de utilitate pot fi derivate folosind SF-6D *Înscris după norma de bază *Disponibilitatea formelor mai scurte (SF-8 and SF-12) | *Taxă de licență pentru utilizarea algoritmilor de notare *Normele US folosite pot fi diferite de datele normative de la alte populații |
| SIP | 136 itemi dihotomici | 12 domenii în 3 dimensiuni: 1. Categoriile independente: somn și odihnă, nutriție, lucru, organizarea de acasă, recreere și distracție. 2. Dimensiunea fizică: deplasare, mobilitate, îngrijirea corpului și mișcare. 3. Dimensiunea psihosocială: interacțiunea socială, comportament în stare de alertă, comportament emoțional, comunicare 1 scor general (pe o scară de la 0 la 100) | Toate domeniile și scorul general exprimat pe o scară de la 0 la 100. Scorurile mai mari corespund la o mai mare deteriorare a HRQOL | *Utilizare vastă *Permite comparații cu alte boli | *Poate fi împovăراتor pentru respondenți *Taxă de licență pentru utilizarea algoritmilor de notare *Nu sunt autorizate traducerile pentru limbi străine |
| NHP | 45 itemi dihotomici | 6 domenii: nivelul de energie, durere, reacție emoțională, somn, izolare socială, abilități fizice; 7 aspecte ale vieții sunt afectate: ocupații, lucru în casă, viața în casă, viața socială, viața sexuală, hobby-uri, vacanțe | *Scorurile domeniilor exprimate pe o scară de la 0 la 100. Scorurile mai mari corespund la o deteriorare mai mare a HRQOL *Aspecte afectate ale vieții: răspunsuri da/nu | *Nicio taxă de licență *Completare rapidă *Versiuni valide în limbi străine | *Mai puțin utilizat în cazul bolilor de ficat decât în cazul instrumentelor generice |

După cum observăm, studiile publicate în presa de specialitate în ultimii ani, constată că problema alegerii chestionarului optim pentru aprecierea CV își păstrează actualitatea și încă rămâne un subiect discutat și foarte important.

În mod normal, chestionarele sunt compuse din mai multe scale, care acoperă diverse sfere ale activității umane: socială, psihologică, emoțională, fizică, spirituală, economică și altele. Este

de remarcat faptul că, nici unul dintre instrumentele generice nu acoperă toate domeniile menționate, chiar și dacă cuprind numeroase scale de evaluare a calității vieții, investighează diferite domenii prin evaluarea nevoilor de bază, acordă o atenție deosebită problemelor specifice. Forma prescurtată a chestionarului Medical Outcome Study ce cuprinde 36 puncte (SF-36) a fost realizată ca indicator al stării de sănătate utilizat în studii populaționale, studii clinice, studii metodologice în populația generală [23, 29, 179], avantajele căruia constau în timpul scurt de completare, ceea ce justifică utilizarea acestuia în studii clinice sau în practica medicală. Structural, chestionarul SF-36 include o scală multiitem care măsoară fiecare din următoarele opt scoruri-itemi de sănătate: * funcționalitatea fizică, * limitarea de rol datorită unor probleme de sănătate fizică, * durerea, * sănătatea generală, * vitalitatea (energia/oboseala), * funcționalitatea socială, * limitarea de rol datorată problemelor emoționale, * sănătatea mintală (probleme psihologice și bunăstarea psihologică) și cuprinde două scoruri importante: scala componentei fizice și mintale [58, 77, 93, 140].

Din analiza literaturii de specialitate se observă că există două moduri diferite de interpretare a rezultatelor:

1. O metodă simplă, ce codează răspunsul fiecărei întrebări ca un scor de la 0 la 100, în așa fel încât scorurile mari reprezintă statusuri cât mai favorabile. Scorurile fiecărei întrebări sunt codate în pași multipli, depinzând de numărul punctelor interogatorii.

2. Un program computerizat ce memorează scorurile fiecărei scale și printează corespondente grafice.

În prezent, există o mulțime de chestionare: generale și specifice, care sunt în permanență îmbunătățite. Indiferent de metodologia aleasă pentru proiectarea sau implementarea sistemelor de măsurare a satisfacției clienților, în proiectarea acestor sisteme trebuie să se țină cont de anumite cerințe și principii: se evaluează fiabilitatea, validitatea, sensibilitatea la schimbare a chestionarelor specifice diferitor patologii, inclusiv cele pentru afecțiunile hepatice.

În timp, s-a sugerat necesitatea unor chestionare specifice pentru pacienții cu hepatopatii, din considerentul că acestea determină incapacitate funcțională care nu este capturată adecvat de cele mai multe instrumente generice. Studiile arată că instrumentele de măsurare a calității vieții referitoare la sănătatea pacientului cu suferință hepatică sunt dificil de realizat, pentru că apar multe probleme metodologice și conceptuale.

Datele prezentate în Tabelul 1.3 indică că, cele mai bine cotate instrumente specifice, care analizează impactul bolii hepatice asupra calității vieții sunt: chestionarul calității vieții în hepatite (HOLQ), chestionarul bolilor hepatice cronice (CLDQ), chestionarul calității vieții în afecțiunile

hepatice (LDQOL), și indexul simptomelor în afecțiunile hepatice 2.0 (LDSI 2.0), dar nici unul dintre aceste instrumente nu este adaptat și testat la limba română.

Tabelul 1.3. Instrumentele specifice de măsurare a calității vieții în relație cu sănătatea pacienților cu BHC, abrevierile acestora, numărul de itemi și publicația de referință [102].

| Instrumente | Format | Structură | Scoruri | Pro | Contra |
|---|-------------------------------------|---|---|---|---|
| Chestionar referitor la bolile cronice hepatice (CLDQ), Younossi <i>et al.</i> 1999 | 29 Itemi Likert | 6 domenii: simptome abdominale, oboseală, simptome sistematice, activitate, funcționare emoțională, griji 1 scor general | Domenii și scoruri generale exprimate pe o scară de la 1 la 7. Scorurile mai mari corespund la un mai mare HRQOL | Notare simplă | Poate să nu fie destul de sensibil ca să capteze micile variații în HRQOL |
| Chestionar referitor la calitatea vieții în cazul bolilor de ficat (LDQOL), Gralnek <i>et al.</i> 2000 | 75 Itemi Likert + Itemi SF-36 | 12 domenii hepatice specifice: simptome, efectele activităților a vieții de zi cu zi, de concentrare, de memorie, a funcției sexuale, probleme sexuale, somn, singurătate, lipsa de speranță, calitate de interacțiune socială, pericol asupra sănătății și stigmatizarea auto-percepută de boli de ficat | Toate domeniile înscrise pe o scară de la 0 la 100. Scorurile superioare corespund la un HRQOL mai bun | Poate fi mai sensibil decât CLDQ | Publicații în versiunea engleză sunt limitate |
| Chestionar referitor la calitatea vieții în cazul bolilor de ficat forma scurtă (SF-LDQOL), F. Kanwal, 2008 | 36 Itemi Likert + Itemi SF-36 | 9 domenii: simptome, efecte ale bolii de ficat, de memorie/ concentrare, somn, lipsa de speranță, primejdie, singurătate, stigmatizarea bolii de ficat și probleme sexuale 1 scor general | Toate domeniile înscrise pe o scară de la 0 la 100. Scorurile superioare corespund la un HRQOL mai bun | Poate fi mai sensibil decât CLDQ (de exemplu, răspunsurile pentru MELD) | Publicații limitate |
| Indexul simptomelor bolilor de ficat 2.0 (LDSI 2.0), Unal <i>et al.</i> 2001 | 18 Itemi Likert | 9 iteme de severitate a simptomelor: mâncărime, dureri articulare, dureri abdominale, somnolență în timpul zilei, griji referitoare la situația familială, scăderea poftei de mâncare, depresie, frica de complicații, icter 9 iteme de împiedicare a simptomelor | Iteme de severitate a simptomelor măsurate pe o scară de la 1 la 5. Scorurile mai mari corespund la o severitate mai mare a simptomelor. Iteme de împiedicare a simptomelor măsurate pe o scară de la 0 la 10. Scorurile mai mari corespund la un impact mai mare asupra activităților zilnice. | | *Publicații limitate *Valid numai în Olanda |

Literatura de specialitate [58, 140], consacrată problemei arată că, modelele conceptuale privind sănătatea devin din ce în ce mai sofisticate și rămâne de văzut în viitor dacă instrumentele specifice propuse sunt suficient de robuste, sau dacă trebuie dezvoltate altele noi.

Mai mult, majoritatea studiilor inventariate de noi constată, că conceptul și evaluarea calității vieții în îngrijirea pacientului cu suferință hepatică are nevoie de îmbunătățiri, evidențiind faptul că fiecare instrument a avut neajunsuri în evaluarea calității vieții [73, 88, 102].

Studiile relevă că, chestionare specifice asupra calității vieții din punct de vedere hepatic sunt mult mai sensibile la evaluarea modificărilor stării pacientului în cursul bolii sau în timpul

terapieii. Aceste modificări permit cuantificarea vieții pacienților și modificarea ei într-un timp relativ scurt.

Un studiu al literaturii de specialitate efectuat de Loria A. et al. [88] a relevat că cele mai utilizate instrumente specifice pentru a analiza impactul negativ al cirozei hepatice asupra calității vieții sunt CLDQ și LDQOL care asigură o abordare mai bună a pacienților. Rapoartele indică faptul că, aplicarea chestionarului LDQOL 1.0 [2, 54, 64, 73], este o metodă eficientă, care facilitează munca medicilor în cadrul evaluării calității vieții și conduce într-un final la conceperea și implementarea unui plan țintit de management al bolii cronice hepatice, indispensabil pentru practica medicală.

Din analiza surselor bibliografice naționale și internaționale este știut faptul că, administrarea chestionarelor de calitate a vieții este o muncă dificilă pentru echipele de studiu și sunt consumatoare de timp și energie pentru pacienți. De asemenea, administrarea și analizarea chestionarelor sunt costisitoare, iar analiza datelor este dificilă datorită mutiplexelor chestionare utilizate, înregistrându-se frecvent necompletarea răspunsurilor la itemi.

Recent a fost elaborat chestionarul SF-LDQOL care, în varianta lui scurtă, este mai ușor de utilizat în practică și are un nivel înalt de sensibilitate și specificitate pentru aprecierea calității vieții pacienților cu suferințe hepatice cronice [73]. Este de notat că, acest instrument nou are calități psihometrice bune validate în diferite studii internaționale. Analiza literaturii de specialitate ne-a permis să confirmăm specificitatea și gradul înalt de informativitate al acestuia, pentru evaluarea nivelului CV și determinarea factorilor de risc în deteriorarea acesteia [1, 2, 63, 77, 88]. Concomitent, prin estimarea SF-LDQOL pot fi evaluate principalele componente ale calității vieții legată de sănătate, și anume „simptomele bolii hepatice”, „consecințele bolii hepatice” și „problemele legate de boală”. Referitor la acest ultim aspect trebuie să menționăm faptul că itemii și scalele propuse în acest chestionar sunt ușor de aplicat în practică și pot fi apreciați la toate grupele de vârstă, atât preterapeutic cât și postterapie.

Mai mult, analiza factorială a chestionarului SF-LDQOL relevă utilitatea sa multidimensional structurată și flexibilă de redefinire a sensului vieții, cu un nivel bun al validității și al fidelității. Astfel, se poate spune ca instrumentul SF-LDQOL, aflat în atenția noastră, este adecvat scopului pentru care a fost construit.

În baza celor menționate, putem estima că, abordarea multilaterală și complexă a pacienților cu ciroză hepatică de interes chirurgical ar trebui să includă traducerea și adaptarea în limba română a acestui chestionar specific BHC, cu implementarea în practica medicală pentru o identificare mai bună a problemelor clinice și sociale, înțelegerea cărora ar putea fi un ajutor bun

medicinii autohtone. Aici însă, e de remarcat faptul, că traducerea chestionarelor recunoscute la nivel internațional și scorarea acestora include următoarele momente specifice: traducerea itemilor de un traducător bilingv; retraducerea în limba în care a fost concepută scala; compararea cu versiunea originală de 3 ori consecutiv; consiliu asupra traducerii. Următoarea etapă se referă la studiul pilot cu verificarea validității și fezabilității, fapt care corespunde experienței internaționale și recomandărilor OMS privind adaptarea instrumentelor de evaluare a calității vieții [37, 38, 152]. Mai mult decât atât, adaptarea acestor instrumente la limba română impune și un studiu amplu vis-a-vis de aprecierea sensibilității acestora la schimbare sau posibilitatea de a estima modificările dinamice după diverse intervenții chirurgicale sau terapeutice, aplicate pacienților cirofici cu hipertensiune portală. Acest fapt impune găsirea unor criterii operaționale pentru măsurarea calității vieții și pentru aprecierea influenței bolii sau intervenției terapeutice asupra evoluției stării de sănătate a bolnavului.

Unii autori discută despre lacunele metodologice legate de validarea chestionarelor și recomandă de a folosi scale hibrid pentru măsurarea multidimensională dinamică a calității vieții, manifestându-și astfel puterea de a crea anumite realități [8, 90, 102, 128, 163, 170] și acceptând ideea combinării unei măsuri generice (de exemplu: SF-36 sau SIP) cu o măsură specifică în boala cronică hepatică (de exemplu: LDQOL sau CLDQ), asigurând o abordare mai bună a calității vieții. Pentru oferirea unei priviri pozitive de ansamblu asupra calității vieții, este importantă validarea instrumentelor de măsură a calității vieții prin traducerea lor în limbajul pacientului din populația autohtonă.

O discuție mai amplă ar putea-o suscita evaluarea calității vieții bolnavilor cu suferințe hepatice, în general, și a celor asistați chirurgical pentru diverse complicații evolutive ale hipertensiunii portale, în special. Actualmente nu există încă un consens privind dimensiunile și indicatorii necesari pentru formularea unei priviri de ansamblu asupra calității vieții și nici dovezi clare privind eficacitatea tratamentelor, dar eforturile cercetătorilor sunt orientate către elucidarea acestor aspecte. Prin urmare, adaptarea instrumentelor de evaluare a calității vieții la limba română, precum și punerea lor în aplicarea practică pentru percepția bolii trebuie să fie o sarcină prioritară a asistenței medico-chirurgicale, cu toate avantajele ce reies de aici.

1.3. Implicațiile diagnosticului și tratamentului asupra calității vieții

Conform surselor recente [1, 2, 30, 36, 82, 88, 120, 195] implicațiile pe care bolile cronice hepatice le au asupra CV constituie o problemă majoră a sănătății publice și un subiect de cercetare interdisciplinară (medicală, psihologică, socială, socio-economică etc.). O trecere în revistă a literaturii de specialitate a decelat faptul că boala hepatică cronică rămâne până în prezent una dintre cele mai frecvente entități ale patologiei gastro-intestinale [39, 61, 62, 92]. Cercetarea efectuată de Zatonski și colegii, 2010 [21], indică faptul că aproximativ 0,1% din populația europeană este afectată de ciroză, ceea ce corespunde la 14-26 cazuri noi la 100 de locuitori/an, sau o cifră estimată la 170000 decese/an. Totodată, rata de progresie spre faza decompensată (consensul Baveno IV) este de aproximativ 60% după 10 ani de la stabilirea diagnosticului de ciroză hepatică [3, 58].

Conform anuarului statistic medical național, primele trei cauze de deces, în Republica Moldova, în anul 2012 le-au constituit: - bolile sistemului circulator (641,6 la 100 000 populație); - neoplazmele (163,2 la 100 000 populație); - hepatitele cronice și cirozele (81,6 la 100 000 populație) [6]. Modificările clinice și paraclinice sunt mai pregnante în ciroza hepatică decompensată parenchimos și vascular, cazuri în care supraviețuirea mediană este de aproximativ 2 ani [71, 78, 89]. Datele literaturii de specialitate relevă faptul că, în majoritatea cazurilor, ascita este prima și cea mai frecventă manifestare a decompensării, cu mortalitatea la 1 an de 15% și la 2 ani este aproximativ de 50% [17, 29, 50, 60]. Este cunoscut faptul că peste 50% dintre cei diagnosticați cu ciroză se decompensează într-un an și 90% în 10 ani, iar 30-50% dintre aceștia vor sângera la un moment dat, cu un risc de recurență al sângerării de 70% și prognostic nefast, decedând peste 50-70% [172, 184, 188, 190, 191, 192].

Sub acest aspect, pacientul cu ciroză hepatică nu întotdeauna poate tinde la însănătoșire. De aceea pentru bolnav, adesea este importantă nu prezența problemei, dar modalitatea de rezolvare a acesteia, natura îngrijirii paliative și posibilitatea ameliorării calității vieții legate de sănătate.

Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății [30], îngrijirea paliativă este o abordare, care îmbunătățește calitatea vieții pacienților, făcând față problemelor asociate cu boala amenințătoare de viață prin prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea corectă atât a tratamentului durerii cât și ale altor probleme fizice, psiho-sociale și spirituale. OMS a elaborat unele principii de bază, potrivit cărora îngrijirea paliativă:

- atenuează durerea și alte simptome chinuitoare;
- afirmă viața și consideră moartea ca pe un proces normal;
- nu grăbește și nici nu amână moartea;

- integrează aspectele psiho-sociale și spirituale ale îngrijirii pacientului;
- oferă un sistem de suport pentru a ajuta familia să facă față greutăților din timpul bolii;
- oferă un sistem de sprijin pentru a ajuta pacientul să ducă o viață cât mai apropiată de cea normală până la moarte;
- îmbunătățește calitatea vieții și poate influența pozitiv evoluția bolii;
- se bazează pe o abordare de echipă pentru a se putea adresa tuturor nevoilor pacientului și familiei, inclusiv prin servicii de suport în perioada de doliu, dacă este cazul;
- este aplicabilă în stadii timpurii ale bolii, în corelație cu o serie de alte terapii menite să prelungească viața, cum ar fi chimioterapia, radioterapia, și include investigații necesare unei înțelegeri mai bune și abordări ale complicațiilor clinice.

Pe baza acestor principii, am intenționat să elucidăm un screening al pacienților cu ciroză hepatică care, conform datelor din literatura de specialitate studiată, poate fi realizat pe baza relației de proporționalitate directă cu frecvența, severitatea, consecințele și disponibilitatea serviciilor medicale [21, 60, 86, 191]:

- în termenii *frecvenței*, cirozele hepatice sunt frecvente, dizabilitante și costisitoare [13, 21].
- din punctul de vedere al *severității*, povara morbidității, invalidizării precoce, inclusiv a persoanelor apte de muncă, precum și decesul prematur în urma cirozei hepatice, pot fi exprimate și ca perturbare a funcționării sociale, deoarece ciroza creează costuri directe considerabile pentru serviciile de sănătate, de asistență și de reabilitare a pacienților respectivi, iar invalidizarea reflectă pierderi în societate [17, 86].
- ciroza hepatică are *consecințe* importante atât pentru pacienți (suferințele cauzate de simptome, de calitatea mai scăzută a vieții, de pierderea independenței și a capacității de muncă, de integrarea socială mai redusă), cât și pentru familiile acestora (povara îngrijirilor și productivității economice diminuate) [60, 188, 191, 192].
- în ceea ce privește *disponibilitatea intervențiilor*: serviciile medicale trebuie să devină disponibile, pe măsura nevoilor, pentru a preveni complicațiile severe, care duc la invalidizarea precoce, precum și la deces prematur pe urma cirozei hepatice [35, 36, 86, 196, 201].
- pe lângă impactul pe care ciroza hepatică îl are asupra pacientului, aceasta determină și o povară financiară importantă asupra bugetelor naționale de îngrijiri de sănătate, ceea ce impune implementarea programului de măsuri de prevenție și de reabilitare [58, 59, 62, 120].

Orice afecțiune cronică hepatică reduce calitatea vieții, creează probleme psihologice, fapt care poate conduce la deteriorarea relațiilor familiale, de muncă, la izolarea socială. Realizările studiilor clinice și progresul tehnico-științific de ultimă oră au modificat într-o măsură considerabilă rezultatele în domeniul calității vieții. În același timp, trecerea bolii hepatice cronice în faza decompensată (rata anuală de 5-7%) se însoțește de o diminuare marcată a speranței de viață, a bunăstării fizice și psihice și are un impact negativ asupra calității vieții pacienților, tradus printr-o gamă variată de stări emoționale, mentale și comportamentale (teama pentru viitor, furie, depresie, negarea sau acceptarea bolii, etc). Cercetările bibliografice extinse [86, 109, 110] au accentuat că, pacientul cirotic prezintă un stres important tradus printr-o gamă variată de stări emoționale, mintale și comportamentale (teama pentru viitor, furie, depresie, negarea sau acceptarea bolii, etc). O evaluare a 15 studii observaționale clinico-statistice asupra stării generale de sănătate, care au comparat calitatea vieții bolnavilor cu hepatopatii cu a persoanelor aparent sănătoase, a constatat scăderi semnificative ale valorilor mediane în cazul funcționalității fizice (20,5%), stării generale de sănătate (19,6%), vitalității (14,4%), durerilor corporale (13,7%) și sănătății mintale (-10%) [25, 88, 109, 110, 146, 166]. Evidențele aduse ne-au permis să constatăm că există, de asemenea, un impact psihologic important al diagnosticului, iar prezența complicațiilor evolutive cauzează un grad înalt de anxietate. Prin urmare, atunci când abordăm subiectul legat de această entitate patologică, trebuie să luăm în calcul faptul că, boala hepatică cronică și complicațiile ei evolutive afectează percepția pacientului asupra lui însuși, a stării de bine fizice și psihologice, a vieții de familie și a interacțiunilor sociale în general. Totodată, este necesar de menționat că, calitatea vieții reflectă maniera în care hepatopatiile cronice, inclusiv ciroza hepatică, influențează negativ nivelul statusului global fizic și cognitiv, caracterul cărora este dependent de o serie de variabile: perioada de timp scursă de la diagnosticarea bolii, abilitățile cognitive, emoționale și sociale ale pacientului cronic, orientarea către căutarea și obținerea suportului emoțional și social, și altele.

În ultimii ani se ia tot mai mult în considerație rezultatele îngrijirilor medicale și chirurgicale care au început să fie evaluate în funcție de măsura în care ele îndeplinesc nevoile sau așteptările pacienților. O analiză sistematică a literaturii arată că diagnosticul și tratamentul cirozei hepatice asociate cu hipertensiune portală au cunoscut multiple modificări în ultimele decade, au condus la o reconsiderare și amplificare a interesului medicinei pentru consecințele psiho-sociale, cu o îmbunătățire în ceea ce privește prognosticul acestor pacienți [17, 27, 107, 136, 179]. Figura 1.1 prezintă schematic definirea implicațiilor bio-psiho-sociale ale cirozei hepatice (pacient de interes chirurgical) și elementelor clinice utilizate pentru aprecierea evoluției hepatopatiei cronice.

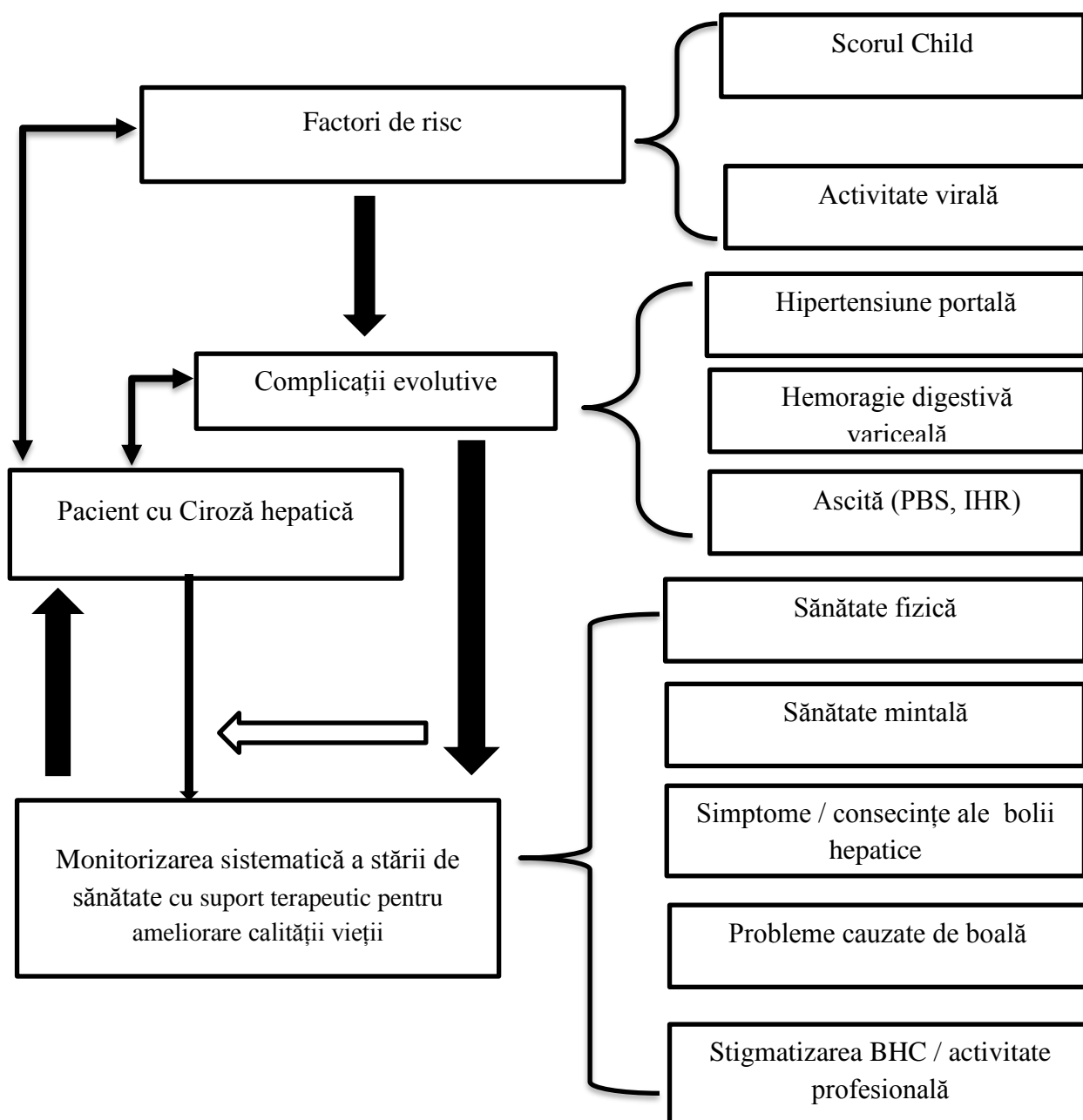


Fig. 1.1. Implicațiile bio-psiho-sociale ale cirozei hepatice (pacient de interes chirurgical).

Sursa: elaborată de autor în baza datelor din literatura de specialitate.

În țările spațiului postsovietic, în marea majoritate, calitatea acordării asistenței medico-chirurgicale adresate acestui contingent de bolnavi se evaluează preponderent prin analiza indicatorilor cantitativi de activitate clinică [171, 190, 192, 201]. Informațiile de ultima oră semnaleză că măsurătorile calității vieții în programe de rehabilitare ar trebui să cuprindă o abordare multi-dimensională, centrată pe funcționarea socială, măsurarea stimei de sine, a analizei nevoilor și a indicilor globali de satisfacție de viață.

Atenția deosebită care se acordă managementului bio-psiho-socio-economic al pacientului cirotic aflat sub tratament are cauze multiple: este o condiție invalidantă, cu un prognostic prost, care reduce calitatea vieții și are un cost economic considerabil atât individual cât și general la nivelul societății [14, 17, 36, 48, 89 100]. Conform studiilor recente una dintre cele mai importante componente ale sistemului de asistență medico-chirurgicală acordată pacienților cu ciroză hepatică este monitorizarea eficienței acesteia, ce necesită o urmărire sistematică și intervenții medicale individualizate după caz, dacă dorim să avem rezultate terapeutice optime. [81, 82, 115, 122, 132]. Referitor la datele disponibile cu referire la indicatorii subiectivi de CV legată de sănătate s-a demonstrat că aceștea nu substituie ci completează cercetarea statusului hepatic și sunt necesari în identificarea factorilor care ar putea ameliora eficiența acestora.

În ultimii ani, există un interes tot mai mare pentru evaluare complexă a bolii cronice hepatice în ceea ce privește deteriorarea calității vieții și a unui model de îngrijire diferit pentru aceste cazuri cu viza de a preveni, depista, diagnostica și trata boala. Acest lucru implică stabilirea de priorități pentru gestul terapeutic aplicat și monitorizarea stării de sănătate a pacienților cu hepatopatii cronice de interes chirurgical care reprezintă o componentă de importanță majoră a sistemului de ocrotire a sănătății populației. Nu întâmplător, a fost stabilită o preocupare a forurilor științifice medicale de a stabili un algoritm eficient de diagnostic, de a implementa protocoale terapeutice și de a realiza un management adecvat al complicațiilor [7, 37, 175].

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a relevat importanța integrării terapiei de îmbunătățire a calității vieții legată de sănătate în programul de recuperare medicală și arată existența mai multor abordări terapeutice de stimulare cognitivă, printre care în literatura de specialitate frecvent sunt evidențiate: „Validation Therapy” (terapia de validare), „Reality Orientation Therapy” (terapia de orientare în realitate), „Cognitive Stimulation Therapy” (CST), „Cognitive Rehabilitation Therapy” (CRT), „Program Stimulare Cognitivă SC-ART” [10, 37, 152]. S-a constatat că există o relație ca între creșterea performanțelor medicinei curative, prelungirea speranței de viață și supraviețuirea pacienților cu afecțiuni cronice hepatice aflați în stadii grave [22, 32, 85, 153, 174].

Programele de sănătate se fundamentează în totalitate pe abordarea pacienților hepatici din perspectivă pluridisciplinară – biomedicală, psihologică, socială, socio-demografică, deoarece identificarea problemelor medico-sociale prioritare asigură cheia eficacității în plan medical-curativ pentru acești pacienți [10, 20, 59, 63, 100]. Actualmente, există un consens general privind tratamentul bolii hepatice cronice, care se concentrează în principal pe abordul diferențiat și individualizat stabilit în raport direct cu tipul și stadiul bolii (antifibroze hepatice, corticosteroizi, interferon, antivirale, propranolol, norfloxacină, diuretice, paracenteza, albumina).

Acesta oferă o imagine de ansamblu și este un factor extrem de important ca eficacitate în simptomele bolii, dar și ca profil al efectelor secundare [52, 57, 145, 175]. În condițiile actuale s-a stabilit că nu sunt suficiente doar elaborarea și implementarea noilor metodelor terapeutice a CH, dar, în aspect evoluțional, este necesară și identificarea factorilor care ar putea ameliora eficiența acestora atât în raport subiectivo-simptomatic, cât și obiectivo-funcțional [165, 173]. De precizat este și faptul că tendințele moderne ale abordării bolnavului și bolii hepatice cronice pun un accent aparte pe tratamentul multimodal (medicamentos, endoscopic și chirurgical), în care gestul chirurgical cu intenție curativă poate fi aplicat de unul singur sau ca o etapă în cadrul tratamentului multidisciplinar al hipertensiunii portale prin ciroză hepatică.

La ora actuală, cu certitudine, terapia antivirală sau medicația etiologică este cea mai frecvent aplicată în tratamentul pacienților cu hepatopatii cronice, fiind subiectul celor mai numeroase studii pe plan mondial [5, 44, 51, 89, 91, 129, 149]. Sunt recunoscute progresele ultimelor decenii în terapia antivirală care s-a demonstrat a fi un moment crucial în evoluția bolii hepatice și a adăugat un argument etiologic decisiv în ameliorarea dizabilității. Obiectivele tratamentului sunt: inhibarea producției de virioni, inhibarea infectării de novo a celulelor și accelerarea clearance-ului celulelor infectate.

Studiile efectuate la pacienții cu hepatite virale și ciroză care au suportat un tratament antiviral [42, 43, 51, 69, 95, 129, 149, 159, 180] au arătat că acesta are un impact pozitiv enorm asupra calității vieții, comparativ cu pacienții netratați. Rezultatele studiilor efectuate susțin ca o concluzie, că noile terapii antivirale aduc avantaje pacienților, iar pentru unii dintre ei reprezintă ultima lor șansa de vindecare și cresc șansele de vindecare de aproximativ 2 ori la pacienții care nu au fost tratați cu niciun fel de terapie și de 3 ori la pacienții care au fost tratați anterior, dar nu au răspuns la terapia standard. În prezent, în RM, circa 400 de persoane, care suferă de boli hepatice, beneficiază de tratament antiviral compensat [35, 89].

Mai multe studii ce vizează rezultatele tratamentului antiviral aplicat pacienților cu hepatopatii cronice demonstrează că, în îngrijirea unui pacient cu afecțiuni hepatice aflat sub tratament etiologic antiviral medicul trebuie să țină cont de modul particular în care fiecare individ reacționează la terapia antivirală, dar și de caracterul evolutiv al suferințelor hepatice. Studiile recente au raportat faptul că, tratamentele antivirale sunt asociate și cu efecte secundare destul de agresive, adesea greu de gestionat, aspect important atât pentru pacient cât și pentru clinicienii implicați în acest domeniu [44, 68, 79, 149, 159].

Această situație întâlnită frecvent (peste 60% din cazuri) ridică multiple întrebări:

- Care este impactul terapiei antivirale asupra calității vieții și funcției hepatice restante?

- Care este efectul tratamentului antiviral administrat pacientului cirotic pre- și postoperator (splenectomia, transplant hepatic, etc) și mai ales, care sunt consecințele acestei modalități terapeutice adresate acestor pacienți?

Până în prezent date despre influența terapiei antivirale administrate pacienților cirolici postsplenectomie au fost descrise în puține surse din literatură (Tabelul 1.4)

Tabelul 1.4. Rezultatele tratamentului cirozei hepatice de etiologie virală C cu interferon și ribavirină după splenectomie (raportate anterior în literatura de specialitate). Sursa: material adaptat după Kedia S. [2012].

| Autorul/anul | Nr. pacienților care au primit INF | Nr. pacienților ce au terminat terapia cu INF | Total | Nr. pacienților care au obținut RVS | | |
|--|------------------------------------|---|----------|-------------------------------------|-----------|-----------|
| | | | | Genotip 1 | Genotip 2 | Genotip 3 |
| Kercher, <i>et al.</i> 2004 ³⁰ (n=11) | 11 | 3 (27%) (ID) | 3 (100%) | ID | ID | ID |
| Hayashi, <i>et al.</i> 2006 ³¹ (n=7) | 6 | 3 (50%) (2/0/1) | 2 (67%) | 1 (50%) | 0 | 1 (100%) |
| Ikezawa, <i>et al.</i> 2010 ³⁴ (n=10) | 10 | 5 (50%) (4/1/0) | 5 (100%) | 4 (100%) | 1 (100%) | 0 |
| Akahoshi, <i>et al.</i> 2010 ³² (n=21) | 21 | 6 (28,6%) (4/2/0) | 5 (56%) | 3 (75%) | 2 (100%) | 0 |
| Shigekawa, <i>et al.</i> 2011 ³³ (n=35) | 29 | 18 (61%) (11/7/0) | 9 (50%) | 3 (27%) | 6 (86%) | 0 |
| Kedia, <i>et al.</i> 2012 ⁷⁶ | 33 | 33 (100%) | 19 | 2 (52,3%) | 91% | 15 |
| 1. Fanpu Ji, <i>et al.</i> 2013; ⁴² | 13 | 12 | 8 | 4/9 (44,4%) | 4 (100%) | 0 |
| 2. Feng Bo, <i>et al.</i> 3. 2014 ⁴³ | 372 | review | 34,1% | 0 | + | + |

Studiile recente au demonstrat că necesitatea cunoașterii implicațiilor terapiei antivirale asupra calității vieții este importantă atât din perspectiva luării măsurilor specifice de profilaxie sau tratament a efectelor adverse, cât și de conduita adaptată contingentului dat de bolnavi. Se cunoaște că, pentru o abordare adecvată a pacientului în context bio-psiho-social trebuie de avut în vedere stabilirea unei relații de încredere între personalul medical și pacient și adaptarea tratamentului în funcție de starea pacientului, menajând convingerile, valorile și circumstanțele de viață ale acestuia [86, 129, 196]. Datele, privind eficiența tratamentului antiviral, sugerează că beneficiarii de terapie antivirală au un risc crescut de complicații și reacții adverse, drept exemplu – febră, durere musculară, fatigabilitate, depresie, agresie, impotență, caderea parului, eczemă și altele, care influențează negativ calitatea vieții și aderența implicită la tratament a pacienților [129,

149]. Mai mult de atât, studiile relevă că o serie de pacienți (peste 60%) pe fundalul terapiei antivirale, se confruntă cu limitări în activitățile de zi cu zi, suferă de disfuncții sexuale, labilitate emoțională, frica de recurență, oboseală, slăbiciune, pierderea capacității de muncă intelectuală și fizică [35, 117, 129, 149].

Rezultatele acestor studii au arătat că tratamentul trebuie început într-un moment „bun” pentru pacient, cu evitarea evenimentelor stresante personale, familiale și profesionale, momente importante pentru educația pacienților hepatici și ridicarea gradului de motivație. O revizuire amplă a rezultatelor terapiei antivirale arată că pacienții care au avut o recădere la terapia standard sunt candidații ideali la tripla terapie, care presupune ca la terapia standard de până acum, adică interferon pegilat și ribavirină să se adauge un medicament nou, cu acțiune directă antivirală, care dublează rata de răspuns a pacienților [35, 51, 139, 201].

În contextul celor expuse, adaptarea tratamentului în funcție de starea pacientului, menajând convingerile, valorile și circumstanțele de viață ale acestuia este arhiimportantă, deoarece relatările bolnavilor despre manifestările clinice adesea sunt imprecise sau inexacte, ceea ce impune ca interogatoriul să fie metodic, precizând debutul, condițiile de apariție și evoluția acestor simptome. Trebuie de notat și faptul că, prezentarea informațiilor vis-a-vis de efectele adverse ale terapiei poate influența decizia pacienților de a începe tratamentul, iar cunoașterea și managementul eficient al efectelor adverse permite ameliorarea rezultatelor terapeutice prin creșterea aderenței la tratament, uneori extrem de dificil de suportat de către pacienți. De asemenea, cercetările denotă că sunt indicații foarte precise pentru tratamentul antiviral în ciroza hepatică, respectiv în stadiile decompensate ale bolii complicate cu ascită refractară și hemoragia recidivantă [17, 22, 119, 129].

Datele acestor studii sugerează faptul că, pentru aprecierea eficienței tratamentului etiologic antiviral, atunci când se compară diverse abordări farmacoterapeutice, pe lângă măsurarea rezultatelor prin termeni de simptome și diferite aspecte ale funcționării, este importantă viziunea pacienților asupra tratamentului și modului de administrare, rezultatele cărora sunt sistematizate insuficient în vederea cuantificării multidimensionale a calității vieții.

Prin urmare, preocuparea specialiștilor în prevenirea complicațiilor terapiei antivirale este pe deplin justificată de impactul efectelor adverse severe, care pot duce la întreruperea prematură a tratamentului sau la reducerea dozelor de peginterferon și ribavirină având ca rezultat un răspuns infraoptimal (20-30% dintre pacienți).

Așadar, la etapa actuală, sunt necesare studii noi pentru o înțelegere mai bună a eficienței terapiei antivirale și a impactului medicației etiologice antivirale efectuate perioperator asupra calității vieții pacienților supuși diverselor tehnici chirurgicale. Deși managementul medical

continuă să fie prima linie terapeutică, în unele situații clinice particulare, tratamentul chirurgical, precedându-l și continuându-l, poate oferi o speranță de vindecare pacientului cirotic asociat cu diverse complicații evolutive ale bolii hepatice cronice [51, 56, 69, 71, 75, 95].

Odată cu dezvoltarea procedurilor chirurgicale complexe și cu creșterea experienței practice a chirurgilor, intervențiile terapeutice realizate sunt aplicate la un număr din ce în ce mai mare de pacienți cirolici. Din punct de vedere al conduitei terapeutice, gama acestora este largă: de la manipulații minim invazive (paracenteze curative, anastomoze limfo-venoase, gesturi endoscopice de hemostază ș.a.) la intervenții chirurgicale de complexitate majoră (splenectomie, devascularizare azygo-portală, șunturi portosistemice, transplant hepatic) [3, 27, 42, 53, 56, 57, 75, 76, 143, 172].

Studiile internaționale [60-62, 83, 150, 153, 166, 169, 188] subliniază că, până în prezent lipsește un concept comun în ceea ce privește indicația tratamentului chirurgical și susțin că gestul chirurgical aplicat de necesitate cu scop de remediere a complicațiilor cirozei hepatice trebuie să fie selectat cu grijă luând în considerație impactul ei asupra calității vieții legată de sănătate.

Pe de altă parte, nivelul calității vieții legat de sănătate este considerat un indicator suplimentar în ierarhizarea soluțiilor terapeutice adaptate gradului de evolutivitate / severitate a suferinței hepatice, respectiv stadiului evolutiv și patologiei asociate fiecărui caz în parte.

Între timp, evoluțiile științifice din ultima perioadă, în special cele implicate în tehnica chirurgicală, au condus la o reconsiderare și amplificare a interesului medicinei pentru consecințele psiho-sociale, pre- și postoperatorii [63, 157, 177]. Conceptul „calitatea vieții”, conform opiniei mai multor autori, evoluează în permanență și se cere a fi în centrul atenției drept condiție megaimportantă pentru programarea și aplicarea gestului chirurgical aplicat acestei categorii de bolnavi [41, 154, 174]. Actualmente, un interes deosebit se acordă calității vieții pacienților supuși acestei chirurgii „agresive”, făcându-se multe eforturi în încercarea de a standardiza atitudinea chirurgicală, optând să ofere cele mai bune rezultate în timp atât ca și raport subiectivo-simptomatic, cât și obiectivo-funcțional [1, 4, 145, 155, 173, 176].

Deci, pentru medicii chirurghi, calitatea vieții ca problemă multidimensională este un teren neexplorat, inclusiv punerea în evidență a modificărilor dinamice postoperatorii a domeniilor de activitate fizică, a domeniului sănătății psihice și bunăstării sociale. Important este ca strategiile terapeutice ce vizează pacientul cirotic operat să se rezume la recuperarea funcțională postoperatorie, gradul de disconfort postoperator, posibilitatea desfășurării oricărui tip de activitate fizică. Cele de mai sus pot modifica percepția pacientului despre calitatea vieții sale și trebuie luate în considerare, pentru a evita eșecul clinic, deteriorarea CV și pentru a furniza informații suplimentare ce ajută medicul să ia o decizie informată referitor la posibilități și tipul de intervenție

terapeutică [113, 123, 168]. Pe de altă parte, suportul oferit permite monitorizarea efectelor terapeutice din punct de vedere al pacientului și nu doar al evoluției bolii, precum și să elaboreze protocoale terapeutice perioperatorii eficiente și adecvate asistenței medico-chirurgicale [92, 106, 132].

Pornind de la complexitatea acestei realități, în practica de zi cu zi, în încercarea de a modifica evoluția bolii și calității vieții postoperatorii, se practică selectiv diferite metode de tratament chirurgical [53, 56, 57, 65, 99, 125], transplantul hepatic reprezentând tratamentul de elecție al terapiei insuficienței hepatice fulminante și al cirozei decompensate, cu rezultate încurajatoare, atât sub aspectul prelungirii vieții pacientului, cât și al calității ei [2, 8, 61, 117].

Constatăm că introducerea transplantului de ficat în R. Moldova a reprezentat un moment crucial atât în dezvoltarea chirurgiei hepatice, cât și în chirurgia de transplant. Primul transplant hepatic (TH) a fost realizat în februarie 2013, în Departamentul de chirurgie hepato-bilio-pancreatică de către academicianul V. Hotineanu și echipa sa [61]. În următorii ani sistemul de transplant în R. Moldova a fost dezvoltat și îmbunătățit datorită implementării unui nou proiect „Consolidarea Agenției de Transplant din Republica Moldova și Asistență în armonizarea legislativă în materie de Calitate și de Siguranță a Substanțelor de Origine Umană”. Actualmente, în republică sunt aproximativ 700-800 de pacienți care necesită transplant de organe și peste 100 care se află pe lista de așteptare pentru transplant hepatic. O analiză sistematică a literaturii pe tema studiului relevă că cele mai importante ameliorări în domeniul ratelor de supraviețuire a pacienților sunt de aproximativ 85% după primul an și de 75% la cinci ani după transplant, date raportate de Registrul de Transplant Hepatic European.

Un alt aspect important pentru clinicieni ce se referă la pacienții hepatici transplantați este atenția individuală asupra studiului calității vieții acestor pacienți pre- și posttransplant. Rezultatele studiilor, dar și experiența proprie sugerează că, în ciuda succeselor tehnice și a terapiei intensive perioperatorii, transplantul hepatic reprezintă un factor de stres important. Ca o sinteză a datelor din literatura de specialitate, putem afirma că după operația de transplant pacienții cu ciroză au deficite cognitive și o creștere a simptomelor depresive [1, 84, 92, 113].

Pregătirea, teama de operație și de rezultat, viața cu un ficat nou, împreună cu statusul emoțional deteriorat (anxietate, neliniște, stres psihic) sunt de natură să modifice esențial stilul de viață pentru pacient și familie. Un progres rapid în domeniul transplantologiei a fost realizat în ultimii ani prin introducerea terapiei imunosupresoare care a permis micșorarea complicațiilor posttransplant, deci și ameliorarea calității vieții pacienților transplantați [2, 113, 123]. În ultimii ani, tot mai multe lucrări științifice sunt consacrate temei studiate, dar rezultatele obținute apar

secvențial [64, 157]. Rapoartele recente au evidențiat că putem vorbi despre beneficiile efectelor transplantului hepatic numai atunci când pacientul se declară sănătos și psihicul său este bine.

În acest mod, transplantul trebuie privit ca reușit dacă starea generală (atât fizică cât și psihică) a pacientului s-a schimbat în bine [2, 8, 33, 61]. Studiile științifice existente în problema evoluției bolii hepatice și calității vieții pacientului supus intervențiilor chirurgicale, apariției complicațiilor în perioada postoperatorie și cele vizând măsurile de prevenire și tratament a acestora nu elucidează un șir de probleme, cum ar fi: corelarea modificărilor calității vieții cu gestul chirurgical, cauzele apariției complicațiilor în perioada postoperatorie și legătura acestora cu programele intensive de reabilitare psiho-socială.

Cercetând sursele bibliografice la tema studiului am constatat că nu avem un program național de screening postchirurgical argumentat și bazat pe indicii calității vieții și nu este cuantificat efectul diferitor gesturi terapeutice asupra calității vieții. Cu excepția manifestărilor clinice apărute posttransplant, modificările calității vieții și manifestările neuro-psihice ale acestor pacienți sunt puțin cunoscute, iar unele momente sunt neelucidate sau contradictorii [25]. În literatura de specialitate nu există un consens privind factorii cauzali care influențează negativ calitatea vieții pacienților cu ciroză și hipertensiune portală asociată.

Drept urmare, în practica medicală sunt acceptate câteva direcții una dintre care include analiza indicatorilor socio-economici în ceea ce privește semnificația și utilitatea lor pentru cuantificarea calității vieții legată de sănătate; identificarea unor indicatori specifici ai calității vieții; cantitatea de viață care se măsoară pe baza unui concept generic, numit speranță de viață posttransplant, care pune în evidență numărul de ani pe care pacientul cu o boală hepatică terminală îi trăiește în plus față de situația în care ar rămâne sub tratament hepatotrop simptomatic sau etiologic antiviral [79, 105].

Un alt obiectiv major al analizei calității vieții este reprezentat de stabilirea căilor prin care se poate realiza îmbunătățirea acesteia. Acest obiectiv necesită: perfecționarea condițiilor obiective de viață în perspectiva necesităților bolnavului; perfecționarea stilului de viață, pentru a duce la maxim calitatea vieții în condițiile existente la un moment dat.

Datele expuse motivează necesitatea elaborării unei cercetări specializate, consacrate studiului problemelor evaluării impactului intervenției chirurgicale, inclusiv a transplantului hepatic asupra calității vieții după tratament chirurgical. Aceasta presupune reevaluarea periodică a calității vieții pacientului hepatic asistat chirurgical cu ajutorul unor metode sensibile, specifice, ieftine și ușor de aplicat în practica medicală.

1.4. Concluzii la Capitolul 1

1. La trecerea în revistă a informației din bibliografia de specialitate confirmăm faptul că, CH reprezintă o problemă actuală medico-socială pentru Republica Moldova, caracterizată prin morbiditate sporită, caracter evolutiv progresiv cu impact asupra persoanei bolnave și asupra aspectelor calitative ale vieții, asupra dimensiunii personale și sociale de sănătate, precum și asupra prognosticului și mortalității.
2. Analiza sistematică a literaturii relevă faptul că, chirurgia majoră a HTP prin ciroză hepatică are indicații certe, rezultate relativ satisfăcătoare, dar poate și aduce după sine multiple probleme medico-chirurgicale, psihologice și socio-economice insuficient sistematizate pentru a cuantifica mai bine dimensiunile calității vieții.
3. Ca rezultat al cercetărilor s-a stabilit că, nu avem un program național de screening postchirurgical corelat cu indicele calității vieții și nu este cuantificat efectul diferitor gesturi terapeutice asupra calității vieții, concept care are nevoie de reevaluare interdisciplinară și de îmbunătățiri prin perfecționarea instrumentelor cu conținut bun, aplicate, validate și adaptate particularităților clinice.
4. Până în prezent nu s-a găsit formula unui sistem util de asigurare a asistenței terapeutice postoperatorii pe termen lung, măsură care ar asigura o abordare unitară a pacientului cirotic tratat chirurgical, fluenta procesului de recuperare terapeutică și ar ameliora implicit rezultatele terapeutice cu efect pozitiv asupra scorurilor de calitate a vieții.
5. În aceste condiții, este actuală o abordare metodologică corectă cu perfecționarea metodelor existente de studiu, al impactului chirurgical asupra „relației operație – calitate a vieții”, care poate oferi informații suplimentare utile despre pacient, despre evoluția bolii și despre statusul postchirurgical, nevoia de servicii medicale pentru ameliorarea CV și satisfacția generată de utilizarea lor.
6. Informațiile obținute în urma acestui studiu au stat la baza formulării scopului și obiectivelor acestui studiu, interpretării și comparării rezultatelor obținute în cercetările proprii.

2. CARACTERISTICA MATERIALULUI ȘI A METODELOR DE CERCETARE

2.1. Caracteristica generală a loturilor de studiu

Lucrarea de față reprezintă un studiu complex observațional, clinico-sociologic, retro-prospectiv de explorare și abordare cantitativă a calității vieții pacienților cu CH, structurat pe etape: scop – loturile de pacienți – cercetarea cazurilor – colectarea datelor – interpretare.

În studiul efectuat în aa. 2007-2017 au participat un număr total de 191 de pacienți. Diagrama de CONSORTIU al fluxului de pacienți este ilustrată în Figura 2.1

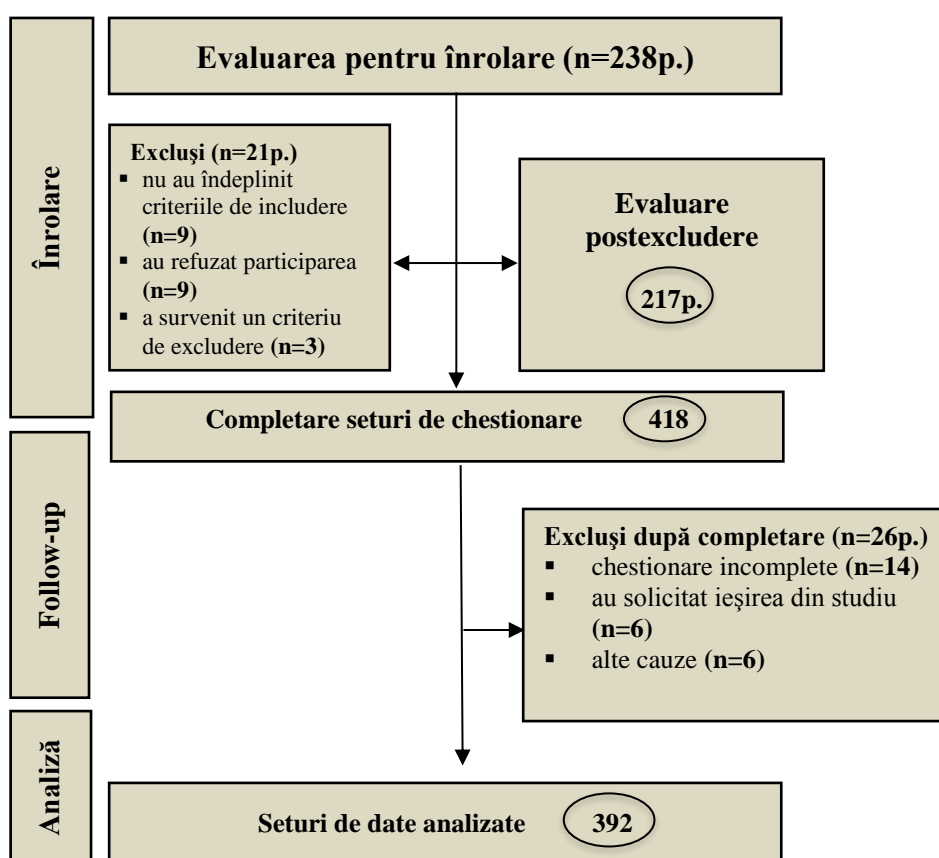


Fig. 2.1. Schema generală a eșanționului de cercetare a pacienților incluși în studiu.

Cercetarea a vizat aspectele ce țin de cuantificarea impactului bolii hepatice cronice și a metodelor chirurgicale de tratament asupra diferitor dimensiuni ale profilului calității vieții pacienților. Dimensiunea eșanționului este limitată atât de durata studiului cât și de numărul de pacienți cirofici operați anual. Deoarece rata intervențiilor chirurgicale programate, aplicate selectiv pacienților cu ciroză hepatică este mică și constituie în medie 4-5 % pe an (Hotineanu V. 2001, Dumbravă V. 2010, Cazacov V. 2013), numărul de pacienți necesar de a fi incluși în studiu a fost calculat conform formulei pentru eșanționare în studiile descriptive [154]:

$n = P (1 - P) (Z\alpha/d)^2$, unde:

d – distanța sau toleranța – cât de aproape de proporția care ne interesează dorim să fie valoarea estimată (d=0.05)

(1 - α) – nivelul de încredere – valoarea estimată este în limita distanței proporției cercetate, pentru 95,0% de veridicitate a rezultatelor obținute $Z\alpha=1.96$

P – Conform datelor bibliografice „Impactul chirurgical asupra raportului morfo-functional al splenopatiei portale cu component autoimun secundar hipertensiunii portale”, [teza de doctor habilitat în medicină, Cazacov V.] 4,5% dintre pacienți cu ciroză hepatică sunt tratați chirurgical (P=0,045). Introducând datele în formulă, am obținut:

$$n = 0,045 \times 0,955 (1,96/0,05) = 66$$

Așadar, conform formulei (2.1) de eșantionare în studiile descriptive, valoarea minimă reprezentativă a lotului trebuie să includă nu mai puțin de 66 pacienți cu ciroză hepatică asistați chirurgical și chestionați pentru a cuantifica impactul bolii și a gestului chirurgical asupra calității vieții. Cu o rata de 10,0% de non-răspuns, eșantionul reprezentativ ar trebui să fie constituit din 73 de pacienți cu ciroză hepatică tratați chirurgical. Protocolul studiului a fost aprobat de Comitetul de Etică al Cercetării al USMF „Nicolae Testemițanu” (Proces-verbal nr. 5 din 19.12.2013). Consimțământul informat a fost obținut de la pacienți și/sau rudele sau reprezentantul legal al acestuia înainte de includerea în studiu. Conduita referitoare la tratamentul de care au beneficiat bolnavii cu ciroză hepatică incluși în studiu a fost multimodală. Din lotul total studiat au fost formate 2 subloturi distincte de pacienți, în funcție de tratamentul aplicat, pentru fiecare fiind determinate rezultatele tratamentului și comparate cu datele lotului observațional (persoane aparent sănătoase):

Lotul 0 (L0) de control (96 de pacienți) – subiecți care au îndeplinit criteriile chirurgicale pentru operație, dar din mai multe motive nu au fost operați (refuzul intervenției chirurgicale, prezența contraindicațiilor pentru operație, lista de așteptare a unui transplant hepatic, terapie antivirală, ligaturarea varicelor esofagiene, etc.), rezultatele acestui lot reprezentând datele de referință pentru evaluare comparativă a pacienților operați din cadrul studiului.

Lotul I (L1) de studiu (95 de pacienți) – subiecți tratați chirurgical, divizați în trei subloturi în funcție de metoda terapeutică practică:

- lotul 1A, format din 52 de pacienți (54,7%), care au beneficiat de devascularizare a zigoportală Hassab + splenectomie tradițională (SPLT);
- lotul 1B, format din 29 de pacienți (30,5 %), operați prin metoda minim invazivă cu DVA + splenectomie laparoscopică (SPLL) .
- lotul 1C, format din 14 pacienți (14,7 %) cărora li s-a realizat transplant hepatic.

S-a urmărit studierea impactului intervențiilor chirurgicale asupra calității vieții pre- și postterapie. Datele proprii au fost colectate din răspunsurile date de pacienți la chestionarele SF-36 și SF-LDQOL, tradus de noi în premieră în limba română și rusă și adaptat spectrului de interese pe care le-am urmărit. Merită de menționat faptul că, pe parcursul acestui studiu toți subiecții evaluați au avut un număr mare de internări, au urmat tratament hepatotrop de durată, direcțiile terapeutice fiind adaptate protocoalelor naționale în vigoare la momentul actual [17, 61], urmărind și studiind impactul acestora asupra calității vieții pre- și postterapie. S-a impus un program unitar, multidisciplinar și coordonat de diagnostic, tratament medical, endoscopic și/sau chirurgical, precum și dispensarizarea pacienților operați pentru CH. Design-ul studiului în care sunt prezentate loturile analizate, investigațiile și metodele de tratament aplicate se regăsește în Figura 2.2.

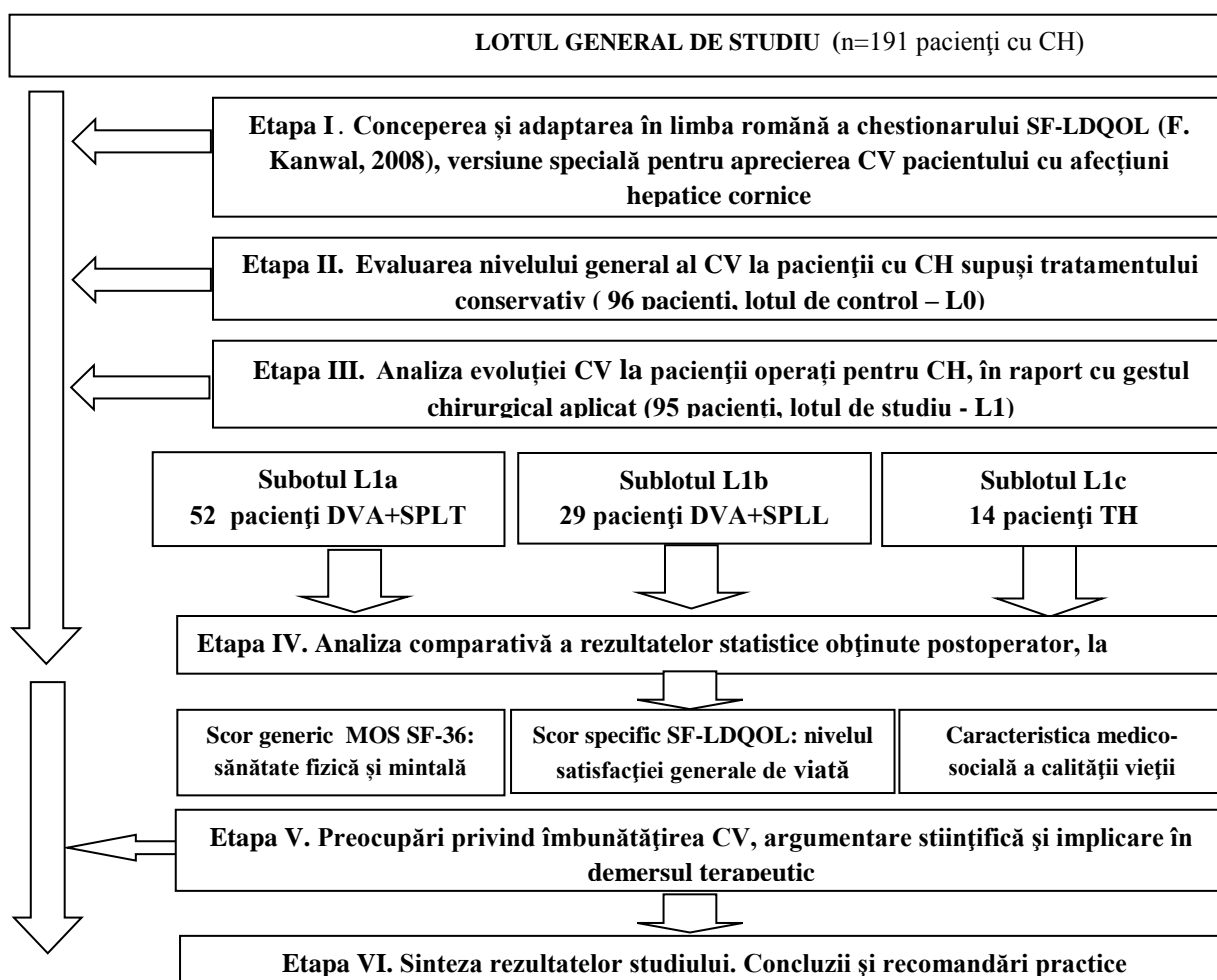


Fig. 2.2. Schema generală a etapelor de organizare a studiului.

Criteriile de includere/ excludere în studiu sunt ilustrate în figura ce urmează (Fig.2.3).

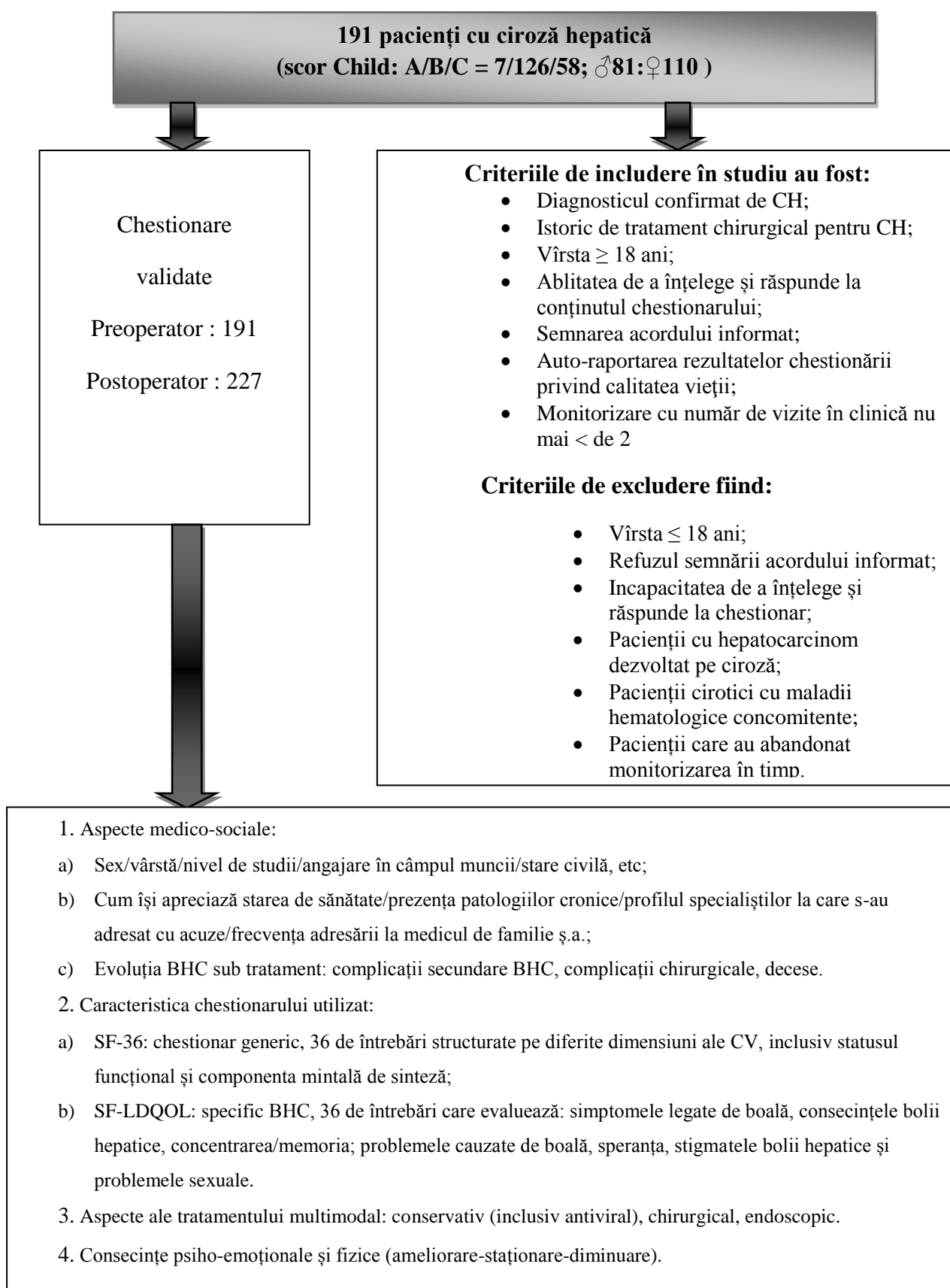


Figura 2.3. Criteriile de includere/excludere în eșanșionul studiului.

2.2 Metode de cercetare și de acumulare a datelor primare

Studiul de față este un studiu de tip intervenție clinică, prospectiv-retrospectiv, interesând 191 de pacienți cu ciroză hepatică de etiologie diferită, asistați chirurgical în perioada aa. 2007 – 2017 în Spitalul Clinic Republican, secția chirurgie hepatobiliopancreatică și urmăriți printr-un complex de sondaje clinico-sociologice timp de 5 ani. Metodologia de cercetare și soluționare a problemelor abordate în teză a constat în folosirea următoarelor metode de studiu: bibliografică, clinică, analitică, statistică, descriptivă, de comparație, analiza datelor în timp, de prognozare a fenomenului și de analiză cronică. Examenul complex al pacienților din lotul de studiu a fost efectuat în conformitate cu prevederile Protocoalelor Clinice Naționale „Ciroza hepatică la adult” și „Hipertensiunea portală la adult” [17, 61] cu acordul scris al pacientului.

Pentru acumularea datelor speciale necesare au fost utilizate următoarele metode:

- analiza datelor din foile de observație ale bolnavilor, arhiva SCR;
- studiul investigațiilor clinice și paraclinice de laborator și instrumentale;
- studiul protocoalelor operatorii din condicile de operații;
- investigarea protocoalelor de terapie intensivă ale pacienților operați;
- analiza condicilor de anatomie patologică macro- și microscopică;
- extragerea datelor din interviul standart, cercetarea clinică și biologică;
- date din literatura științifică națională și internațională;
- studiul calității vieții prin anchetare cu chestionarele SF-36 și SF-LDQOL;
- analiza matematică și statistică a rezultatelor obținute .

În prima etapă a cercetării, intervierea pacienților pune în evidență date despre istoricul afecțiunii hepatice și cel al maladiilor asociate, vârsta de debut și formele clinice ale bolii, tipul de procedeu chirurgical folosit; am notat acuzele la internare, am specificat tratamentul urmat, am luat în considerație complicațiile postoperatorii imediate și cele tardive și impactul acestora asupra calității vieții, componentă importantă al managementului terapeutic.

În același timp, am efectuat un examen fizic complet și am studiat rezultatele investigațiilor instrumentale și cele de laborator studiind indiciile sindroamelor de bază caracteristice evoluției cirozei hepatice: sindromul citolitic, colestatic, hepatodepresiv și hipersplenic. Toți pacienții incluși în studiu au urmat un protocol de stadializare preoperatorie a stării funcționale hepatice și de predicție a evoluției: Child Pugh, MELD (Model for End-Stage Liver Disease), criteriile Baveno IV, scorul BEA (Baseline Event Anticipation score), utilizând calculatorul online (<http://hepatitis-delta.org/physicians-and-scientists/calculators/>) (Tabelul 2.1).

Tabelul 2.1. Scorul BEA (Baseline Event Anticipation score) [Serrano B.C.,2014]

| Parametri | Scorul BEA (baseline event anticipation score) | | |
|-------------------|--|--|-------------------------|
| | 0 puncte | 1 punct | 2 puncte |
| Sex | feminin | Masculin | |
| Vârstă | <40 | ≥40 | |
| Origine | Alte țări | Țări Est-Mediteraniene (Turcia, Iran, Irak, Siria, etc) | |
| INR | <1,2 | ≥1,2 | |
| Trombocite | >100×10 ³ /ml | 50-100×10 ³ /ml | ≤50×10 ³ /ml |
| Bilirubina totala | <20,5 mmol/l | ≥20,5 mmol/l | |

Evaluarea calității vieții pacienților investigați prin interviu și anchetare utilizând instrumente consacrate, s-a făcut cu acordul informat metodic, după un protocol bine însușit, urmărindu-se și factorii care o influențează negativ.

Unul din instrumentele utilizate pentru măsurarea calității vieții a fost chestionarul generic **omologat SF-36 (Anexa 2)**, test validat pentru populația din România în cadrul unui proiect realizat de Asociația Română de Sănătate Publică și Management Sanitar (ARSPMS) și Centrul de Sociologie Urbană și Regională (CSUR) București [92, 93], manualul de calcul și valorile de referință ale căruia sunt disponibile pe site-ul www.eortc.be. Chestionarul SF-36 cuprinde 36 **de întrebări care formează cele 8 scale**: PF - funcția fizică (Physical Functioning); PR - rol fizic (Physical Role Functioning); BP - durere somatică (Bodily Pain); GH - sănătate generală (General Health perceptions); VT - vitalitate (Vitality); SF - funcția socială (Social Role Functioning); ER - rol emoțional (Emotional Role Functioning); MH - sănătate mintală (Mental Health); PCS- sănătate fizică sumară; MCS- sănătate mintală sumară.

Cuantificarea și aprecierea rezultatelor acestor scoruri a fost realizată prin două procedee:

- modalitatea simplă, prin care se folosește o scară de la 0 la 100 pentru fiecare întrebare-răspuns și în care valoarea maximă reprezintă statusul cel mai favorabil, fiecare întrebare fiind codată în mai multe etape-pași și fiecare primind un scor ce, adunat, oferă maximum de 100;
- software scoring system, care ajunge la același punct final folosind computerul, ce oferă în cele din urmă un grafic al scorurilor adunate.

Pentru a oferi o imagine complexă a percepției individului asupra propriei stări de sănătate și a facilita interpretarea rezultatelor, punctele acumulate în fiecare scală au fost cotate în trei niveluri: calitatea vieții bună (71-100 puncte acumulate), calitatea vieții mediocră (36-70 puncte acumulate), calitatea vieții grav deteriorată (0-35 puncte acumulate).

În cadrul aceleiași evaluări, pentru asigurarea unei interpretări unitare, de ansamblu, luând în calcul toate aspectele calității vieții, am recurs la analiza chestionarului SF-LDQOL, instrument special proiectat pentru evaluarea calității vieții bolnavilor cu boli hepatice cronice (autor principal Fasiha Kanwal, 2008), compus din două părți principale adaptate spectrului de interese pe care le-am urmărit (Anexa 3).

Prima parte are 15 itemi, ce evaluează patru domenii terapeutice:

- Simptomele bolii hepatice (cu 6 itemi, ex.: edeme ale membrelor inferioare, sângerări gingivale...).
- Consecințele bolii hepatice (cu 3 itemi, ex.: lucrul în jurul casei, administrarea medicamentelor...).
- Concentrarea și memoria (cu 4 itemi, ex.: capacitatea de concentrare, probleme de memorie...).
- Probleme cauzate de boală (cu 2 itemi, ex.: frustrare, oboseală...).

Partea a doua estimează 5 domenii cu 36 de itemi ale vieții cotidiene: „somn”, „izolare”, „speranța”, „stigma bolii hepatice”, „viața sexuală”, fiecare dintre care au o anumită pondere prin suma valorilor ponderate și care, în funcție de severitatea simptomului respectiv, poate varia de la 0 (sănătatea cea mai afectată) până la 100 (sănătate perfectă).

Urmărirea în evoluție a cazurilor, în raport cu gestul chirurgical aplicat (Figura 2.4), a fost realizată periodic, intervalul minim de evaluare a statusului global și individual al calității vieții pacienilor cu CH a fost de 6 luni, iar perioada maximă de monitorizare a atins 13 ani.

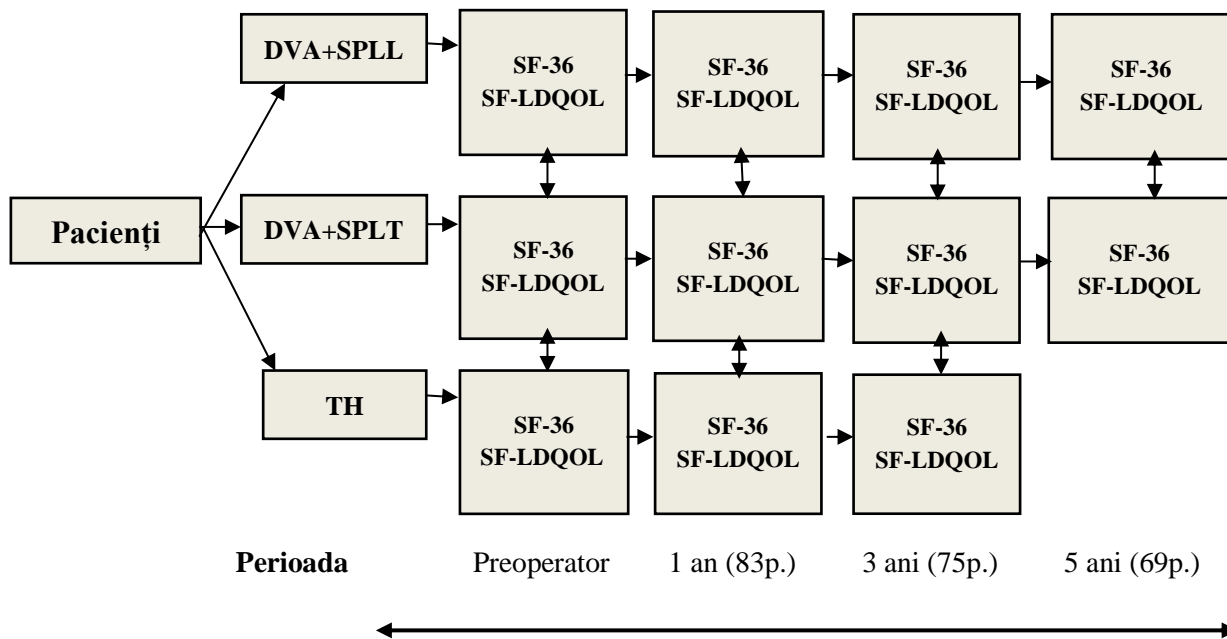


Fig. 2.4. Etapele chestionării la diferite intervale de timp pre- și postterapeutic realizată cu cele două instrumente (SF-36 general și SF-LDQOL specific).

Secvența etapelor de monitorizare și cuantificare a CV, sub toate aspectele ei, a fost următoarea:

- etapa 0 – preoperator, la momentul înrolării în studiu,
- etapa I – la un an postoperator,
- etapa II – la trei ani postoperator,
- etapa III – la cinci ani postoperator, și peste la necesitate.

Unele categorii de pacienți au fost urmăriți în evoluție și prin internări ulterioare cauzate în special de:

- Complicații posoperatorii supurative, trombembolice sau hemoragice.
- Evoluție nesatisfăcătoare cu persistența simptomelor, decompensarea BHC.
- Tratament sindromal în progresie sau endoscopic.
- Evoluția cirozei hepatice spre hepatocarcinom.
- Internări dictate de considerente administrative – reevaluarea capacității de muncă

În perioada de înrolare, pacienții diagnosticați cu HTP prin ciroză hepatică, au fost evaluați pentru a întruni criteriile de includere în studiu și a cuantifica conștințele BHC asupra nivelului calității vieții la momentul inițial preoperator.

Subiecții asistați chirurgical vor fi reevaluați în dinamică, de-a lungul diferitor etape postoperatorii, prin intermediul aceluiași scale de evaluare a calității vieții cu analiza comparativă a variației scalei SF-36 și SF-LDQOL între cele trei subploturi studiate.

De asemenea, au fost urmărite implicațiile diferitor factori ce influențează CV și rezultatele măsurătorilor combinate: complicațiile posoperatorii, impactul tratamentului sindromal hepatotrop, antiviral, endoscopic, comorbidități somatice asociate cirozei hepatice și altele.

La fiecare reevaluare au fost colectate date cu privire la evoluția postoperatorie ca expresie a rezultatelor chirurgicale și au fost înregistrate în fișa de monitorizare a pacientului. Drept instrument de analiză și evaluare a efectului intervențiilor chirurgicale aplicate pacienților în seria studiată au fost utilizate criteriile Lebezev modificate [171], (Tabelul 2.2).

Tabelul 2.2. Evoluția postoperatorie în funcție de criteriile Lebezev modificate [171]

| Rezultate | Parametrii evoluției bolii hepatice cronice posttratament |
|-------------------------|---|
| Bune | Convertirea pacientului în clasa funcțională superioară Child, micșorarea sau dispariția VE dilatate; lipsa trombocitopeniei, hemoragiei variceale, insuficienței hepatocelulare și encefalopatiei portale; apt de muncă; letalitate peste 5 ani prin hepatodepresie pe fondul progresiei cirozei. CV = 71-100 puncte acumulate; |
| Satisfăcătoare | Stabilizarea stării generale a pacientului fără trecerea în clasa superioară funcțională Child, gradul VE nu s-a schimbat; lipsa hemoragiei variceale, insuficienței hepatocelulare și a encefalopatiei portale; trombocitopenie controlată prin medicație; incapacitate parțială sau totală de muncă; letalitate prin insuficiență hepatică pe parcursul 1-5 ani postoperator. CV = 36-70 puncte acumulate; |
| Nesatisfăcătoare | Decompensare funcțională; prezența episodului hemoragic, trombocitopeniei severe și encefalopatiei refractare; incapacitatea totală de muncă; sechele letale peste 1 an după externare. CV = 0-35 puncte acumulate; |

Datele sumare despre anumite complicații postoperatorii au fost distribuite conform clasificării propuse de autorii Clavien P. A. și Dindo D. (2004), instrument convingător pentru evaluarea calității actului chirurgical (Tabelul 2.3)

Tabelul 2.3. Evaluarea calității actului chirurgical

| GRAD | DEFINIȚIE |
|--|---|
| I | Orice deviere de la evoluția postoperatorie normală, fără a fi nevoie de tratament medicamentos, chirurgical, endoscopic sau intervențional radiologic. Acest grad include și infecții ale plăgilor drenate la patul pacientului. Medicamente permise: antiemetice, antipiretice, antialgice, diuretice, electroliți și fizioterapie. |
| II | Complicații care necesită tratament medicamentos altul decât remediile permise pentru gradul I. Sunt incluse transfuzii de sânge și nutriție parenterală totală. |
| III | Complicații care necesită intervenții chirurgicale, endoscopice sau intervenționale radiologice |
| IIIa | Intervenții chirurgicale fără anestezie generală |
| IIIb | Intervenții chirurgicale cu anestezie generală |
| IV | Complicații care pun viața în pericol (inclusiv complicații la nivelul sistemului nervos central* necesitând TI sau gestionare în ATI) |
| Iva | Disfuncția unui organ (inclusiv dializă) |
| Ivb | Disfuncție poliorganică |
| V | Deces |
| <u>Legendă:</u> *-hemoragie cerebrală, accident vasculo-cerebral ischemic, hemoragie subarahnoidiană, (cu excepția atacurilor cerebrale ischemice tranzitorii); TI-terapie intensivă, ATI-anestezie și terapie intensivă | |

2.3. Metode de tratament aplicate.

Analizând tratamentul chirurgical al HTP prin CH, am studiat toată gama de intervenții chirurgicale din cadrul Clinicii noastre, punând accent pe cazurile care au beneficiat de tratament chirurgical programat. Lotul de studiu a fost alcătuit din 95 de pacienți cirofici tratați de o echipă chirurgicală coordonată de academicianul Vladimir Hotineanu, ceea ce a asigurat coerența și evaluarea unitară a cazurilor.

Indicațiile chirurgicale impuse selectiv de complicațiile cirozei hepatice au fost :

- ciroză hepatică, hipertensiune portală, hipersplenism sever;
- ciroză hepatică, hipertensiune portală, varice esofagiene grad III cu risc hemoragic;
- ciroză hepatică, hipertensiune portală, hipersplenism sever, prezența unuia sau mai multor episoade de hemoragie varicială în anamneză;
- ciroză hepatică, hipertensiune portală, splenomegalie gigantă cu elemente de compresie (infarct lienal, hematom subcapsular);

- ciroză hepatică, hipertensiune portală, pancitopenie severă indusă de terapia antivirală;
- ciroză hepatică, hipertensiune portală, hipersplenism autoimun.

În funcție de tipul intervenției chirurgicale practicate, s-au format trei subploturi de pacienți. În primul subplot (L1a) au fost incluși 54,7%, 52 pacienți care au beneficiat de devascularizare azygo-portală + SPLT, în al doilea subplot (L1b) 30,5%, 29 pacienți operați prin metoda minim invazivă cu DVA + SPLL, iar al treilea subplot (L1c) alcătuit din 14,7%, 14 pacienți au beneficiat de transplant hepatic (Figura.2.5).



Fig. 2.5. Imagini intraoperatorii (diverse metode chirurgicale din arhiva Centrului de Chirurgie Hepato-bilio-pancreatică și Transplant Hepatic): dela stânga la dreapta – devascularizarea azygo-portală; splenomegalie; splenectomie; transplant hepatic.

Cea mai frecventă intervenție chirurgicală (85,2%) practică de noi în lotul de studiu a fost devascularizarea azygo-portală Hassab, procedură chirurgicală care s-a realizat concomitent cu alte gesturi chirurgicale suplimentare dictate atât de stadiul evolutiv al bolii hepatice, cât și de complicațiile acesteia, metoda fiind considerată de noi de elecție. Timpii operatori consecutivi ai operației de devascularizare azygo-portală Hassab au fost următorii:

Primul timp al intervenției chirurgicale, după laparotomie, a fost explorarea intraoperatorie, stabilirea modificărilor patologice și relațiile anatomice dintre ficat și splină, raportul de vecinătate a viscerelor, diametrul venei porte și venei splenice, prezența nodulilor limfatici intrahilari, sinusoidelor vasculare, căutând și spline accesorii.

Următoarele etape (Figura 2.6) au inclus splenectomia “cu splina pe loc” (metodă adoptată ulterior ca procedeu al clinicii), devascularizarea stomacului proximal pe mica și marea curbură cu ablația venei coronariene, venelor scurte de la fornixul gastric, venei posterioare și a arterelor însoțitoare, devascularizarea esofagului abdominal cu ablația ramurilor venei azygo-portale.

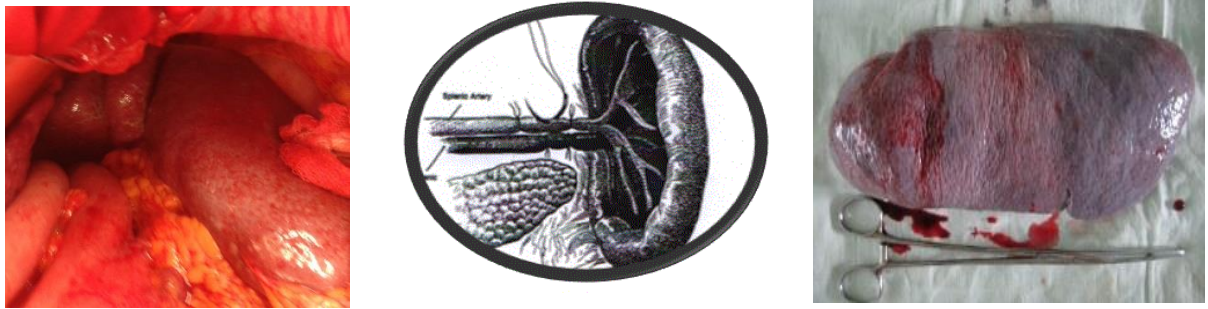


Fig. 2.6. Splenomegalie importantă. Separarea, suturarea și ligaturarea arterei și venei lienale (manevră în timpul splenectomiei tradiționale).

Un aspect relevant ca particularitate tactică și tehnică a splenectomiei practicate lotului de studiu este devascularizarea mării curburi gastrice, secțiunea ligamentului spleno-renal, mobilizarea la distanță a arterei splenice, tradițional în sinusoidă, ligaturarea și suturarea ei la 2-3 cm proximal. Intraoperator, o atenție maximă a fost acordată hemostazei, atitudinii chirurgicale prompte cu păstrarea anastamozelor vasculare decompressive prezente și fenomenului de splenozis, căutarea și înlăturarea splinelor accesorii. Devascularizarea azygo-portală Hassab și splenectomia efectuate într-un prim timp au fost urmate, în aceeași ședință, de următoarele manevre chirurgicale aplicate întregului lot studiat: operația Kaliba – în 85 de cazuri, reprezentând 89,5% și omentohepatopexii – în 62 cazuri, reprezentând 65,3% (Figura 2.7).



Fig. 2.7. Imagini intraoperatorii: ciroză hepatică, splenomegalie/splenectomie, operația Kaliba (arhiva Centrului de Chirurgie Hepato-bilio-pancreatică și Transplant Hepatic).

Devascularizarea azygo-portală Hassab + splenectomia laparoscopică asistată manual.

În perioada 2007 - 2017 în Departamentul de Chirurgie hepatobiliopancreatică al SCR au fost abordați laparoscopic un număr de 29 de pacienți cu splenopatie portală.

Este vorba de 14 femei (48,3%) și 15 bărbați (51,7%) cu vârste cuprinse între 21 și 47 ani și cu o medie de vârstă de 34 ani. Cazuistica noastră redusă numeric a inclus numai pacienți bine

selecția, cu splenopatii secundare BHC, având o topografie convenabilă și dimensiuni rezonabile ale splinei (sub 22 cm), fără rapoarte de vecinătate periculoase și perisplenism important.

Particularitățile DVA+SPLL efectuată de noi pacienților din lotul de studiu sunt următoarele:

- Selecția preoperatorie minuțioasă a cazurilor cu indicație pentru tehnica miniinvazivă.
- Respectarea tehnicii operatorii în prevenirea complicațiilor intraoperatorii (obiectivelor, timpilor și gesturilor chirurgicale din chirurgia deschisă au fost practicate și în tehnica laparoscopică).
- De regulă, s-a practicat abordul lateral în care pacientul este situat în decubit lateral drept (Figura 2.8), în această poziție splina se reclină spre dreapta ("hanging spleen"), asigurând un acces optim spre sustentaculum lienis și ligamentul splenofrenic.



Fig. 2.8. Etapele splenectomiei laparoscopice: abord laparoscopic asistat manual (arhiva Centrului de Chirurgie Hepato-bilio-pancreatică și Transplant Hepatic).

Pentru SPLL am folosit turnul de laparoscopie și instrumentarul "Karl Storz" (Germania) și echipament special: disector cu ultrasunete (ultracision) echipat cu pense pentru abordul laparoscopic; coagulare cu argon pentru hemostaza suprafețelor hepatice; pense vasculare și staplere (toate în varianta pentru abord laparoscopic) pentru secțiunea în siguranță a pediculilor vasculari mari; pungă pentru extracția splinei (endobag); aspirator "cell saver"; presiunea abdominală a CO₂ este monitorizată continuu și menținută sub 15 mm Hg. Poziția troacarelor a depins de mărimea splinei. Timpul mediu al operațiilor a fost de 160±53,9 minute, cu limite cuprinse între 100-370 minute. Timpul de îndepărtare a splinei a fost de 42,3±17,3 minute, pierderea de sânge a fost de 330±160 ml, iar perioada de spitalizare postoperatorie a fost de 10,4±1,6 zile. Îndepărtarea manuală a splinei cu pungă de polietilenă după morselarea digitală

(digitoclazie) și/sau fracturarea intra-abdominală a fost realizată printr-o miniincizie adăugătoare suprapubiană.

Transplantul hepatic s-a practicat la 14 pacienți cu ciroză hepatică decompensată documentată histo-patologic, care au îndeplinit criteriile UNOS. Ca și informație, amintim că primul transplant hepatic în RM a fost efectuat în 2013 de academicianul V. Hotineanu și echipa sa în Clinica de Chirurgie nr. 2, Departamentul chirurgie hepato-bilio-pancreatică și Transplant Hepatic, SCR. La moment, în acest Centru de referință a RM, au fost practicate 34 TH, 96 pacienți cirofici aflându-se încă pe lista de așteptare. Tehnica chirurgicală a cuprins 4 etape [62, 105]: a) operația pe donator care constă în prelevarea ficatului, fie a unui fragment hepatic (segmente 2-3, hemificat stâng sau drept) cu pediculi vascolari aferenți; b) operația de “back-table” – prepararea grefei și conservarea ficatului prelevat; c) explantarea ficatului primitorului prin dubla procedură: hepatectomia totală cu sau fără păstrarea venei cave inferioare retrohepatice urmată de transplantarea și realizarea anastomozelor vasculare (cavă, portală, arterială) și biliară.

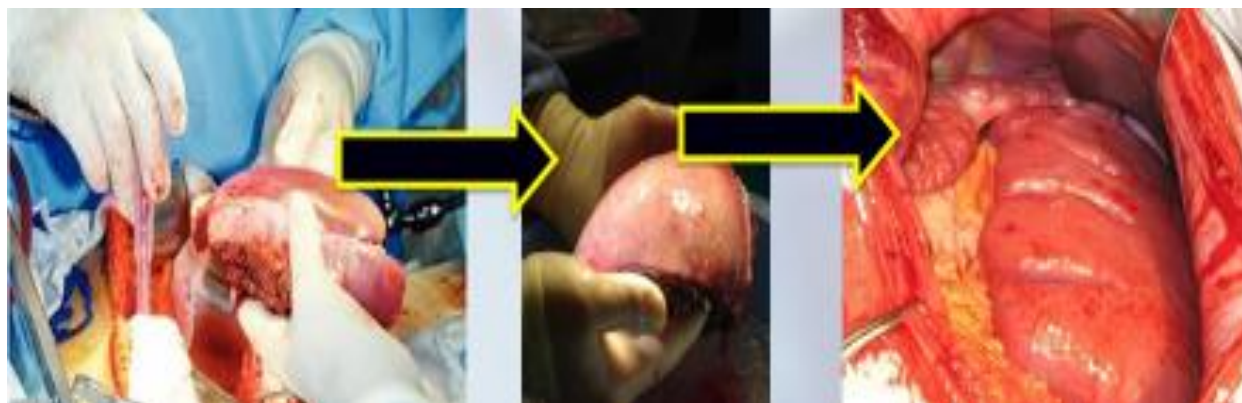


Fig. 2.9. Etapele transplantului hepatic (arhiva Centrului de Chirurgie Hepato-bilio-pancreatică și Transplant Hepatic).

Pacienții din lotul nostru aflați pe lista de așteptare au fost transplantați conform severității afecțiunii hepatice – MELD și gradului de urgență stabilite de comisia multidisciplinară. Explicația reală pentru numărul relativ mic de cazuri transplantate în clinica noastră este dificultatea organizării sistemului de donatori în contextual actual al sistemului medical din Republica Moldova.

2.4. Prelucrarea matematico-statistică a materialului

Datele investigațiilor au fost prelucrate computerizat prin metoda variațională, corelațională și discriminatorie. Toate calculele au fost interpretate prin proba statistică computerizată SPSS-21 și cu ajutorul metodelor statistice din programul Microsoft Excel. Programul respectiv a permis prelucrarea și gruparea materialului obținut, iar în funcție de felul semnelor de evidență s-a efectuat gruparea tipologică și cea variațională în formă tabelară. Au fost estimați indicatorii relativi. Pentru variabilele cantitative am calculat valorile cu tendință centrală. În cazul variabilelor calitative am determinat și frecvențele. Au fost utilizate metode clasice de prelucrare statistică.

Prelucrarea statistică a valorilor cantitative a fost precedată de calculul mediei aritmetice (M), mediei ponderale (P) și a erorii medie ponderale aritmetice (ES). Compararea variabilelor în diferite grupe independente a fost efectuată prin intermediul criteriului Student (t). Analizei ulterioare au fost supuși numai acei indici care se aflau în intervalul probabilității de 95% și mai mult ($p < 0,05$). Gradul de concludență a relațiilor corelative dintre indicatorii evaluați a fost calculat prin coeficientul de corelație (a Pearson). Pentru calcularea coeficientului de corelație a fost utilizată formula de calcul:

$$r_{xy} = \pm \frac{\sum d_x d_y f_{xy}}{\sqrt{\sum (d_x^2 f_x) \sum (d_y^2 f_y)}}$$

în care: r_{xy} – coeficientul de corelație *Pearson*

Σ – semnul însumării;

$d_x d_y f_{xy}$ – produsul dintre abaterile de la media ponderală a variantelor de itemi/parametrii ai chestionarelor SF-36 și LDQOL, ce se corelează și frecvențele perechi corespunzătoare variatelor / fenomenelor x și y .

$d_x^2 f_x$ – produsul dintre pătratele abaterilor de la media ponderată a valorilor variantelor fenomenului x și numărul de frecvențe corespunzătoare fiecărei variante;

$d_y^2 f_y$ – produsul dintre pătratele abaterilor de la media ponderată a valorilor variantelor fenomenului y și numărul de frecvențe corespunzătoare fiecărei variante.

Formula respectivă permite să apreciem gradul de asociație numai dintre doi indicatori studiați și poate avea valori cuprinse între „-1”, „0” și „+1”. Acesta exprimă o legătură perfectă când are valoarea +1. În situația dată, rangurile au valori egale, iar diferența dintre ranguri este egală cu 0. Rangul de asociație reprezintă diferența dintre valoarea cea mai mare și valoarea cea mai mică dintr-o serie în dinamică. La valorile $\pm 0,0 - 0,29$ – asocierea / „legătura” / corelația este slabă, la $\pm 0,30 - 0,69$ – asocierea este moderată / medie, iar la valoarea $\pm 0,70 - 0,99$ – asocierea

este puternică / de putere înaltă. Coeficientul de corelație între fenomene poate fi corect interpretat dacă se ține seama de următoarele aspecte [Spinei, 2009]: între fenomenele ce se corelează să existe, în mod logic, o legătură; cele două fenomene să fie cercetate pe eșantioane omogene; alegerea sau selecționarea frecvenței eșantioanelor să se facă la întâmplare.

Obiectivele lucrării au fost îndeplinite în baza metodelor matematico-statistice, analitice, sociologice și de comparare. În capitolul de față este prezentată metodologia studiului. Noi am efectuat două tipuri de studii: descriptiv (transversal), care a stabilit dinamica și structura principalilor indicatori și analitic selectiv (caz-control), care a dat posibilitatea de a aprecia nivelul calității vieții în raport cu gestul chirurgical aplicat prin intermediul instrumentelor de cercetare SF-36 și SF-LDQOL, care au trecut validarea națională și internațională. După volum a fost efectuat studiul descriptiv (transversal) și cel selectiv retro-prospectiv (caz-control).

Pentru studiul descriptiv reprezentativ a fost proiectat un eșantion de 191 de pacienți cu ciroză hepatică statistic valid și reprezentativ. Iar pentru etapa cercetării statistice caz-control, privind aspectele medico-sociale și individuale ale calității vieții pacienților cu ciroză hepatică, au fost proiectate eșantioane de 95 și 96 pacienți statistic valide și reprezentative.

2.5. Concluzii la capitolul 2

1. Studiul prezent este unul retro-prospectiv îndeplinit în etape consecutive, care au permis elaborarea proiectului de cercetare, testare și monitorizare a calității vieții, determinarea structurii eșantionului, acumularea datelor primare, prelucrarea și analiza rezultatelor obținute prin metodele analitică, comparativă, clinică, sociologică și de biostatistică medicală.
2. Criteriile de selectare a pacienților au fost bine definite, iar loturile de studiu au fost comparabile.
3. A fost creat design-ul studiului, promovată ideea abordării nivelului calității vieții legată de sănătate și optimizat modul chestionării pacienților selectați. Un accent deosebit s-a pus pe studierea și supravegherea dinamică a implicațiilor gestului terapeutic aplicat. Metodele de cercetare utilizate pentru atingerea obiectivelor propuse sunt moderne.
4. Abordările biostatistice ale studiului corespund principiilor moderne de analiză variațională, corelațională, dispersională și descriptivă. Pentru estimarea diferențelor semnificative în mediile a două grupuri s-a utilizat criteriul t-Student. Rezultatele obținute sunt prezentate prin tabele, figuri și diagrame.

3. IMPACTUL MEDICAL AL TEHNICILOR CHIRURGICALE ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII PACIENȚILOR DIN CAZUISTICA CERCETATĂ

3.1. Elaborarea și adaptarea în limba română a chestinarului SF-LDQOL specializat pentru cercetarea calității vieții pacienților hepatici

Contribuția cuantificării calității vieții în elaborarea deciziei terapeutice a fost și este un subiect important pentru bolnav și medic, care impune o analiză complexă și o abordare metodologică diferențiată corectă.

Se știe că măsurarea complexă și dinamică a CV, pe toate dimensiunile sale, este dificilă. Această stare de lucruri poate fi explicată atât prin faptul că instrumentele utilizate în cadrul studiilor sunt variate, cu sensibilitate și valoare predictivă diferită, cât și prin lipsa chestionarelor structurate specifice afecțiunilor hepatice, adaptate populației vorbitoare de limbă română.

Din aceste motive, scopul acestui studiu îl constituie evaluarea valorii informative a chestionarului SF-LDQOL specific pentru identificarea nivelului CV la pacienții cu ciroză hepatică și factorii ce o influențează.

Material și metode

Ca primă etapă a cercetării au fost analizate și sistematizate publicațiile anilor 2000 – 2017 din baza de date Pub Med, ipoteza cercetării fiind identificarea și selectarea chestionarelor specifice pe cazuistica hepatică.

Realizând o trecere în revistă a datelor înregistrate în literatura de specialitate constatăm că, chestionarele internaționale, utilizate în studiul multicentric al unui număr de țări europene, special concepute pentru evaluarea CV pacienților cu afecțiuni cronice hepatice, cuprind protocolar un număr mare de domenii specifice (simptome, efectele activității de zi cu zi, de concentrare, de memorie, a funcției sexuale, probleme sexuale, somn, singurătate, lipsa de speranță, calitate de interacțiune socială, pericol asupra sănătății și stigmatizarea auto-percepută de boli de ficat, etc.), care aduc mari inconveniențe medicului și bolnavului în completarea acestora deloc simplă și ușoară, și de ce nu, și în prelucrarea / interpretarea rezultatelor statistice. În Tabelul 3.1 este prezentat fluxul selectării publicațiilor utilizate în cadrul studiilor concepute pentru evaluarea dinamică a calității vieții pacienților hepatici.

Tabelul 3.1. Caracteristica studiilor disponibile la tematica în cauză: calitatea vieții în maladiile hepatice (Liver Disease Quality of Life – LDQOL), (material adaptat după Aguiar M., [3])

| Anul | Autorii | Tipul publicației | Eșantionul de bolnavi | Țara de origine |
|------|---------------------|--|---|----------------------|
| 2000 | GRALNEK | Articol de dezvoltare și validare a LDQOL | 221 de adulți cu afecțiuni hepatice avansate | California, S.U.A. |
| 2005 | TEIXEIRA STRAUSS | Articol de validare, a versiunii portugheze LDQOL 1.0 | 103 pacienți cu afecțiuni hepatice | Sao Paulo, Brazilia |
| 2007 | GOTARDO | Teză cu aprecierea LDQOL 1.0 | 65 pacienți în lista de așteptare, 61 pacienți cu transplant hepatic, 48 pacienți donatori de sânge | Sao Paulo, Brazilia |
| 2007 | MATOS | Disertație cu aprecierea LDQOL 1.0 | 28 pacienți în lista de așteptare, 18 pacienți la 6 luni de la transplant hepatic, 15 pacienți la un an de la transplant hepatic. | Lisabona, Portugalia |
| 2007 | KIM | Validarea variantei Coreene a chestionarului LDQOL1.0 | - | Seul, Coreea de Sud |
| 2008 | GOTARDO | Articol extras din teză | 65 pacienți în lista de așteptare, 61 pacienți cu transplant hepatic, | Sao Paulo, Brazilia |
| 2008 | KANWAL | Articol de validare a versiunii SF-LDQOL | 156 pacienți în lista de așteptare | California, S.U.A. |
| 2009 | KANWAL | Articol – Asocierea dintre QVRS și SF-LDQOL | 156 pacienți cirofici în lista de așteptare | California, S.U.A. |
| 2009 | ORTEGA | Articol cu aprecierea LDQOL 1.0 | 159 pacienți înainte și 108 după transplant hepatic | Catalania, Spania |
| 2010 | DUFFY | Articol despre rezultatele pe termen lung cu aprecierea LDQOL 1.0 | 163 de pacienți după 20 de ani de supraviețuire | California, S.U.A. |
| 2010 | CASANOVA ST | Articol de apreciere a siguranței chestionarului LDQOL 1.0 versiune spaniolă | 200 de candidați la transplant hepatic | Spania |
| 2011 | MATAS | Articol de disertație | 28 pacienți în lista de așteptare, 18 pacienți la 6 luni și 15 pacienți la un an de la transplantul hepatic | Lisabona, Portugalia |
| 2014 | AGUIAR | Teză cu aprecierea LDQOL 1.0 | 150 pacienți, aprecierea calității vieții după transplantul hepatic | Sao Paulo, Brazilia |
| 2015 | HOTINEANU | SF-LDQOL îndrumare metodică | Validarea versiunii chestionarului LDQOL, formă scurtă, în limba română | Chișinău, Moldova |
| 2016 | AGUIAR | Articol: Corelația calitatea vieții apreciată cu LDQOL 1.0 | 150 pacienți pre și post transplant hepatic. | Fortaleza, Brazilia |

Rezultatele unor studii internaționale relevă o frecvență ridicată a utilizării chestionarelor speciale «LDQOL – Liver Disease Quality of Life 1.0», dezvoltat de Gralnek IM, et al. (2000) și a «SF-LDQOL», elaborat și validat relativ recent de Fasiha Kanwal [73], versiune în limba engleză autoadministrată, cu valoare metodologică bună, fidelitate și consistență internă înaltă, succintă, simplă și rapid de utilizat cu sensibilitate suficient de înaltă [Anexa 2]. De ce am ales chestionarul SF-LDQOL? Pentru că acest instrument de evaluare al CV are o serie de însușiri care îl recomandă:

- SF-LDQOL este un chestionar de autoevaluare cu proprietăți psihometrice bune;
- Scala are domenii utile pentru screening și evaluare periodică sub tratament;
- Este validat și recomandat de profesioniști de talie (context internațional), realizat și sub formă de interviu (față în față sau telefonic);
- Scala SF-LDQOL este suficient de extinsă la un domeniu larg al consecințelor și problemelor de sănătate și permite o detaliere a evoluției statusului clinic al pacienților hepatici ;
- Cere mai puțin efort organizațional și este cost-eficient;
- Oferă feed-back relevant în legătură cu asistența chirurgicală acordată.

Este de remarcat faptul că, în literatura de specialitate autohtonă lipsesc date referitor la disponibilitatea versiunii române a acestui chestionar utilizat pentru măsurarea calității vieții la pacienții cu afecțiuni hepatice cronice.

Scopul acestui studiu, pornind de la aceste observații, a fost traducerea și adaptarea la populația vorbitoare de limba română a chestionarului SF-LDQOL, specific pentru evaluarea influenței diagnosticului de afecțiune cronică hepatică și metodei de tratament multimodal asupra calității vieții.

Planul metodologic al studiului efectuat a inclus următoarele obiective:

1. Traducerea în limba română a versiunii engleze a chestionarului SF-LDQOL structurat pe cazuistica hepatică, ținta finală fiind determinarea fiabilității și ajustarea ulterioară a scorului în practica medicală.
2. Particularizarea acestui chestionar pe problematica chirurgiei hipertensiunii portale prin formularea unui ghid de interviu de evaluare a calității vieții.
3. Elaborarea unei grile generale de analiză on-line a rezultatelor chestionarului.
4. Crearea unui pachet de recomandări privind aprecierea nivelului de deteriorare a calității vieții indusă de boală și gestul terapeutic practicat.

Traducerea, ratificarea și validarea lingvistică a versiunii române a avut loc în Departamentul de chirurgie hepatobiliopancreatică a SCR sub îndrumarea academicianului V. Hotineanu. Prezentul studiu este primul de acest gen efectuat până la acest moment la noi în țară, ținta finală fiind realizarea culturală și lingvistică, și validarea chestionarului SF-LDQOL. Mai întâi am obținut consimțământul scris al principalului autor [Anexa 1], Dr. Fasiha Kanwal, Professor of Medicine at the Baylor College of Medicine (TX) (Kanwal F, Spiegel BM, Hays RD, Gralnek IM. Aliment Pharmacol Ther. 2008, 1:28 (9):1088-101) de a traduce chestionarul specific SF-LDQOL din limba sursă (engleză) în limba țintă (română).

Protocolul metodologic efectuat la „nivel expert” și introdus în practică pentru realizarea obiectivelor studiului și prelucrarea datelor obținute am utilizat următoarele etape.

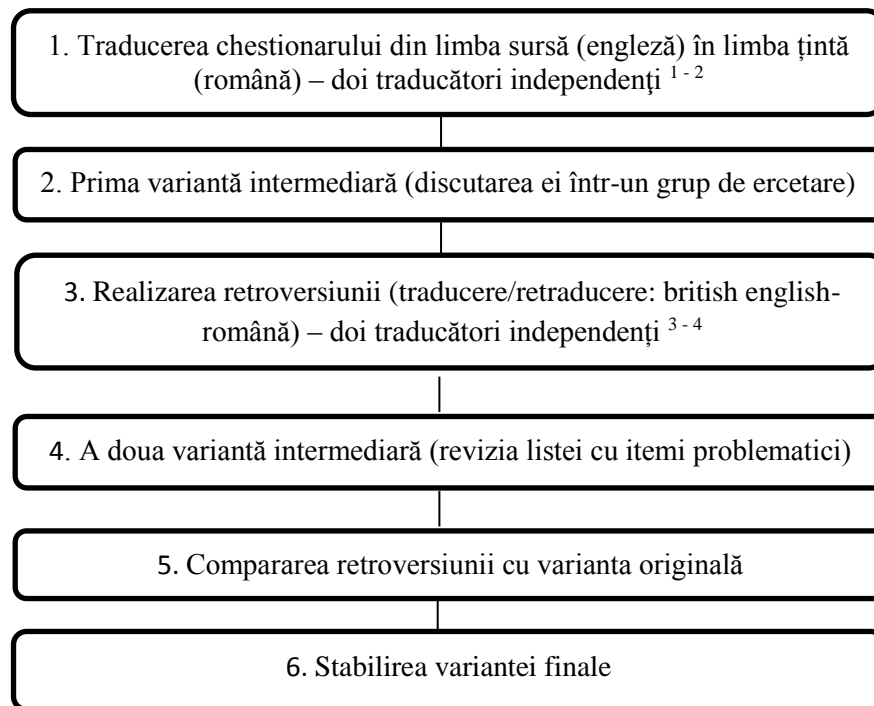


Fig. 3.1 Etapele traducerii chestionarului SF-LDQOL.

Notă : Pentru conformitate – Eugeniu Darii dariieugeniu@yahoo.com; Natalia Taran tarannatalia@yahoo.com; Adrian Hotineanu ahotineanu@yahoo.com; Zinaida Caragaț zcaragat@yahoo.com

Ar trebui de remarcat faptul că la prima etapă a studiului traducerea chestionarului SF-LDQOL, efectuată în Clinică, a fost realizată de doi traducători români autorizați pentru limba engleză. Diferențele dintre cele două traduceri (n=12) au fost discutate, apoi a fost finalizată o primă versiune comună în limba română. Pentru o sensibilitate mai înaltă, această versiune a fost retradusă de un alt translator bilingv de engleză-română în limba engleză, după care autorii au verificat dacă există diferențe de înțeles și de completare a chestionarului (uniformitate și comparabilitate în raport cu varianta engleză).

În aceste circumstanțe, aprecierea experților asupra structurii întrebărilor și itemilor chestionarului SF-LDQOL a fost următoarea :

- Chestionarul răspunde la problemele ridicate privind calitatea vieții pacientului cu afecțiune hepatică;
- Lipsesc diferențe semnificative structurale și lingvistice ale modalității de formulare a întrebărilor și itemilor chestionarului SF-LDQOL;
- Măsurarea calității vieții este corelată, standardizată și comparabilă cu varianta engleză.

Așadar, din punct de vedere metodologic, studiul efectuat de noi prezintă conținutul, aduce modul de scorare și de interpretare a rezultatelor, precum și dovezi ale proprietăților psihometrice pentru componentele și domeniile chestionarului specific SF-LDQOL, traduse și adaptate pentru limba română, respectiv specificul pacienților cu afecțiuni cronice hepatice în rândul cărora au fost administrate. Privitor la analiza datelor am observat, că acest chestionar este ușor de utilizat, furnizează informații importante, dar metodologic, comparativ cu chestionarul SF-36, are un sistem complicat de calculare.

Una din realizările studiului nostru este implementarea în practică a unui program la calculator [Anexa 5], care online oferă acces rapid la date, permite gestionarea informațiilor privind nivelul CV pacienților și micșorează timpul de analiză a rezultatelor. Mai mult, interfața online permite ca pacientul să completeze chestionarul SF-LDQOL, periodic, pentru a informa medicul despre starea sănătății sale, apreciată fiind prin prelucrarea și interpretarea rezultatelor statistice și dinamice.

Un alt punct forte ale prezentei lucrări constă în utilizarea unei palete variate de indicatori și teste statistice univariate, în vederea exploatarei din punct de vedere cantitativ a datelor și a testării factorilor care, prin analiza factorială exploratorie și confirmatorie, contribuie la ameliorarea CV în rândul pacienților cirofici.

Plecând de la consecințele impactului intervențiilor chirurgicale și terapeutice adjuvante, am modificat chestionarul SF-LDQOL cu un set de întrebări particularizate pe percepția subiectivă de evaluare a satisfacției tratamentului urmat.

Ideea de bază de la care am pornit modificarea chestionarului este aceea că setul de întrebări adăugate surprinde percepția pacientului cirotic operat în raport cu consecințele bolii și modalitatea terapeutică aplicată, îndeamnă să aprecieze eficiența gestului curativ aplicat lotului de studiu, procedură utilă la alcătuirea unui plan / ghid individualizat de tratament, care să ajute pacientul să traverseze această perioadă cât mai funcțional posibil.

Cele 4 extra module adăugate de noi la acest chestionar specific evidențiate în tabelele de mai jos relevă influența tratamentului asupra CV prin următoarele răspunsuri: foarte mult, mult, puțin, deloc, spre rău.

1. Vă rugăm să acordați calificative cum intervenția chirurgicală a influențat starea sănătății D-stră?

| În mare măsură | Moderat | În mică măsură | Deloc | Spre mai rău |
|----------------|---------|----------------|-------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. În ce măsură terapia antivirală, dacă a fost aplicată, a influențat calitatea vieții D-stră?

| În mare măsură | Moderat | În mică măsură | Deloc | Spre mai rău |
|----------------|---------|----------------|-------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. Sunteți satisfăcut de rezultatele tratamentului endoscopic al varicelor esofagiene?

| În mare măsură | Moderat | În mică măsură | Deloc | Spre mai rău |
|----------------|---------|----------------|-------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4. Dacă cea mai bună stare este notată cu 100 și cea mai rea stare de sănătate cu 0, încercuiți cifra corespunzătoare CV dumneavoastră :

| | |
|---|---|
| 1 | Afectare ușoară a calității vieții (SCOR: 71-100 puncte) |
| 2 | Afectare moderată a calității vieții (SCOR: 36-70 puncte) |
| 3 | Afectare severă a calității vieții (SCOR: 0-35 puncte) |

O evaluare comparativă a răspunsurilor pacienților intervievați și invitați să răspundă la întrebările particularizate din extra-module arată o diferență de 43% a marjei superioare de ameliorare obținute „bun și foarte bun” în defavoarea răspunsurilor „deloc și spre mai rău”, considerate eșec la terapia adjuvantă practică perioperator.

Alături de aceasta, analiza rezultatelor pe dimensiuni calificative la nivelul lotului de studiu aduce argumente în sprijinul ideii că, extinderea chestionarului SF-LDQOL cu extra-modulele prezentate mai sus, în funcție de necesarul specific fiecărui bolnav, permite evaluarea modului în care pacientul resimte și conștientizează îmbunătățirea calității vieții după actul terapeutic aplicat (operator, medicamentos și endoscopic).

Decizia de a include chestionarul SF-LDQOL în cuantificarea CV pacienților cirofici din lotul nostru de studiu a fost condiționată atât de caracteristicile psihometrice ale acestuia apreciate în Clinica de Chirurgie nr. 2, cât și de avizul pozitiv din exterior, primit din România, Clinica de Gastroenterologie de la Spitalul Clinic de Urgență, Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu, căruia i s-a atribuit semnificații conforme obiectivelor propuse [Anexa 6], care confirm încă odată că studiul este valid, subiecții au fost corect randomizați și urmăriți.

Rezultatele și analiza datelor chestionarului SF-LDQOL la o rată de α -Cronbach confirmă faptul existenței unei coerențe interne ridicate (structura factorială, validitatea de construct și fidelitatea) cu coeficienții de consistență fiabilă internă de peste 0,71 pentru 7 din 9 scale de bază, ceea ce relevă că versiunea română a chestionarului SF-LDQOL corespunde versiunii engleze în

privința siguranței și structurii interne a scorului și este un instrument util pentru practica clinică (Tabelul 3.2).

Tabelul 3.2. Analiza comparativă a fiabilității chestionarului SF-LDQOL varianta română versus varianta engleză (test-retest)

| Lotul pacienților încadrați în studiu | Coeficientul α -Cronbach | | P |
|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------|-------|
| | Versiunea română | Versiunea engleză | |
| Lot control | 0,72 | 0,74 | >0,05 |
| Pacienți cu ciroză hepatică | 0,85 | 0,84 | >0,05 |

Astfel, în baza rezultatelor prezentului studiu consider oportună propunerea realizării unor studii pentru a testa, prin măsurători parametriche dinamice realizate pe un lot clinic vast, calitatea răspunsului terapeutic al pacienților hepatici supuși diferitor gesturi chirurgicale și a valida clinic, prin studii longitudinale, beneficiile unor programe de reabilitare postoperatorie axate pe ameliorarea calității vieții. Mai mult decât atât, complexitatea și gradul scăzut de dificultate al acestui chestionar permite folosirea lui în RM pentru realizarea unor studii comparative privind relația dintre calitatea vieții, severitatea bolii hepatice cronice și eficiența metodelor de tratament, inclusiv cel chirurgical.

Mulțumiri. Am dori să mulțumim Dr. Fasiha Kanwal, Professor of Medicine at the Baylor College of Medicine (TX), prof. V.T. Dumbrava, USMF „Nicolae Testemițanu”, conf. Dr. Paul J. Pora (Sibiu) pentru sprijinul acordat în realizarea chestionarului de către instituțiile și organizațiile pe care le reprezintă. Le mulțumim pentru contribuție numeroaselor persoane care au revizuit chestionarul în diferitele etape ale construcției sale. Pentru traducerea în română/engleză a chestionarului le sunt aduse mulțumiri următorilor medici: Adrian Hotineanu, Natalia Taran, Zinaida Caragaț, Eduard Bortă.

3.2. Particularitățile clinico-evolutive și profilul calității vieții pacienților la etapa de admitere în studiu

Multiplele probleme legate direct de prezența BHC (hepatitelor cronice și cirozelor hepatice), dar și de tratamentul hepatotrop sindromal, antiviral și/sau chirurgical asociat presupun trecerea pacienților hepatici prin diverse statusuri fiziopatologice distincte care pot crește sau micșora riscul de morbiditate și mortalitate, pot ameliora sau deteriora CV.

De aceea, trebuie luată serios în considerare evaluarea în dinamică a CV pacienților cu CH și celor care sunt planificați la intervenție chirurgicală, utilizând chestionare cu fiabilitate și sensibilitate suficientă, care să furnizeze o receptivitate mai mare la schimbările observate, să asigure informații suplimentare importante asupra oportunității și asupra tipului de intervenție terapeutică.

Obiectivul acestei cercetări a fost evaluarea pe domenii diferite a modului în care BHC și tratamentul ei influențează calitatea vieții pacienților cirofici la diferite etape evolutive ale cirozei. Lotul de studiu a fost constituit din 191 de pacienți cu ciroză hepatică, subiecți consecutiv spitalizați în cadrul Spitalului Clinic Republican, tratați medicamentos și urmăriți în Departamentul de Medicină Internă, Disciplina Gastroenterologie și Departamentul de Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică, catedra de Chirurgie nr.2 a USMF „Nicolae Testemițanu”.

Au fost incluși în eșantion și și-au dat acordul de a intra în studiu un număr de 191 de bolnavi, repartizați în 2 loturi, distribuite în mod egal, asigurând astfel similaritatea loturilor din punct de vedere al caracteristicilor de vârstă, sex, grad de activitate al bolii, parametri biologici, imagistici și funcționali.

Diferențele înregistrate au fost doar din punct de vedere al terapiei aplicate, fiind considerate alternative, în funcție de tratament, ca lot de control (L0) sau lot de studiu (L1). Datele demografice, particularitățile statusului clinic, pecum și o gamă largă de aspecte medico-sociale care au avut menirea să elucideze influența cirozei hepatice asupra CV pacienților din loturile studiate sunt rezumate în Tabelul 3.3.

Tabelul 3.3. Caracteristicile demografice ale loturilor de pacienți

| Caracteristici | Lot control (L0, n= 96) | Lot de studiu (L1, n=95) |
|--|-------------------------|--------------------------|
| Bărbați:femei | 46:51 | 35:60 |
| Mediu de proveniență (urban:rural) | 19:77 | 25:70 |
| Vârsta medie a pacienților (medie ± ds) | 43,12±4,1 (18-61 ani) | 45,15±3,81 (20-59 ani) |
| Durata medie a bolii (ani) | 8,3±5,2 | 9,1±4,05 |
| Interval de debut /diagnostic (ani, medie) | 5,12 | 4,37 |
| Comorbidități asociate | 26 | 35 |

Repartiția pe sexe a lotului studiat nu înregistrează diferențe notabile, 42,4% bărbați față de 57,6% femei. Analiza socio-demografică a cazuisticii analizate a evidențiat frecvența mai crescută a sexului feminin (57,6%), ponderea mare a celor din mediul rural (77%) și a persoanelor căsătorite 86%, care îi susține emoțional pe perioada studiului. S-a constatat că numai un procent redus de 45 (23,6%) pacienți din totalul celor selectați, sunt angajați în câmpul muncii. Cercetarea realizată pune în evidență că 125 (65,4%) aveau grupa a II - III de invaliditate, iar 21 (11,0%) - erau pensionați de drept (Figura 3.2).

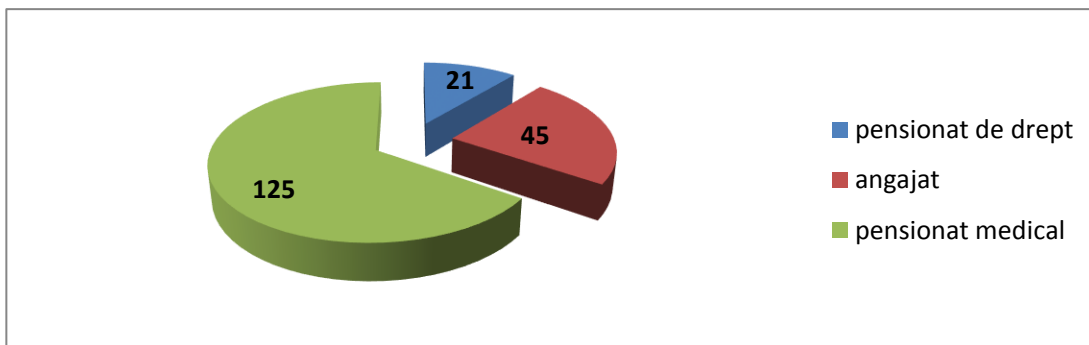


Fig. 3.2. Situația socio-profesională la momentul încadrării în studiu.

Din punct de vedere al etiologiei, leziunea hepatică a fost cauzată de virusul hepatitei cronice B la 81(42,4%) pacienți și de virusul C la 52 (27,2%) pacienți. Etiologia virală mixtă a fost prezentă la 50 pacienți (26,2%), criptogenă – la 8 pacienți (4,2%)(Figura 3.3).

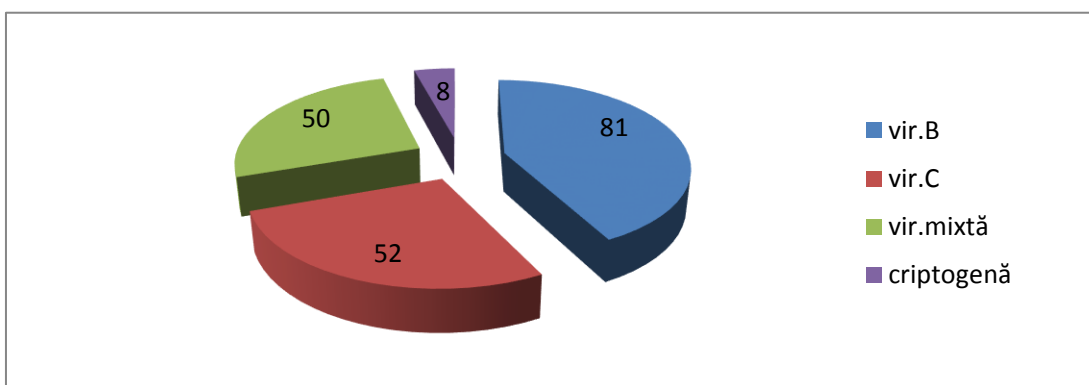


Fig. 3.3. Distribuția loturilor în funcție de etiologia leziunii hepatice.

În ceea ce privește starea generală a pacienților la includerea în studiu, datele relevă că mai mulți pacienți din lotul L1 au fost internați în staționar în stare generală foarte gravă, deși diferențele în acest aspect cu lotul L0 și L1 au fost găsite statistic nesemnificative: 45 (46,9%) și

64 (67,4%) respectiv ($p>0,05$). În urma analizei bazei de date susținem că 84,3% (161 dintre pacienți) au relatat, în ultimii 2 ani, spitalizări frecvente, dintre care 40% au aderat la tratament antiviral. Analizând rezerva funcțională hepatică apreciată după criteriile Child, s-a determinat o pondere majoritară a pacienților cu scorul Child B - 126 (66 %) (Fig.3.4)

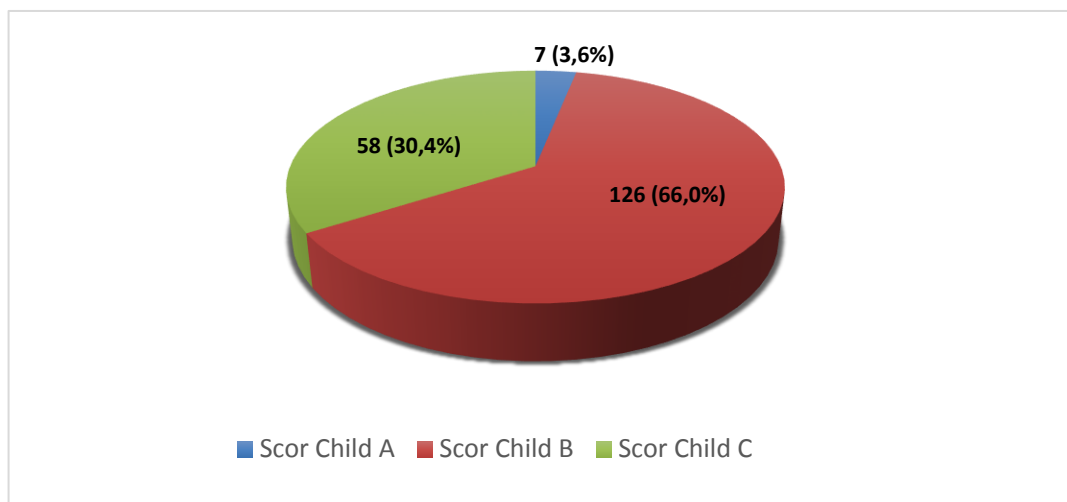


Fig. 3.4. Distribuția cazurilor în funcție de valorile scorului Child-Pugh-Turcotte.

Diagnosticul a confirmat faptul că toți pacienții au avut ciroză hepatică, hipertensiune portală și hipersplenism secundar. Paternul morfopatologic al leziunii hepatice, raportat la criteriile histologice, a relevat faptul că în circa 71% cazuri din lotul chirurgical au avut CH cu caracter macronodular, restul fiind atribuit celui micro-macronodular (Figura.3.5).

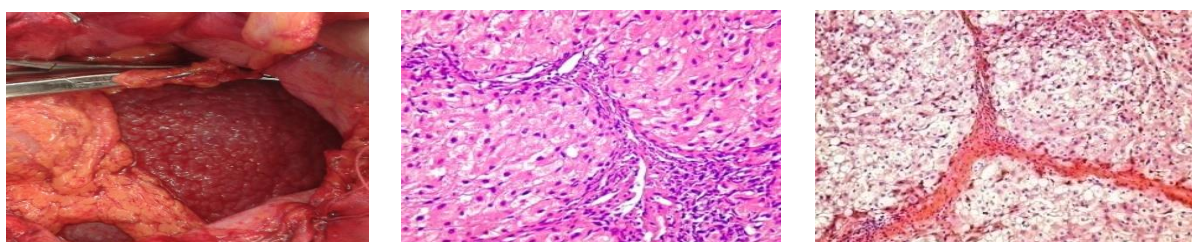


Fig. 3.5. Paternul morfologic al leziunii hepatice din lotul de studiu.

În ceea ce privește caracteristicile clinico-statutare de ansamblu ale pacienților înrolați în studiu, se observă că 2/3 dintre pacienți au arătat o asociere puternică cu diverse complicații evolutive ale bolii hepatice, rezultat prezentat în Tabelul 3.4.

Tabelul 3.4. Caracteristicile clinico-statutare de ansamblu ale pacienților înrolați în studiu

| Loturile de studii | | | | |
|--|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Parametrii | Lot 0 (n=96) | Lot 1a (n=52) | Lot 1b (n=29) | Lot 1c (n=14) |
| Ciroză hepatică HBV | 54(56,2%) | 31(59,6%) | 22(75,9%) | 1(7,1%) |
| Ciroză hepatică HCV | 28(29,1%) | 10(19,2%) | 7(24,1%) | 11(78,6%) |
| Ciroză hepatică mixtă | 14(14,6%) | 11(21,2%) | - | 2(14,3%) |
| <i>Semne clinice</i> | | | | |
| Ascită | 15(15,6%) | 2(3,8%) | 3(10,3%) | 10(71,5) |
| Icter | 11(11,4%) | 2(3,8%) | - | 9(64,2%) |
| HDV în anamneză | 19(19,7%) | 7(13,4%) | 5(17,2%) | 7(50%) |
| Splenomegalie / hipersplenism sever | 71(74%) | 49(94,2%) | 11(37,9%) | 11(78,6%) |
| <i>Durata tratamentului BHC: (în ani)</i> | | | | |
| Până la 1 an | 15(15,6%) | 2(3,8%) | 3(10,3%) | - |
| 1-5 ani | 59(61,5%) | 16(30,8%) | 21(72,4%) | 2(14,3%) |
| Mai mult de 5 ani | 22(22,9%) | 34(65,4%) | 5(17,2%) | 12(85,7%) |
| <i>Tratamente urmate:</i> | | | | |
| Antiviral | 17(17,7%) | 7(13,5%) | 5(17,2%) | 5(35,7%) |
| Endoscopic | 29(30,2%) | 41(78,8%) | 18(62,1%) | 3(21,4%) |
| Chirurgical | 3(3,1%) | 5(9,6%) | - | 1(7,1%) |
| Lista de așteptare pentru transplantul hepatic | 37(38,5%) | 7(13,5%) | - | - |

Agenda : Lotul 0 - lot control; Lotul 1 - lot de studiu divizat în subloturile L1a, L1b, L1c

Este importantă menționarea faptului că, o mare parte dintre pacienții din ambele loturi au prezentat complicații ale cirozei, considerate de noi ca factori de risc medical: ascită (15,6%), encefalopatie hepatică (42,6%), splenomegalie grad 3-4 (74%) și hipersplenism sever (51,2%), varice esofagiene (79,6%, 152 pacienți).

S-a evidențiat o corelație statistic semnificativă cu scorul Child C, dar raportarea procentuală nu a găsit diferențe statistic semnificative între loturile selectate (Lo – L1), care au urmat tratament medical conservativ vs chirurgical. Sub raportul stadializării CH, având la bază criteriile Baveno-IV, pertotal, situația în loturile analizate se prezintă astfel: 123 subiecți din totalul celor 191 de pacienți s-au încadrat în ciroza hepatică subcompensată (64,4%), în timp ce 68 de cazuri (35,6%) au fost diagnosticați cu ciroză clasată ca decompensată (scorul Baveno III și IV).

Repartiția cazurilor din lotul chirurgical de studiu (L1) în funcție de stadiul Baveno a fost următoarea (Tabelul 3.5).

Tabelul 3.5. Distribuția cazurilor stadializate în perioada analizată din punctul de vedere al criteriilor Baveno - IV

| Criterii clinico-endoscopice | | | | | | | | Total | |
|------------------------------|------|---------------------|------|------------------------------|------|-------------------------------|------|-------|-------|
| Ciroză compensată | | | | Ciroză decompensată | | | | | |
| Stadiu I | | Stadiu II | | Stadiu III | | Stadiu IV | | | |
| CH fără VE sau ascită | | CH cu VE fără acită | | CH cu ascită, cu sau fără VE | | CH cu HDV, cu sau fără ascită | | | |
| abs. | % | abs. | % | abs. | % | abs. | % | abs. | % |
| 21 | 22,1 | 35 | 36,8 | 16 | 16,8 | 23 | 24,2 | 95 | 100,0 |

Se observă că majoritatea (58,9%) au fost pacienți cu CH compensată, aceasta explicându-se prin faptul că, înainte de intervenția chirurgicală toți pacienții au fost supuși unui tratament sindromal hepatotrop de pregătire preoperatorie.

Urmărind clasificarea endoscopică Soehendra et K. Binmoeler (1997), raportată la gradul varicelor esofagiene, lotul a fost distribuit astfel: 31,4% dintre cazurile analizate au avut varice de gradul II și 52,4% de gradul III, 2/3 dintre care aveau semne specifice pentru iminență de hemoragie. Un procent important de respondenți (41 cazuri, 21,5%), afirmă în anamneza medicală prezența a 1-2-3 incidente hemoragice; la 86% dintre aceștia s-a practicat ligaturarea endoscopică profilactică primară sau secundară. Gastropatia portală hipertensivă la admiterea în studiu a fost decelată în ordinea frecvenței: 42% formă ușoară și 39% formă severă.

Rezultatele obținute în cadrul studiului reflectă faptul că, manifestările clinico-biologice la includerea pacienților în studiu au constatat prezența sindromului asteno-vegetativ la un procent mare de pacienți (91,1%), hepatopriv la 87,3%, dispeptic (meteorism, grețuri, scăderea apetitului, vome) și hepatocitolitic la 82,1% și 84,2%, respectiv ($p < 0,01$). Conform rezultatelor studiului, la mai mult de 2/3 dintre pacienții incluși în studiu a fost diagnosticat sindrom ascitic asociat cu prezența venelor parietale dilatate, înregistrând o diferență nesemnificativă între loturi după acest criteriu, $p < 0,5$. Ținem să menționăm că ponderea sindromului hepatopriv exprimat clinic prin manifestări ale encefalopatiei portale (labilitate psihoemoțională, insomnie, stări pre- sau comatoase) a constituit 44,8 și 42,7% pacienți, respectiv L0 și L1. Mai mult, analiza datelor obținute a stabilit o prevalență ridicată a pacienților încadrați în studiu (65,4%) care au avut

hiperplenism sever (trombocitopenia cu variația 45.000 - 80.000/mm³) asociat cu splenomegalie importantă (diametrul longitudinal mediu al splinei fiind de 185,0±21,1cm).

Menționăm că aproximativ 1/3 din cazurile analizate au prezentat sindrom hemoragipar (Figura 3.6).

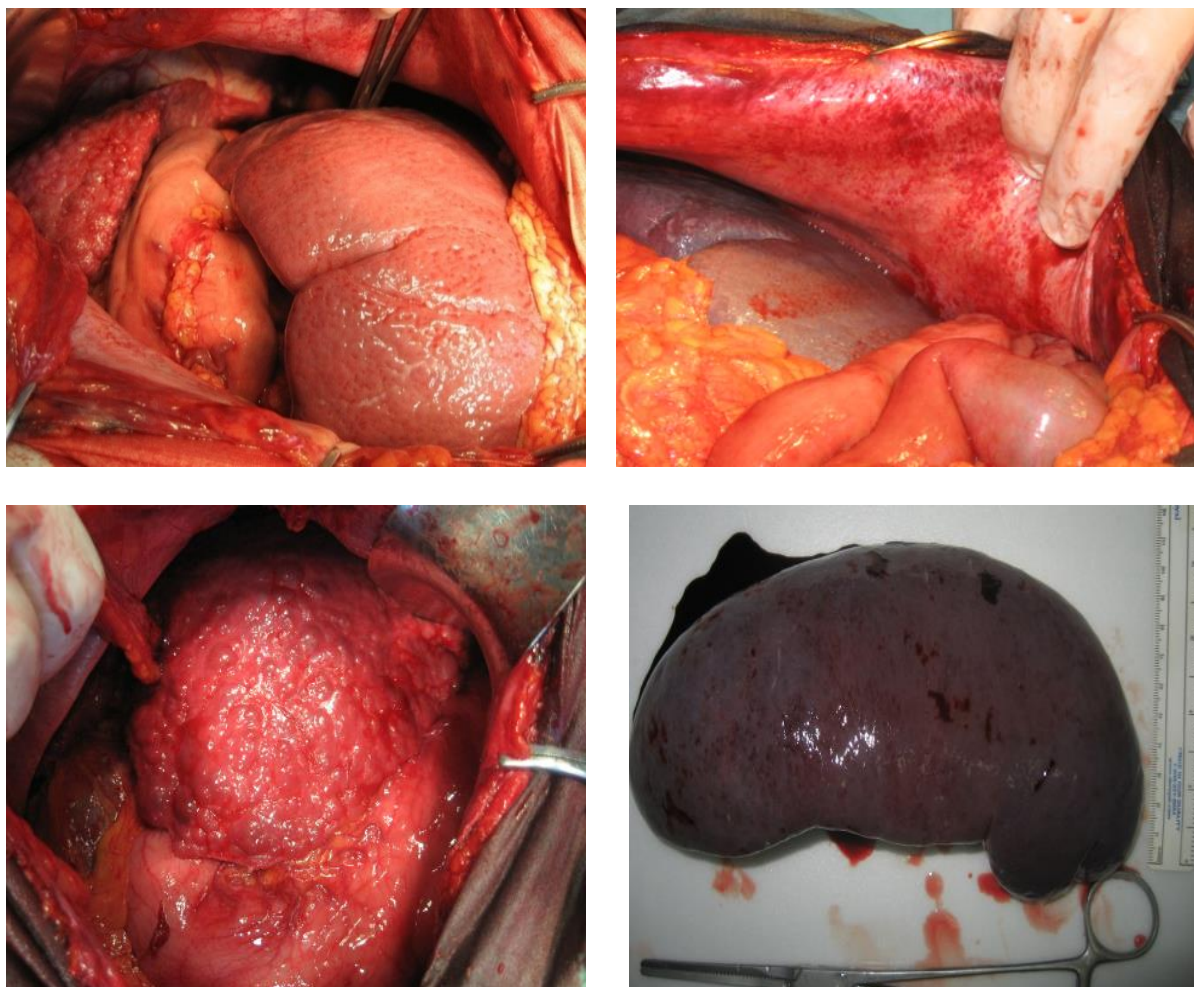


Fig. 3.6 Secvențe intraoperatorii: Splenomegalie/sindrom hemoragipar
(Arhiva Catedrei de chirurgie nr. 2).

Examinând datele referitor la ponderea patologiei asociate, s-a constatat faptul că, în mare parte, loturile de pacienți incluși în studiu au fost comparabile.

Rezultatele obținute, reprezentate în Figura 3.7, reflectă ponderi ridicate ale comorbidităților reprezentate prin cardiopatie ischemică (7,9%), litiază biliară (5,8%), apendicită cronică (5,2%) și în final a subiecților cu 1-2 patologii asociate și diverse complicații evolutive cirozei hepatice (14,1%).

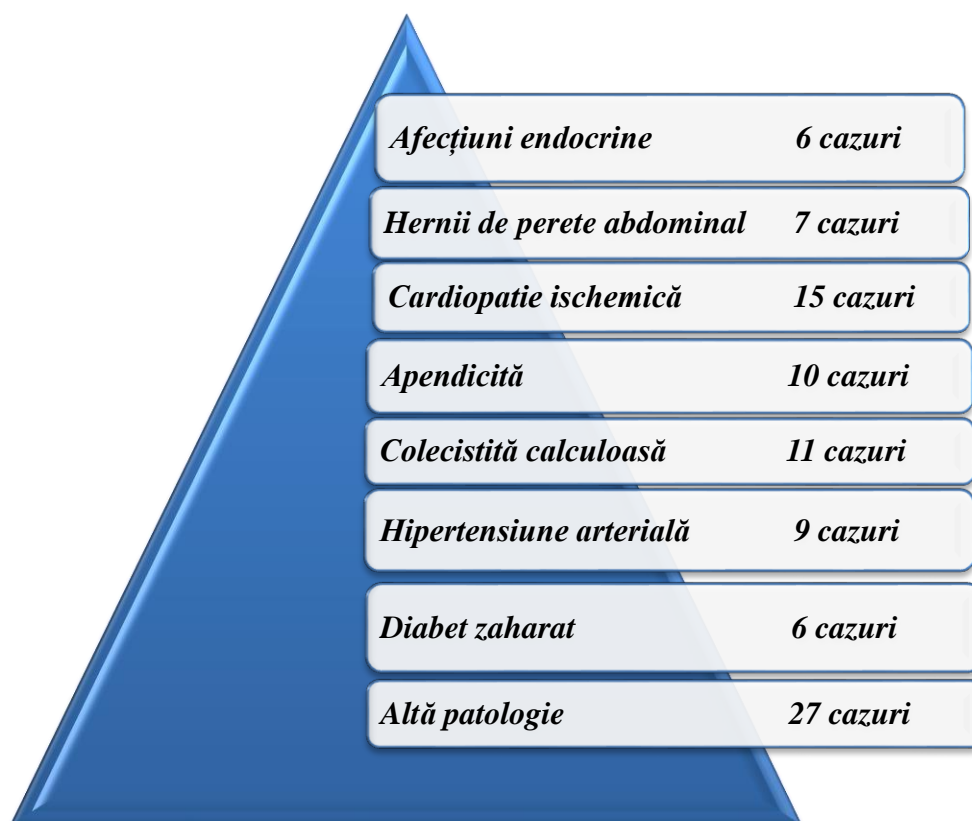


Fig. 3.7. Repartiția pacienților în funcție de bolile asociate.

În urma analizei bazei de date se observă o relație de legătură între litiaza biliară și ciroza hepatică scor Child C, fără a stabili o diferență semnificativă între loturile suspuse examinării $p < 0,5$. Rezultatele studiului confirmă prezența pacienților la care s-a constatat 1 - 2 - 3 comorbidități asociate și diverse complicații evolutive ale cirozei hepatice și hipertensiunii portale. Conduita terapeutică adecvată previne complicațiile severe și ameliorează calitatea vieții pacientului cu ciroză. La admiterea în studiul nostru, din cei 191 pacienți înrolați, mai mult de jumătate (132 pacienți) se aflau sub tratament hepatotrop sindromal, 3,2% urmau medicație antivirală și 2,1% – hormonoterapie.

Recunoașterea și monitorizarea calității vieții legată de sănătate a devenit un element de actualitate al cercetărilor cu privire la boala hepatică cronică (BHC). Pentru atingerea scopului și realizarea obiectivelor tezei am efectuat un chestionar al dimensiunilor calității vieții, realizat în baza scorurile SF-36 și SF-LDQOL, instrumente orientate pe impactul BHC asupra CV, răspunsurile cărora le-am centralizat în următoarele scale: statutul sănătate fizică și sănătate mintală, autoevaluarea simptomelor, consecințelor și problemelor cauzate de BHC, înregistrarea tulburărilor de concentrare și memorie, somn, stigmatizarea bolii hepatice, izolare-speranță,

funcția sexuală. Analiza structurii loturilor în ceea ce privește CV raportată la subiecții sănătoși, constată diferențe semnificative statistic ale valorilor CV ($p < 0,05$) sub acest aspect, ceea ce indică o deteriorarea severă a CV la pacienții din loturile analizate. Monitorizarea CV la pacienții cirofici din cazuistica studiată (lot de control și lot de studiu) a relevat că, la admiterea în studiu, pertotal, nu par a exista diferențe semnificative între loturi (Spearman's rho = 0,018, $p = 0,890$), dar rezultatele obținute trebuie interpretate atent având în vedere eficiența pregătirii preoperatorii și influența acesteia asupra nivelului calității vieții (Figura 3.8).

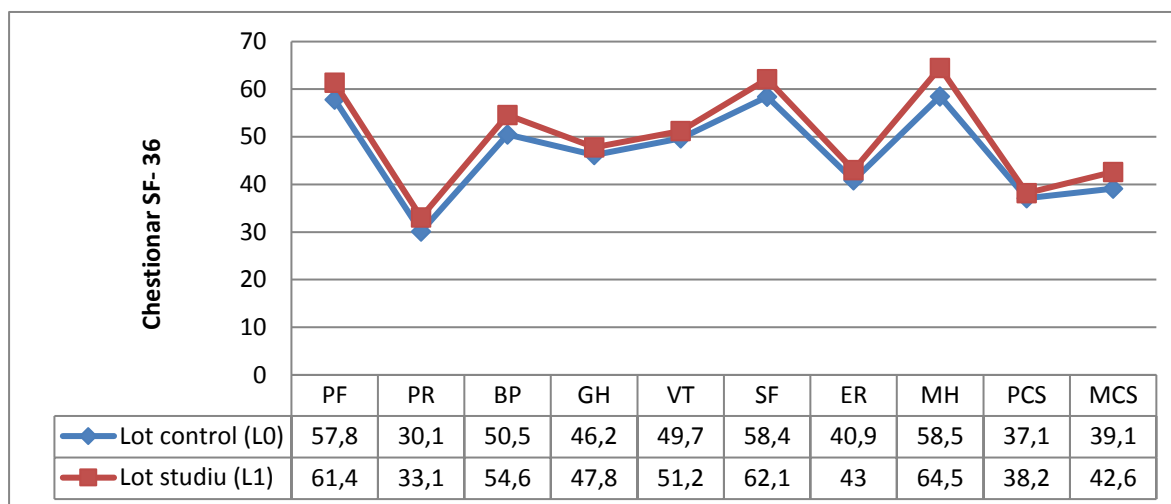


Fig. 3.8. Rezultatele scorului SF-36 calculat pentru cele două loturi (L0/L1). | Legendă: PF-funcția fizică; PR-rol fizic; BP-durere somatică; GH-sănătate generală; VT- vitalitate; SF-funcția socială; ER-rol emoțional; MH-sănătate mintală; PCS-sănătate fizică sumară; MCS-sănătate mintală sumară.

Autoevaluarea CV la momentul internării arată că aproximativ 3/4 dintre pacienții de studiu prezentau o funcție fizică semnificativ scăzută ($p = 0,07$), declarând simptome hepatice severe ($p = 0,005$) și o funcție cognitivă grav afectată ($p = 0,004$), exprimate într-o măsură relativ mai mare la pacienții din lotul L1. Mai mult de atât, în lotul L1 s-a găsit o pondere de 77,9% vs 59,4% din lotul L0 de pacienți care se confruntă cu stări psiho-afective generate de prezența BHC și prezintă dificultăți în efectuarea activităților sociale, declarând că resimt discomfort fizic și că afecțiunea hepatică cronică cu complicațiile ei evolutive le afectează mult capacitatea de a întreține relațiile interumane.

Cercetarea realizată pune în evidență că CH alterează semnificativ calitatea vieții. Constatăm ponderi ridicate ale bolnavilor cirofici incluși în studiu care susțin că, stigmatizarea a fost asociată cu creșterea anxietății (77,9%), extenuării și depresiei (71,3), corelația semnificativă fiind obținută pentru următorii parametri: statusul funcțional, discomfort fizic, diminuarea

capacității de concentrare, oboseală, durere, insomnie ($p < 0,05$), fără diferențe semnificative statistic pentru valorile acestora între loturile comparate.

Rezultatele statistice prelucrate arată o medie a CV de 48,97 cu o DS de 25,1 (lot control) comparativ cu 46,86 cu o DS de 21,1 (lot de studiu). Aspectele prezentate susțin ideea că, în cazul pacienților cirofici din cazuistica analizată, la momentul internării, se atestă o deteriorare pertotală severă a calității vieții.

Cercetarea realizată ne-a oferit și o imagine de ansamblu asupra nivelului general al CV pacienților cirofici încadrați în loturile de studiu. Astfel, pacienții chestionați își apreciază calitatea vieții actuale, la momentul inițial, ca fiind sever afectată (90 pacienți - 47,1%), moderat afectată (71 pacienți - 37,2%), punctajul obținut variind între 20-60 puncte (Tabelul 3.6).

Tabelul 3.6. Impactul cirozei hepatice asupra calității vieții pacientului (imagine de ansamblu)

| Nivelul afectării CV | Lot L0 | | Lot L1 | | Total | | Semnificația statistică |
|--|--------|-------------------------|--------|-------------------------|-------|-------------------|-------------------------------------|
| | Abs. | $P_{L0} \pm ES_{L0} \%$ | Abs. | $P_{L1} \pm ES_{L1} \%$ | Abs. | $P_T \pm ES_T \%$ | |
| Afectare severă a CV (SCOR: 0-35 puncte) | 41 | 42,7 \pm 7,72 | 49 | 51,6 \pm 6,25 | 90 | 47,1 \pm 5,26 | $p > 0,05$; $t_{L1, L0} = 1,71$ |
| Afectare moderată a CV (SCOR: 36-70 p.) | 34 | 35,4 \pm 6,56 | 37 | 38,9 \pm 8,01 | 71 | 37,2 \pm 5,74 | $p < 0,05$; $t_{L1, L0} = 2,04$ |
| Afectare ușoară a CV (SCOR: 71-100 p.) | 21 | 21,8 \pm 6,99 | 9 | 9,5 \pm 10,37 | 30 | 15,7 \pm 6,64 | $p > 0,05$; $t_{L1, L0} = 0,12$ |
| Total | 96 | 100,0 | 95 | 100,0 | 191 | 100,0 | - |

Comparând statistic cele două răspunsuri interlot etichetate ca sever afectată și moderat afectată constatăm că valorile lui F nu sunt semnificative statistic la un prag de $p = 0,05$, condiție care ne permite să afirmăm că loturile L0 și L1 sunt relativ omogene ca severitate a CH cu efect negativ similar asupra stării de bine și asupra calității vieții legată de sănătate.

La internare, în cadrul ambelor loturi au predominat cazurile cu următoarele stări patologice: depresie cauzată de incertitudinea în viitor la 63,3% (121) bolnavi; anxietatea legată de evoluția progresivă a bolii la 67% (128) bolnavi chestionați; lipsa de speranță la 66,5% (127 cazuri) tradusă prin izolare și cedarea în fața bolii cronice; însingurarea și neajutorarea raportată de 59,7% (114 pacienți); devalorizarea imaginii de sine la 59,2% (113 pacienți). Referitor la problemele cu caracter social, 121 de pacienți (63,3%) au consemnat limitarea capacităților de muncă, iar 128 (67%) relatează lipsa satisfacerii nevoilor de ordin psihologic și fizic. Studiul evidențiază că așteptările, depresia și parametrii socio-clinici nu au fost semnificativi pentru

precizarea eficienței terapeutice. În cazul cercetării noastre se observă, că peste 2/3 dintre respondenți (66,5%) își manifestă nemulțumirea față de nivelul CV legat de sănătate, iar o pondere de 83,44% susțin că prezența CH exercită un impact major asupra calității vieții în general. Dacă ne raportăm la analiza scorului mediu SF-36 pe dimensiuni constatăm un nivel înalt de deteriorare a domeniilor CV sub aspectul sănătății fizice și psihice, traduse după cum urmează: funcția fizică, scor de [-32]; rol fizic [-48]; durere somatică, scor de [-20]; starea generală de sănătate, scor de [-14]; vitalitate, scor de [-10]; funcție socială, scor de [-16]; rol emoțional, scor de [-32]; limitări datorate stării de sănătate fizică, scor de [-47]; sănătatea sumară mentală, scor de [-8]; sănătatea sumară psihică, scor de [-9]. Atitudinile disfuncționale importante evidențiate, aflate statistic la un nivel mai înalt decât la populația generală, sunt distribuite în Tabelul 3.7.

Tabelul 3.7. Profilul calității vieții la pacienții cirofici din lotul de studiu raportat la persoanele aparent sănătoase (scor SF-36)

| Parametrii CV , SF-36 | Lotul de studiu $P_1 \pm ES_1$ | Lotul observațional $P_{L0} \pm ES_0$ | P |
|------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|
| Funcția fizică (PF) | 61,40 ± 7,26 | 93,17 ± 5,78 | $p < 0,001$; $t_{1-0} = 3,42$ |
| Rolul fizic (PR) | 33,12 ± 7,02 | 81,12 ± 8,97 | $p < 0,001$; $t_{1-0} = 4,21$ |
| Durere somatică (BP) | 54,60 ± 7,42 | 74,43 ± 10,01 | $p > 0,05$; $t_{1-0} = 1,59$ |
| Sănătate generală (GH) | 49,80 ± 7,45 | 65,76 ± 10,87 | $p > 0,05$; $t_{1-0} = 1,21$ |
| Vitalitate (VT) | 51,20 ± 7,45 | 68,21 ± 10,68 | $p > 0,05$; $t_{1-0} = 1,31$ |
| Funcție socială (SF) | 62,06 ± 7,23 | 78,89 ± 9,36 | $p > 0,05$; $t_{1-0} = 1,42$ |
| Rol emoțional (ER) | 43,00 ± 7,38 | 75,87 ± 9,82 | $p < 0,01$; $t_{1-0} = 2,67$ |
| Sănătate mintală (MH) | 64,50 ± 7,11 | 77,54 ± 9,57 | $p > 0,05$; $t_{1-0} = 1,09$ |

Din Tabelul 3.7 reiese că există diferențe semnificative ($p < 0,05$) între scalele chestionarului generic SF-36 obținute la pacienții cirofici încadrați în lotul de studiu, în comparație cu subiecții aparent sănătoși, rezultate printr-un grad apreciabil de afectare a sănătății generale, a vieții sociale și de familie, a activității profesionale. În ceea ce privește impactul tratamentului sindromal de protecție hepatică și simptomatic asupra calității vieții, răspunsurile au fost în proporție de 38,1% că pacientul acceptă acest tip de tratament, dar nu este satisfăcut de evoluția bolii hepatice cronice, procentul intergrup fiind același.

Aceste date demonstrează că statutul global de sănătate al eșantionului nostru este semnificativ mai deteriorat decât cel al populației de referință ($p < 0,001$). Un aspect important de menționat aici este că, din analiza scorului mediu SF-36 în cadrul lotului de studiu L1, tratat în

continuare chirurgical, constatăm o diferență statistic semnificativă a tuturor scalelor analizate comparativ între subploturile L1a-L1b-L1c (Tabelul.3.8), ceea ce indică faptul că alegerea gestului terapeutic, în cazul cercetării noastre, este influențat nu numai de starea funcțională hepatică a pacientului cirotic de interes chirurgical, dar și de profilul calității vieții lui.

Tabelul 3.8. Compararea profilului CV la etapa preoperatorie în funcție de operația efectuată

| Scor SF-36 | Lotul Caz (L ₁) | | | Lot observațional P _{L0} ±ES |
|---------------------------------|---|---|---|--|
| | Caz (L _{1A}) DVA+SPLT P _{LA} ±ES _{LA} (n=52) | Caz (L _{1B}) DVA+SPLL P _{LB} ±ES _{LB} (n=29) | Caz (L _{1C}) TH P _{LC} ±ES _{LC} (n=14) | |
| 1. Funcția fizică (PF) | 58,64 ± 6,83 | 58,64 ± 9,31 | 53,80 ± 13,82 | 93,17 ± 2,57 |
| | <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{L1A-L0} =4,73 | <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{L1B-L0} =3,58 | <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> _{L1C-L0} =2,57 | semnificația statistică |
| 2. Rol fizic (PR) | 29,42 ± 6,32 | 29,42 ± 8,61 | 31,00 ± 12,83 | 81,12 ± 3,98 |
| | <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{L1A-L0} =6,92 | <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{L1B-L0} =5,45 | <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{L1C-L0} =3,73 | semnificația statistică |
| 3. Durere somatică (BP) | 51,06 ± 6,93 | 51,06 ± 9,45 | 50,30 ± 13,86 | 74,43 ± 4,45 |
| | <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> _{L1A-L0} =2,84 | <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} =2,24 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =1,65 | semnificația statistică |
| 4. Sănătate generală (GH) | 47,43 ± 6,92 | 47,43 ± 9,44 | 46,80 ± 13,84 | 65,76 ± 4,84 |
| | <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} =2,84 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} =1,73 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =1,29 | semnificația statistică |
| 5. Vitalitate (VT) | 49,98 ± 6,93 | 49,98 ± 9,45 | 47,80 ± 13,85 | 68,21 ± 4,75 |
| | <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} =2,17 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} =1,72 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =1,39 | semnificația statistică |
| 6. Funcția socială (SF) | 60,27 ± 6,79 | 60,27 ± 9,25 | 55,60 ± 13,78 | 78,89 ± 4,17 |
| | <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} =2,34 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} =1,84 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =1,62 | semnificația statistică |
| 7. Rol emoțional (ER) | 38,71 ± 6,75 | 38,71 ± 9,21 | 43,30 ± 13,74 | 75,87 ± 4,37 |
| | <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{L1A-L0} =4,62 | <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{L1B-L0} =3,65 | <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =2,26 | semnificația statistică |
| 8. Sănătatea mintală (MH) | 64,43 ± 6,64 | 64,43 ± 9,05 | 63,00 ± 13,39 | 77,54 ± 4,26 |
| | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} =1,66 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} =1,31 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =1,03 | semnificația statistică |
| I. Sănătate fizică sumară (PCS) | 35,18 ± 6,62 | 35,18 ± 9,02 | 37,30 ± 13,41 | 67,10 ± 4,79 |
| | <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{L1A-L0} =3,90 | <i>p</i> > 0,01; <i>t</i> _{L1A-L0} =3,12 | <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =2,09 | semnificația statistică |
| II. Comportamentul mintal (MCS) | 45,57 ± 6,91 | 45,57 ± 9,41 | 40,30 ± 13,60 | 69,00 ± 4,72 |
| | <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> _{L1A-L0} =2,80 | <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} =2,23 | <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =1,99 | semnificația statistică |

Analizarea nivelului afectării CV, testată pe baza chestionarului SF-36, a arătat că la 14 pacienți a CV fost afectată ușor (scor: 71-100 puncte), 112 au atins un nivel moderat de afectare a CV (scor: 36-70 puncte), 65 au prezentat afectare severă a CV (scor: 0-35 puncte), cu o relație de legătură între cele 3 clase Child A, B și C: ($r=-0,352$, $r^2=0,11$, $p<0.001$ pentru corelația *clasa Child B*, respectiv $r=-0,240$, $r^2=-0.331$, $p<0.001$ pentru corelația *clasa Child C*) (Tabelul 3.9).

Tabelul 3.9. Clase de severitate hepatică după Child și parametrii calității vieții în funcție de scorul SF- 36

| Clasa de severitate | Clasa A | | Clasa B | | Clasa C | | Total | |
|---|----------------------------|------------------|----------------------------|------------------|---------------------------|----------------|-------|----------------|
| | Abs. | $P_A \pm ES_A\%$ | Abs. | $P_B \pm ES_B\%$ | Abs. | $P_C \pm ES_C$ | Abs. | $P_T \pm ES_T$ |
| Afectare ușoară a CV (SCOR: 71-100 puncte) | 5 | 71,43±22,59 | 9 | 7,14±9,10 | 0 | 0 | 14 | 100 |
| <i>Semnificația statistică</i> | $p<0,05$; $t_{A,B}=2,64$ | | $p>0,05$; $t_{B,C}=0,78$ | | $p<0,05$; $t_{A,C}=3,16$ | | - | |
| Afectare moderată a CV (SCOR: 36-70 puncte) | 0 | 0 | 67 | 53,17±6,09 | 45 | 77,59±6,21 | 112 | 100 |
| <i>Semnificația statistică</i> | $p<0,001$; $t_{A,B}=8,72$ | | $p<0,01$; $t_{B,C}=2,80$ | | $p>0,05$; $t_{A,C}=0,13$ | | - | |
| Afectare severă a CV (SCOR: 0-35 puncte) | 2 | 28,57±4,51 | 50 | 39,68±6,92 | 13 | 22,41±12,04 | 65 | 100 |
| <i>Semnificația statistică</i> | $p<0,05$; $t_{A,B}=0,24$ | | $p>0,05$; $t_{B,C}=1,24$ | | $p>0,05$; $t_{A,C}=0,13$ | | - | |
| Total | 7 | 3,66±7,67 | 126 | 65,45±4,24 | 58 | 30,37±6,04 | 191 | 100 |
| <i>Semnificația statistică</i> | $p<0,001$; $t_{A,B}=7,05$ | | $p<0,001$; $t_{B,C}=4,76$ | | $p>0,05$; $t_{A,C}=2,74$ | | - | |

Diferențe mult mai evidente statistic veridice au fost obținute din variațiile individuale ale componentelor scorului SF-LDQOL raportate la scorul Child. Repartizarea acestora este sugestivă în Tabelul 3.10 ce urmează.

Tabelul 3.10. Clase Child de severitate hepatică și parametrii calității vieții (scor SF-LDQOL)

| SF-LDQOL/Domenii | Child A | Child B | Child C |
|---|-----------|------------|------------|
| Simptome legate de boala hepatică | 78.7±11.2 | 61.9±15.3* | 54.8±21.1* |
| Consecințele bolii hepatice | 71.1±14.1 | 54.2±11.5* | 52.6±21.7 |
| Concentrarea și Memoria | 77.1±13.4 | 62.1±31.1* | 45.6±26.1* |
| Probleme cauzate de boală | 57.3±24.1 | 53.1±21.2* | 51.8±31.5* |
| Somn | 63.1±18.1 | 55.3±23.3* | 47.2±19.6* |
| Izolare | 92.0±13.6 | 84.9±15.8* | 85.5±16.8 |
| Speranța | 79.5±14.6 | 77.1±24.6 | 69.6±31.5* |
| Stigmă bolii hepatice | 79.2±30.1 | 63.5±31.5* | 48.2±31.1* |
| Funcția/ problemele sexuale | 71.0±35.3 | 59.9±32.7* | 63.8±22.2* |
| Simptome legate de boala hepatică | 78.7±11.2 | 61.9±15.3* | 54.8±21.1* |
| Notă : * $p \leq 0,005$, comparativ cu grupa precedentă a studiului. Datele sunt prezentate drept medie și deviere standart. | | | |

Din datele înregistrate pe parcurs am dedus că rezultatele scorurilor de calitate a vieții din SF-36 ("sănătate fizică", "sănătate psihică"), dar și cele din SF-LDQOL (simptome legate de boala hepatică, consecințele bolii hepatice, concentrarea și memoria, stigmă bolii hepatice) permit crearea unei imagini mai ample asupra modului în care pacienții cu CH se repartizează la diferite rubrici ale CV și atestă că, odată cu evoluția CH apare o alterare semnificativă a calității vieții.

O mențiune specială trebuie acordată domeniilor care au urmat o diferență veridică din punct de vedere statistic, bazată pe comparație, din clasele Child C și A (pentru lotul studiat): Simptomele BHC (54,8 vs 78,4; $p=0,005$); Consecințele BHC (52,6 vs 71,1; $p=0,014$); Concentrația și memoria (46,6 vs 77,1; $p=0,038$); Interacțiunea socială (51,8 vs 57,3; $p=0,016$); Somn (47,2 vs 63,1; $p=0,041$); Stigmatizarea (48,2 vs 79,2; $p=0,013$).

Cu toate acestea, prelucrarea statistică a itemilor cu impact major din chestionar arată că există o modificare a nivelului CV din contul următoarelor scale ale scorului: probleme cauzate de BHC (-41), somnul (-45), consecințele BHC și speranța (-34, respectiv), funcție/probleme sexuale (-35) și simptomele bolii hepatice (-34). De asemenea diferențele între clasele Child B și C au fost semnificative în domeniile: Simptome (54,8 vs 61,9; $p=0,018$); Concentrație/memorie (45,6 vs

62,1; $p=0,041$); Stigmatizarea (48,2 vs 63,5; $p=0,031$). De altfel, toate diferențele sunt statistic semnificative la un prag $p<0,002$.

Din analiza chestionarului specific care raportează datele privind calitatea vieții pacienților cirofici la internare, observăm că aproximativ 2/3 din cazuistica cercetată (61,01%) declară o pondere înaltă a „simptomelor bolii hepatice” (edeme pe membrele inferioare, gingivoragii, vome, dispnee, frustrare și semne de extenuare din cauza bolii hepatice).

În cadrul aceluiași studiu, s-a evidențiat că ponderea majoritară a pacienților (91,6%) din eșantionul studiat se confruntă cu stări de anxietate, oboseală, extenuare și pesimism, generate de boala cronică hepatică.

În consecință, putem afirma că valorile statutului global de sănătate au următoarele particularități: cele mai mici au fost găsite la pacienții încadrați în clasa A de severitate, pacienții din clasa B au avut valori intermediare, iar pacienții din clasa C suferă cea mai accentuată deteriorare a profilului CV.

Este cunoscut faptul că, selecția pacienților cu ciroza hepatică și hipertensiune portală asociată, candidați pentru intervenție chirurgicală a fost și rămâne a fi o problemă, în strânsă legătură cu stadiul evolutiv al ciroza hepatică, prezența complicației hipertensiune portală și starea generală legată de calitatea vieții.

O particularitate a cercetării noastre în acest context este reprezentată de studiul comparativ, cu caracter informativ, al profilului CV analizat anterior intervenției chirurgicale (preoperator), în subploturile L1a, L1b și L1c, prin intermediul scorului SF-LDQOL (Tabelul 3.11).

Tabelul 3.11. Rezultatele autoevaluării CV apreciate preoperator pe subloturile studiate (chestionar SF-LDQOL)

| | Lotul Caz (L ₁) | | | Lot observațional |
|--------------------------------------|---|---|---|--|
| | Caz (L _{1A}) DVA+SPLT P _{LA} ±ES _{LA} (n=52) | Caz (L _{1B}) DVA+SPLL P _{LB} ±ES _{LB} (n=29) | Caz (L _{1C}) TH P _{LC} ±ES _{LC} (n=14) | |
| 1. Simptome legate de boala hepatică | 56,60 ± 6,87 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> L _{1A} -L ₀ =3,93 | 54,60 ± 9,41 <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> L _{1B} -L ₀ =3,21 | 68,60 ± 12,87 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> L _{1C} -L ₀ =1,37 | 86,80 ± 3,45 <i>semnificația statistică</i> |
| 2. Consecințe ale bolii hepatice | 57,80 ± 6,85 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> L _{1A} -L ₀ =4,11 | 57,80 ± 9,33 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> L _{1B} -L ₀ =3,15 | 41,3 ± 13,65 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> L _{1C} -L ₀ =1,98 | 88,90 ± 3,21 <i>semnificația statistică</i> |
| 3. Concentrarea și Memoria | 48,80 ± 6,92 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> L _{1A} -L ₀ =5,36 | 48,80 ± 9,45 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> L _{1B} -L ₀ =3,91 | 46,40 ± 13,83 <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> L _{1C} -L ₀ =2,92 | 87,92 ± 3,33 <i>semnificația statistică</i> |
| 4. Probleme cauzate de boală | 41,70 ± 6,84 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> L _{1A} -L ₀ =4,56 | 43,62 ± 9,37 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> L _{1B} -L ₀ =4,35 | 45,9 ± 13,82 <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> L _{1C} -L ₀ =1,99 | 87,00 ± 3,43 <i>semnificația statistică</i> |
| 5. Somn | 44,70 ± 6,89 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> L _{1A} -L ₀ =4,78 | 46,40 ± 9,42 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> L _{1B} -L ₀ =3,54 | 52,31 ± 13,85 <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> L _{1C} -L ₀ =2,09 | 82,50 ± 3,87 <i>semnificația statistică</i> |
| 6. Izolare | 44,30 ± 6,89 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> L _{1A} -L ₀ =6,89 | 47,80 ± 9,44 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> L _{1B} -L ₀ =4,48 | 64,40 ± 13,28 <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> L _{1C} -L ₀ =2,03 | 91,90 ± 2,78 <i>semnificația statistică</i> |
| 7. Speranța | 46,20 ± 6,91 <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> L _{1A} -L ₀ =2,78 | 47,20 ± 9,44 <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> L _{1B} -L ₀ =2,05 | 57,30 ± 13,72 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> L _{1C} -L ₀ =0,84 | 69,50 ± 4,69 <i>semnificația statistică</i> |
| 8. Stigma bolii hepatice | 71,20 ± 6,28 <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> L _{1A} -L ₀ =2,69 | 72,20 ± 8,46 <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> L _{1B} -L ₀ =1,98 | 50,30 ± 13,86 <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> L _{1C} -L ₀ =2,79 | 90,00 ± 3,06 <i>semnificația statistică</i> |
| 9. Funcția / problemele sexuale | 62,20 ± 6,72 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> L _{1A} -L ₀ =3,67 | 64,40 ± 9,05 <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> L _{1B} -L ₀ =2,63 | 64,70 ± 13,25 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> L _{1C} -L ₀ =1,83 | 89,60 ± 3,12 <i>semnificația statistică</i> |

Analiza rezultatelor scorului specific SF-LDQL de calitate a vieții a detectat că pacienții cirofici din sublotul L_{1C} cuprinși în studiu au o funcție fizică semnificativ scăzută (*p*=0,07), declarând simptome hepatice severe (*p*=0,005) și o funcție cognitivă afectată (*p*=0,004).

Privitor la analiza comparativă a datelor a fost interpretată următoarea distribuție:

- Valoarea itemului „consecințele bolii hepatice” a fost de 57,80±6,85 la sublotul L_{1A} (devascularizare azygoportală+splenectomie tradițională) și la sublotul L_{1B} (devascularizare azygoportală+splenectomie laparoscopică) cu o pondere mult mai mică pentru sublotul L_{1C} (transplant hepatic) constituind 41,3±13,65 vs 88,90±3,21 din lotul de control.

- În aceleași tendințe scăzute ale incidenței și valorii se încadrează și itemul „concentrare și memorie” (ponderea cea mai mică – $46,40 \pm 13,83$ – înregistrând-o la cei din subplotul L1c).
- Itemul „probleme cauzate de boală” a atins valori de $45,9 \pm 13,82$ - subplot L1c vs $87,00 \pm 3,43$ lot control și itemul „stigmatizarea bolii hepatice” care a variat între $71,20 \pm 6,28$ (L1a), $72,20 \pm 8,46$ (L1b) și $50,30 \pm 13,86$ (L1c) vs $90,00 \pm 3,06$ în lotul martor.

Aceste date susțin că, comparațiile directe realizate între scorurile testate la înrolarea în studiu a pacienților cirofici au înregistrat, după cum era de așteptat, micșorarea indicilor integrali ai CV, tradusă printr-un punctaj mai mic obținut la indicele calității vieții bolnavilor din subplotul L1c.

Aceste rezultate au o importanță deosebită fiindcă permit argumentarea necesității selecției pacienților candidați pentru intervenții chirurgicale, influențează adaptarea strategiei de tratament profilactic și curativ adresat la fiecare pacient de interes chirurgical în parte, în scopul ameliorării rezultatelor terapeutice.

Mai mult, particularizarea acestor date ne sugerează necesitatea de a analiza și monitoriza în dinamică, la diferite etape postoperator, calitatea vieții pacienților cu ciroză hepatică în raport cu gestul terapeutic practicat.

Un alt obiectiv al cercetării a fost identificarea factorilor cu acțiune negativă asupra valorilor SF-36 și SF-LDQOL, atât pe scale cât și global. În ceea ce privește evaluarea calității vieții legată de sănătate și a factorilor care o condiționează, aceștia reprezintă o etapă obligatorie, în elaborarea oricărei strategii, deoarece identificarea factorilor condiționali permit formularea de alternative terapeutice, obiective strategice și măsuri în vederea realizării lor [96].

Prin evoluția indicilor sumari ai comportamentului fizic și mintal am urmărit relația dintre factorii clinico-biologici și calitatea vieții. Factorii de risc care au contribuit la manifestarea clinică non-benefică a pacienților cirofici sunt prezentați în Tabelul 3.12.

Tabelul 3.12. Relația dintre factorii biologici și clinici și calitatea vieții

| Variabile | N=191 | Indicii sumari ai chestionarului SF-36 | | | |
|---|------------------|---|-------------------------|--|-------------------------|
| | | Compartimentul fizic al sănătății (CFS) | | Compartimentul mintal al sănătății (CMS) | |
| | | Mediana (95% SD) [extreme] | Semnificația statistică | Mediana (95% SD) [extreme] | Semnificația statistică |
| Vârsta medie de debut al patologiei (ani) | | | | | |
| < 40 | 128 ¹ | 39,0 (36-44) | P > 0,05 | 44,0 (41-46) | P > 0,05 |
| ≥ 40 | 63 ² | 38,0 (35-41) | | 43,0 (38-47) | |
| Durata medie a bolii hepatice cronice (ani) | | | | | |
| < 5 ani | 72 ¹ | 37 (35-42) | P > 0,05 | 42 (38-44) | P > 0,05 |
| ≥ 5 ani | 119 ² | 36 (44-45) | | 41 (40-46) | |
| Sex | | | | | |
| Bărbați | 81 ¹ | 37 (34-43) | P > 0,05 | 43 (40-47) | P > 0,05 |
| Femei | 110 ² | 38 (36-44) | | 43 (38-45) | |
| Criteriile Baveno IV | | | | | |
| I-II | 114 ¹ | 44 (40-47) | P < 0,05 | 43 (41-45) | P > 0,05 |
| III-IV | 77 ² | 39 (34-43) | | 41 (36-44) | |
| Frecvența internărilor (12 luni) | | | | | |
| O internare | 65 ¹ | 41 (39-43) | P < 0,05 | 41 (38;43) | P < 0,05 |
| Mai mult de o internare | 126 ² | 37 (35-42) | | 34 (29;36) | |
| Lot terapeutic | | | | | |
| Tr. hepatotrop/sindromal | 47 ¹ | 38 (31-46) | P > 0,05 | 43 (40-45) | P > 0,05 |
| Tr. hepatotrop + antiviral | 23 ² | 40 (36-44) | | 44 (39-47) | |
| Tr. hepatotrop + LEVE | 121 ³ | 41 (38-43) | | 43 (39-45) | |

Așa cum se poate observa din Tabelul 3.13, pacienții cu vârstă „sub 40 de ani” au acumulat scoruri mai înalte la PCS (39,0% respectiv 38,0%) și MCS (44,0% respectiv 43,0%) în comparație cu pacienții cu vârsta de peste 40 ani. La analiza rezultatelor scorului „durata bolii hepatice cronice”, pacienții cu durată „sub 5 ani” au prezentat scoruri mai înalte a CV la PCS (37,0% respectiv 37,0%) și MCS (42,0% respectiv 41,0%) în comparație cu „≥ 5 ani”. Totodată, scorurile sumare la compartimentul mintal este cu 5 % mai înalt în comparație cu PCS. Analiza scorurilor finale în funcție de sex au prezentat scor mai înalt cu 1% la PCS (37,0% respectiv 38,0%) și același la MCS (43,0% respectiv 43,0%).

La următoarea etapă au fost analizate scorurile sumare ale pacienților în funcție de criteriile Baveno IV: pacienții cu stadiul I-II au raportat punctaj mai înalt la PCS în comparație cu pacienții cu stadiul III-IV (44,0% respectiv 39,0%). Aceeași analogie s-a înregistrat și la MCS (43,0%

respectiv 41,0%). Putem să concluzionăm că, criteriile Baveno IV sunt determinanții clinici pentru pacienții cirofici.

La analiza determinantei „Frecvența internărilor” am putut constata că, scorurile parametrilor sumari sunt mai înalte la pacienții cu „o internare” în comparație cu aceiași cu „mai mult de o internare”: la scoruri PCS (41,0% respectiv 37,0%) și MCS (41,0% respectiv 37,0%).

La următorul pas, analiza determinantei „lot terapeutic” a fost cel mai înalt / benefic la lotul LO „tratament hepatotrop + LEVE” la PCS. Pe când la MCS nu s-au înregistrat diferențe semnificative la scorurile sumare al parametrilor SF-36 (43,0%, 44,0% și 43,0% respectiv).

În concluzie, evaluarea calității vieții în cazul unor variabile (vârsta medie de debut, durata medie a bolii hepatice, sex, criteriile Baveno, frecvențele internărilor) a evidențiat că, vârsta medie de debut (ani), sexul și durata medie a bolii hepatice cronice (ani) la momentul includerii în studiu nu au avut un impact negativ important asupra sănătății fizice și mintale. În același timp constatăm că, din cei 191 de pacienți, 77 pacienți reprezentând un procent de 40,3%, la înrolarea în studiu erau în stadiul de ciroză hepatică decompensată (stadiul III și IV) și prezentau un nivel al CV mult redus (valoarea de prag este determinată prin ROC-curbe, $p=0,042$) vs pacienții cu criteriile Baveno I-II: respectiv 39 (34-43) versus 44 (40-47). Această constatare reprezintă un argument în vederea necesității unui management curativ care să asigure succesul terapeutic, o ameliorare a CV. Surprinzătoare poate părea corelația semnificativă din punct de vedere statistic identificată între numărul de internări și dezechilibrele psiho-somatice. Evaluarea stării cognitive a relevat o scădere a „stării generale de sănătate” 46,2 (43,1- 48,6) vs. 65 (54-66; $p = 0,027$), a itemului „vitalitate” 51,3 (46,4-55,1) versus 61,1 (53,3-68,1; $p=0,016$) și a rezultatului indicelui „componenta fizică de sănătate” 48,5 (45,6-51,4) vs. 52,0 (41,9-54,4; $p=0,045$). Aceste constatări sugerează că, unele din variabilele enumerate mai sus constituie un indicator clinico-evolutiv important cu acțiune negativă asupra evoluției bolii și CV, cunoașterea cărora este necesară pentru stabilirea unor obiective clare, urmate de măsuri profilactice de recuperare multimodală a pacienților cu ciroză hepatică și indicație chirurgicală.

La această conotație este de menționat faptul că, abordările terapeutice ale bolnavului cirotic încadrat în lotul nostru de studiu s-au axat pe intervenții de tip multimodal (tratament medicamentos, intervenții psihosociale, laparo-endoscopice și chirurgicale), fiind efortul unei întregi echipe și constă în următoarele realizări: aspecte generale privind îngrijirea pacienților hepatici, indicația terapeutică și/sau chirurgicală, acordarea de îngrijiri specifice, indentificarea stilului de viață al bolnavului, monitorizarea la distanță postterapeutică (PCN „Ciroza hepatică compensată la adult”, Chișinău 2008).

3.3. Evaluări privind implicațiile tratamentului chirurgical asupra calității vieții pacienților cu ciroză hepatică din cadrul studiului și observarea în dinamică a indicilor ce o măsoară

Studiul de față reprezintă prima tentativă din țara noastră de evaluare a calității vieții pacienților cu CH abordați chirurgical. La acest grup de pacienți s-a efectuat o analiză complexă comparativă dinamică, pe diferite domenii, a modului în care tratamentul chirurgical influențează calitatea vieții pacienților, la diferite intervale de timp postoperator.

Subiecții chestionați au provenit din populația de pacienți cu ciroză hepatică asistați chirurgical într-o clinică specializată de către același personal medical, pe toată perioada studiului. Per total, studiul cuprinde 95 pacienți diagnosticați și operați electiv în mod programat pentru ciroză hepatică pe o perioadă de 10 ani (2007-2017), divizați în 3 subloturi.

I – Pacienții la care s-a practicat DVA+SPLT (L1a, n=52)

II – Pacienții la care s-a practicat DVA+SPLL (L1b, n=29)

III – Pacienții care au beneficiat de transplant hepatic (L1c, n=14)

Lotul a fost alcătuit din 36 bărbați și 59 femei cu vârsta medie de $43,7 \pm 4,5$ ani. Dintre pacienții operați programat, 52 (54,7%) au suportat DVA+SPLT, opțiunea chirurgicală frecvent adoptată în cazuistica cercetată, cu rezultate clinice și funcționale favorabile. Amintim că inițial preoperator, la includere în studiu, rezultatele indică faptul că, calitatea vieții acestui grup de pacienți a înregistrat o depreciere până la un scor de 45-64, influențată semnificativ de severitatea bolii hepatice cronice, prezența complicațiilor evolutive și comorbidităților asociate. Toți subiecții lotului L1 au fost anchetați prin autoevaluarea calității vieții cu ajutorul chestionarelor SF-36 și SF-LDQOL, distribuite unui număr de 492 de pacienți intervievați.

Valorificând rezultatele intervențiilor chirurgicale practicate în lotul L1, studiul, dincolo de contribuția clinică, a urmărit să exploreze și CV asociată condiției medicale postoperatorii la diferite etape de timp, atât pentru eșantionul total, cât și pentru cel format din pacienți chestionați, în funcție de tehnica chirurgicală aplicată. Datele înregistrate inițial preoperator și în primele 6 luni după intervenția chirurgicală au descris, la nivelul lotului de pacienți, prezența unei afectări semnificative a calității vieții legate de sănătate, rezultate reprezentate în Figura 3.9

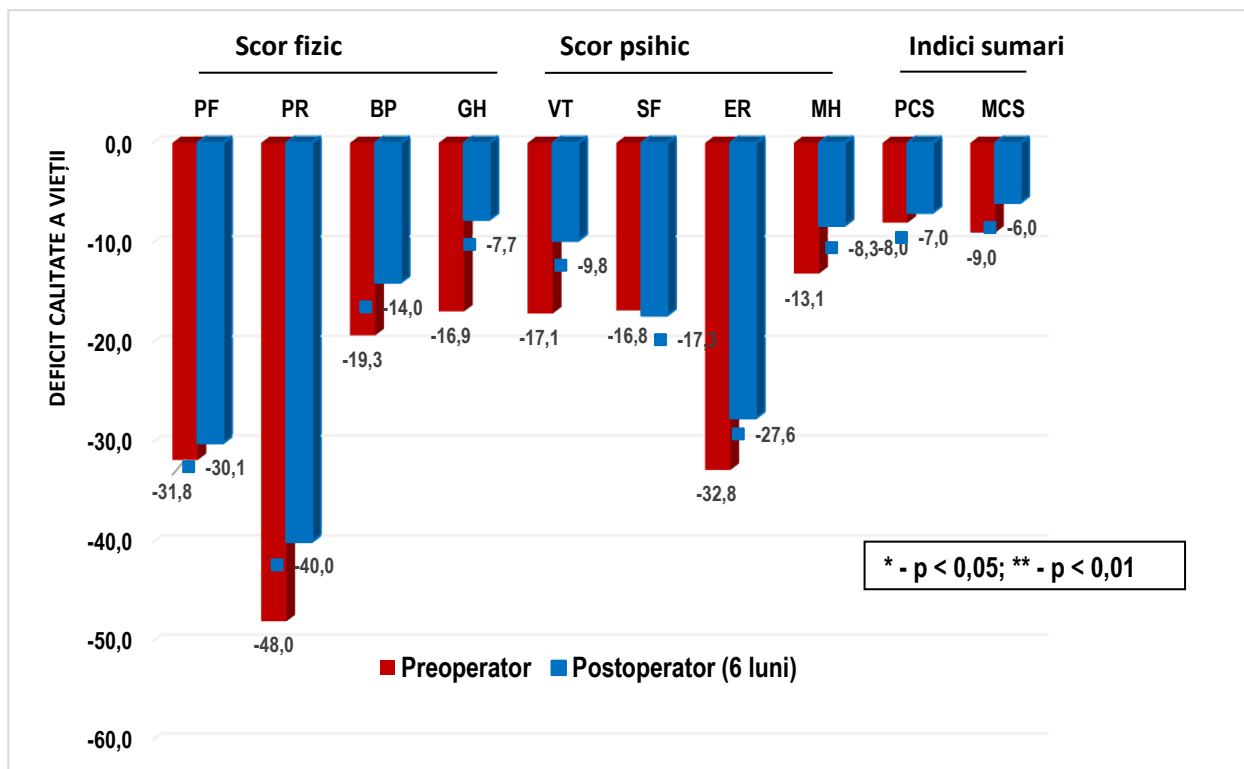


Fig. 3.9. Evoluția deficienței calității vieții pacienților din eșantionul de cercetare pe perioada celor 6 luni în funcție de mediile scorului SF-36 pre- și posttratament chirurgical

Legendă: *PF-funcția fizică; **PR-rolul fizic; **BP-durere somatică; GH-sănătate generală; VT-vitalitate; SF-funcția socială; ER-rolul emoțional; MH-sănătate mintală; PCS-sănătate fizică sumară; MCS-sănătate mintală sumară.

Datele din Figura 3.9 au relevat faptul că, după șase luni la nivelul calității vieții se cunosc alterări importante comparativ cu valorile subiecților sănătoși, înregistrându-se totuși o creștere moderată a calității vieții comparativ cu valoarea inițială preoperatorie exprimată printr-o ameliorare în toate subploturile, atât a efectului clinic cât și a nivelului calității vieții.

Conform rezultatului studiului, șase din opt domenii ale scorului sumar SF-36, postoperator au înregistrat valori crescute față de preoperator, în special pentru scalele rolului fizic (+8 p.), durerea somatică (+5,7 p.), sănătatea generală (+9,2 p.), vitalitate (+7,3 p.), rol emoțional (+5,2 p.) și sănătate mintală (+4,8 p.), în timp ce la acest interval de timp funcția socială rămâne mult afectată (-17,3 comparativ cu -16,8 p. preoperator).

Dacă ne referim la valorile medii ale indicilor sumari constatăm variații pozitive, dar statistic ne semnificative ($p > 0,05$), diferența înregistrată fiind de 1 și 3 p. în favoare MCS. Deși valorile scalelor „funcția fizică” și „rolul fizic” cresc, demonstrând o îmbunătățire a sănătății fizice, 2/3 dintre pacienții monitorizați la această etapă prezintă o limitare a activităților care solicită efort fizic de intensitate mare.

O evaluare comparativă a nivelului CV după șase luni postoperator arată că, procentul pacienților cirofici cu afectare severă a CV s-a redus cu 42% față de valoarea preoperatorie în favoarea celor cu afectare moderată și ușoară.

Per total, în această perioadă, pacienții au prezentat o stare de sănătate ameliorată (68 cazuri, 71,6%), diminuarea durerii somatice (66 cazuri, 69,5%) asociată cu sporirea capacității de muncă (61 cazuri, 64,2%), reducerea frecvenței simptomelor dispeptice (58 cazuri, 61%), disfuncțiilor cognitive și epizoadelor depresive asociate cu nervozitate (53 cazuri, 55,8%), toate având un impact pozitiv asupra CV. Dincolo de toate, analiza coeficienților parțiali de corelație indică o relație strânsă statistic semnificativă între tipul intervenției chirurgicale practicate ($r=0,73$; $p=0,004$), caracterul evoluției perioadei postoperatorii ($r=0,67$; $p=0,006$) și evoluția bolii hepatice cronice ($r=0,421$; $p=0,0012$). Am abordat studiul corelației multiple în analiza factorilor implicați în problematica urmarită. Semnificativ pentru analiza chestionarelor cazurilor tratate chirurgical este faptul că, din punct de vedere al CV, pacienții sublotului abordat laparoscopic au o calitate mai înaltă în raport cu celelalte subloturi, corelată cu o recuperare mai rapidă și lipsa complicațiilor parietale postoperatorii, cu durere și disfuncționalitate minimă. Rezultatele studiului atestă că, pacienții din acest sublot au apreciat un nivel mai mic al dizabilităților corelate cu o mai mare încredere referitor la evoluția postoperatorie, ceea ce determină la rândul său, revenirea mai precoce a subiecților la ritmul obișnuit de viață și de muncă. S-a făcut o analiză în vederea aprecierii rezultatelor anchetării între cele două etape (momentul initial preoperator versus 6 luni postoperator), calculate pentru întreg lotul de studiu, care ne-a oferit o imagine clară asupra nivelului general al CV pacienților cirofici monitorizați după intervenție. Repartizarea acestora este reprezentată în Tabelul 3.13 ce urmează.

Tabelul 3.13. Nivelul general al CV pacienților cirofici monitorizați la 6 luni postoperator

| Nivelul afectării CV | Preoperator | | Postoperator | | Semnificația statistică |
|---|-------------|------------------|--------------|------------------|------------------------------|
| | Abs. | $P_1 \pm ES_1\%$ | Abs. | $P_2 \pm ES_2\%$ | |
| Afectare severă a CV (SCOR:0-35 puncte) | 49 | 51,6±5,13 | 39 | 41,0±5,05 | $p>0,05$; $t_{1,2}=1,47$ |
| Afectare moderată a CV (SCOR: 36-70 p.) | 37 | 38,9±5,00 | 31 | 32,6±4,81 | $p>0,05$; $t_{1,2}=0,91$ |
| Afectare ușoară a CV (SCOR: 71-100 p.) | 9 | 9,5±3,01 | 25 | 26,3±4,52 | $p<0,01$; $t_{1,2}=3,09$ |
| Total | 95 | 100,0 | 95 | 100,0 | - |

După cum se poate observa din Tabelul 3.13, rezultatele studiului conferă valențe complexe pozitive abordării chirurgicale exprimate prin micșorarea procentului cazurilor cu scor de afectare severă (SCOR: 0-35 puncte) de la 51,6% preoperator versus 41,0% la 6 luni postoperator (o diferență de 10,6%) și a cazurilor cu afectare moderată (SCOR: 36-70 p.) de la 38,9% la 32,6%, (o diferență de 6,3%), în timp ce procentul pacienților cu scor de afectare ușoară (SCOR 71-100 puncte) este în creștere de la 9,5% la 26,3% (o diferență de 16,8%, în favoare pacienților chestionați la etapa postoperatorie).

Scorurile ridicate pun în evidență modificări pozitive în sensul ameliorării statusului clinico-social și funcțional al pacientului cirotic operat, exprimate la 78,3% dintre subiecți printr-o imagine de sine mai bună, ușor pozitivă, asociată la 64,2% din ei cu acomodare, siguranța de sine și liniște.

Pe de altă parte, conform datelor obținute, se observă că, 36,1% de respondenți din totalul celor intervievați doresc să se schimbe sub aspectul funcției fizice de care dispun, iar un procent de 38,9% din cazuri – de influența problemelor cauzate de boală (frustrare, simț de extenuare), subliniind o îmbunătățire în statusul psihologic și a stării generale de sănătate 44,8% și 65,3%, respectiv.

Analiza rezultatelor obținute la vizita de control la 1 an postintervenție, calculate pentru un număr de 83 pacienți (87,3%), majoritatea cu vârsta cuprinsă între 30-50 de ani, au evocat prezența unui efect pozitiv al tratamentului chirurgical asupra CV. Valorile înregistrate de scorurile SF-36 și SF-LDQOL au fost comparate în raport cu gestul chirurgical practicat și ilustrate în Tabelul 3.14.

Tabelul 3.14. Repartizarea rezultatelor pacienților chestionați la 1 an postoperator, în funcție de itemii cercetați ai SF-36 (%).

| | Lotul Caz (L ₁) etapă de 1 an (n=83) | | | Lot observațional P _{L0} ±ES |
|-----------------------------------|---|---|---|--|
| | Caz (L _{1a}) DVA+SPLT P _{LB} ±ES _{LB} (n=46) | Caz (L _{1b}) DVA+SPLL P _{LA} ±ES _{LA} (n=25) | Caz (L _{1c}) TH P _{LC} ±ES _{LC} (n=12) | |
| 1. Funcția fizică (PF) | 61,50 ± 9,93 | 65,59 ± 7,00 | 69,11 ± 13,93 | 93,17 ± 2,57 |
| | <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> _{LIA-L0} =3,09 | <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{LIB-L0} =3,69 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIC-L0} =2,57 | <i>semnificația statistică</i> |
| 2. Rolul fizic (PR) | 24,60 ± 8,79 | 34,15 ± 6,99 | 39,29 ± 14,73 | 81,12 ± 3,99 |
| | <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{LIA-L0} =5,85 | <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{LIB-L0} =5,83 | <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> _{LIC-L0} =2,74 | <i>semnificația statistică</i> |
| 3. Durere somatică (BP) | 54,40 ± 10,17 | 62,53 ± 7,14 | 60,13 ± 14,76 | 74,43 ± 4,45 |
| | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIA-L0} =1,80 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIB-L0} =1,14 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIC-L0} =0,93 | <i>semnificația statistică</i> |
| 4. Sănătate generală (GH) | 57,20 ± 10,11 | 66,79 ± 6,94 | 65,63 ± 14,32 | 65,76 ± 4,84 |
| | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIA-L0} =0,78 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIB-L0} =0,12 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIC-L0} =0,09 | <i>semnificația statistică</i> |
| 5. Vitalitate (VT) | 60,20 ± 9,99 | 61,36 ± 7,17 | 65,56 ± 12,37 | 68,21 ± 4,17 |
| | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIA-L0} =0,72 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIB-L0} =0,79 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIC-L0} =0,02 | <i>semnificația statistică</i> |
| 6. Funcția socială (SF) | 73,90 ± 8,96 | 75,58 ± 6,33 | 78,57 ± 11,38 | 78,89 ± 4,17 |
| | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIA-L0} =0,50 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIB-L0} =0,44 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIC-L0} =0,18 | <i>semnificația statistică</i> |
| 7. Rol emoțional (ER) | 59,50 ± 10,15 | 62,06 ± 7,15 | 42,86 ± 13,72 | 75,87 ± 4,17 |
| | <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{LIA-L0} =2,16 | <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{LIB-L0} =2,03 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIC-L0} =2,51 | <i>semnificația statistică</i> |
| 8. Sănătatea mintală (MH) | 72,40 ± 8,36 | 77,69 ± 6,14 | 76,44 ± 11,77 | 77,54 ± 4,26 |
| | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIA-L0} =0,02 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIB-L0} =0,02 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LIC-L0} =0,08 | <i>semnificația statistică</i> |
| I. Sănătate fizică sumară (PCS) | 37,80 ± 9,89 | 41,04 ± 7,25 | 38,37 ± 13,49 | 67,10 ± 4,79 |
| | <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> _{LIA-L0} =2,66 | <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> _{LIB-L0} =2,99 | <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{LIC-L0} =2,01 | <i>semnificația statistică</i> |
| II. Sănătate mintală sumară (MCS) | 47,90 ± 10,17 | 50,78 ± 7,37 | 38,13 ± 14,64 | 69,00 ± 4,72 |
| | <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{LIA-L0} =2,06 | <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{LIB-L0} =2,08 | <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{LIC-L0} =2,01 | <i>semnificația statistică</i> |

* *p* > 0,05; ** *p* < 0,05; *** *p* < 0,01; **** *p* < 0,001

După cum se poate observa din Tabelul 3.14, la acest interval de timp, sub aspectul diferitor domenii ale calității vieții legată de sănătate, se cunosc încă alterări importante comparativ cu valorile subiecților sănătoși. Studiului descriptiv și corelativ al răspunsurilor din chestionarele analizate și prelucrate statistic relevă faptul că, deși cifrele au fost în general scăzute comparativ cu subiecții din lotul observațional, răspunsul terapeutic postchirurgical influențează pozitiv

nivelul CV, exprimate prin valori medii pe scala SF-36, suferind modificări în sensul creșterii pentru toate loturile investigate. Un fapt de necontestat este acela că, în primul an după intervenție chirurgicală, creșterea valorii p între cele două momente se evidențiază în 85,8% din cazuri. În cazul subploturilor monitorizate postoperator, s-au observat unele diferențe semnificative ale rezultatelor auto-cuantificării subliniind o ameliorare dinamică a CV legată de sănătate: „funcția fizică (PF)” (61,50±9,93; 65,59±7,00 și 69,11±13,91 vs 93,17±2,57, p=0,001), „rolul fizic (PR)” (24,60±8,79; 34,15±6,99 și 39,29±14,73 vs 81,12±3,99, p=0,001), „durere somatică (BP)” (54,40±10,17; 62,53±7,14 și 60,13±14,76 vs 74,43±4,45, p=0,032), „vitalitatea (VT)” (60,20±9,99; 61,36±7,17 și 65,56±12,37 vs 68,21±4,17, p=0,05), „sănătatea mintală (MH)” (72,40±8,36; 77,69±6,14 și 76,44±11,77 vs 77,45±4,26, p>0,05). Analiza acestor rezultate oferă o imagine clară a gradului de cunoaștere a evoluției bolii hepatice postintervenție chirurgicală, care demonstrează implicații profunde asupra statusului bio-psiho-social și clinic al pacientului cirotic operat și aflat în prima perioadă de monitorizare. În ceea ce privește legătura dintre variabilele „intervalul după intervenția chirurgicală” și „criteriile Baveno” putem spune că, cele două variabile sunt dependente una de alta, pragul de semnificație statistică fiind mai mare de 0,05 (p=0,341) (Tabelul 3.15).

Tabelul 3.15. Distribuția cazuisticii analizate din punct de vedere al criteriilor Baveno-IV la etapa de 1 an după operație

| | Criterii clinico-endoscopice | | | | | | | | Total | |
|----------------|------------------------------|------|---------------------|------|------------------------------|------|-------------------------------|------|-------|-------|
| | Ciroză compensată | | | | Ciroză decompensată | | | | | |
| | Stadiu I | | Stadiu II | | Stadiu III | | Stadiu IV | | | |
| | CH fără VE sau ascită | | CH cu VE fără acită | | CH cu ascită, cu sau fără VE | | CH cu HDV, cu sau fără ascită | | | |
| | abs. | % | abs. | % | abs. | % | abs. | % | abs. | % |
| Inițial preop | 21 | 22,1 | 35 | 36,8 | 16 | 16,8 | 23 | 24,2 | 95 | 100,0 |
| La 1 an postop | 49 | 59,0 | 26 | 31,3 | 6 | 7,2 | 2 | 2,4 | 83 | 100,0 |

Analiza comparativă stadială a criteriilor Baveno IV relevă diferențe statistice semnificative între etapele monitorizate. Astfel, ponderea stadială a criteriului Baveno IV înregistrată la 1 an postoperator a suferit modificări în sensul îmbunătățirii statusului funcțional al pacienților, valoarea lui fiind următoarea: stadiul I – 49 (59,0%), stadiul II – 26 (31,3%), stadiul III – 6 (7,2%), stadiul IV – 2 (2,4%) comparativ cu datele inițiale preoperatorii (stadiul I – 21 (22,1%), stadiul II – 35 (36,8%), stadiul III – 16 (16,8%), stadiul IV – 23 (24,2%). Astfel, se poate observa faptul că,

odată cu tendința în creștere a valorilor scorului SF-36, atât pe subscale cât și sumar, suferă modificări pozitive și scorul Baveno. Rezultatele analizei comparative obținute la distanță de 12 luni de supraveghere, în cazul pacienților operați din subloturile L1a și L1b relevă că CV, în raport cu datele preoperatorii, sunt influențate pozitiv în toate trei domenii (fizic, psihic și social), indiferent de gestul chirurgical aplicat, într-o măsură mai mică în sublotul L1a (pacienți care au suportat DVA+SPLT), (Figura 3.10).

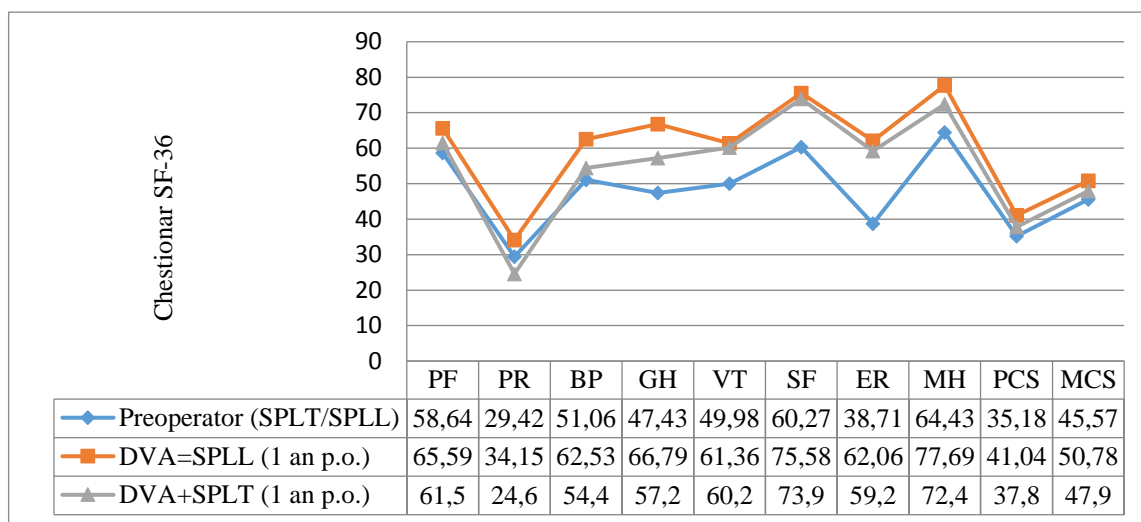


Fig. 3.10. Reprezentarea grafică a variațiilor scalei SF-36 între cele două momente pe subloturile studiate

Legenda: PF-funcția fizică; PR-rol fizic; BP-durere somatică; GH-sănătate generală; VT- vitalitate; SF-funcția socială; ER-rol emoțional; MH-sănătate mintală; PCS-sănătate fizică sumară; MCS-sănătate mintală sumară.

Dacă, în general, preoperator, scorurile SF-36, atât pe scale cât și sumar, s-au dovedit a fi aproape identice, asociate cu gravitatea hepatodepresiei, în primul an postoperator, în subloturile L1a și L1b s-au relevat unele diferențe semnificative, legate de rezultatele auto-cuantificării următoarelor dimensiuni ale chestionarului generic: "funcția fizică" (PF) ($61,50 \pm 9,93$ și $65,59 \pm 7,00$ vs $58,64 \pm 9,31$; $p=0,035$), „durere somatică” (BP) ($54,40 \pm 10,17$ și $62,53 \pm 7,14$ vs $51,06 \pm 6,93$; $p=0,032$), "vitalitatea" (VT) ($60,20 \pm 9,99$ și $61,36 \pm 7,00$ vs $49,98 \pm 7,14$; $p=0,05$), „rol emoțional” (ER) ($59,20 \pm 10,15$ și $62,06 \pm 7,15$ vs $38,71 \pm 9,45$; $p=0,046$) respectiv, excepție a fost "funcția socială" unde diferențele nu au semnificație statistică.

Starea generală de sănătate, investigată cu ajutorul scorului SF-36, este apreciată de 34,4% dintre respondenți ca satisfăcătoare, 43,5% din cazuistica cercetată o consideră bună, iar 23,1% – nesatisfăcătoare, ameliorarea față de momentul inițial fiind prezentă la puțin peste 2/3 dintre respondenți. Procentul de creștere a valorii scalelor vitalitate (VT) și stare emoțională (ER) între

cele două momente se evidențiază în 42,4% și respectiv 53,1%, iar în procent de 19,8% și 21,3% valoarea acestora rămâne constantă.

În ceea ce privește rezultatele obținute la nivelul indicilor medii ale variabilelor de eficacitate ai calității vieții în ambele subploturi, indicii stării sumare de sănătate fizică (PCS) și de sănătate psihică (MCS) au fost apreciate cu o deviație-standard nesemnificativă de 5,9 și 3,4 puncte respectiv, comparativ cu valoarea acestora înainte de operație, ceea ce confirmă ipoteza cercetării. În timpul chestionării pacienților, la înrolarea în studiu și la un an postoperator, s-a atras atenția și asupra statutului clinico-biologic și funcțional al ficatului pe scala SF-36 în raport cu valorile medii documentate. Potrivit datelor obținute la examinarea subploturilor de studiu L1a și L1b s-a apreciat în mod semnificativ ($p < 0,001$) superioritatea clinică a abordului miniinvaziv, exprimată prin confortul postoperator al pacientului cirotic operat, prin diminuarea durerii, reluarea rapidă a activității fizice, minimalizarea numărului complicațiilor.

Evaluarea interrelației între timpul scurs de la intervenția chirurgicală și parametrii biologici la pacienții cu CH a demonstrat dependențe statistice semnificative. Situația este similară pentru toți pacienții operați: la 78% din pacienții cirolici operați se observă corecția trombocitopeniei funcționale (preoperator: $63,2 \pm 13,8$ vs $192 \pm 53,5 \times 10^3$, $p < 0,001$, postoperator), în timp ce 14% din lotul chirurgical au prezentat trombocitoză marcată, iar la 61% se observă o ameliorare sindromală hepatică în toate subploturile cercetate. La 23% dintre pacienți din lotul total s-au înregistrat alterări importante postoperatorii ale probelor hepatice, iar la 12% din ei au apărut diverse complicații evolutive bolii hepatice sau gestului chirurgical practicat. Remarcăm că, valori statistice semnificative la un an postoperator au fost observate și în scorul funcțional hepatic Child-Pugh, observând următoarele tendințe: o creștere nesemnificativă a categoriei Child-Pugh A de la 36,7% la 47,8% asociată cu creșterea frecvenței clasei Child-Pugh B de la 43,7% la 49,3%, cu o reducere a frecvenței clasei Child-Pugh C de la 14% la 8,5%. Astfel, intervențiile chirurgicale aplicate influențează pozitiv rezultatele clinico-funcționale la pacienții cirolici operați, ce se manifestă și prin redresarea sau normalizarea valorilor scalei sumare SF-36 la 71,3% pacienți din lotul L1a și la 73,9% din lotul L1b, inducând scăderea veridică a disfuncțiilor fizice, psihice și cognitive.

Cum se poate observa din Tabelul 3.16 rezultatele anchetării între cele două etape (preoperator și postoperator la 12 luni), calculat pentru întreg lotul de studiu, arată că participanții la studiu și-au apreciat nivelul CV cu impact net pozitiv asupra stării de bine.

Tabelul 3.16. Rezultatele anchetării între cele doua etape
(imagine de ansamblu: preoperator și postoperator la 12 luni).

| Nivelul afectării CV | Preoperator | | Postoperator (12 luni) | | Semnificația statistică |
|---|-------------|-----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| | Abs. | P ₁ ±ES ₁ % | Abs. | P ₂ ±ES ₂ % | |
| Afectare severă a CV (SCOR: 0-35 puncte) | 49 | 51,6±5,13 | 21 | 25,3±4,77 | $p < 0,001$; $t_{1,2}=3,75$ |
| Afectare moderată a CV (SCOR: 36-70 p.) | 37 | 38,9±5,01 | 37 | 44,6±5,45 | $p > 0,05$; $t_{1,2}=0,77$ |
| Afectare ușoară a CV (SCOR: 71-100 p.) | 9 | 9,5±3,01 | 25 | 30,1±5,03 | $p < 0,001$; $t_{1,2}=3,51$ |
| Total | 95 | 100,0 | 83 | 100,0 | - |

Remarcăm că respondenții încadrați în studiu și-au apreciat nivelul CV ca fiind ușor afectată în 30,1% din cazuri, moderat afectată în 44,6 % din cazuri, iar 25,3% au evaluat-o drept afectată sever cu o diferență de 26,3%, 5,7% și 20,6% respectiv, în favoarea pacienților chestionați la un an postoperator, ceea ce conferă valențe pozitive abordării chirurgicale exprimate prin micșorarea procentului cazurilor cu scor de afectare severă.

Ceea ce este de reținut în raport cu varianta tehnică a operației realizate, este faptul că, pe perioada supravegherii în intervalul de timp de la șase la 12 luni pacienții care au beneficiat de TH au evoluat, după cum și era de așteptat, clinic mai bine, fiind mai puțin îngrijorați de starea sănătății, mai optimiști în trăirile proprii și mai puțin derutați în senzațiile sale. În 79,1% din cazurile investigate, TH își pune amprenta prin creșterea valorilor medii pe scala SF-36, obținute pe următoarele subscale: "funcția fizică" (PF) (69,11±13,93 vs 53,80±13,82; $p=0,01$), „durere somatică” (BP) (60,13±14,76 vs 50,30±13,86; $p=0,032$), „sănătate generală” (GH) (65,63±14,32 vs 46,80±13,84), "vitalitatea" (VT) (65,56±12,76 vs 47,80±7,14, $p=0,05$), „sănătate mintală” (MH) (76,44±11,77 vs 63,00±13,39; $p=0,046$), respectiv. Mai mult, prin metoda corelațională simplă Pearson observăm o corelație directă cu activitatea fizică ($r=0,51$; $p<0,05$), cu valorile diminuate ale funcției sociale (SF); ($r=0,31$; $p<0,05$), cu rolul emoțional (ER), ($r=0,61$; $p<0,05$) și cu sănătatea generală (GH), ($r=0,90$; $p<0,05$). În urma analizei bazei de date am observat că postransplant, la intervalul de 12 luni, s-au obținut ameliorări de 64,8% la dimensiunile parametrilor psihoemoționali (nervozitate, deprimare, descurajare, stare de neliniște), îmbunătățindu-se mult și sectoarele de activitate fizică și psihică în proporție de 71,2% și respectiv 79,6% din cazuri. Ca rezultat, în lotul studiat cota pacienților cu o influență pozitivă a răspunsului terapeutic la un an postransplant atinge o pondere de 82,7% din cazuri, înregistrând corecția

semnelor hipersplenismului și HTP. Conform datelor din chestionarele specifice SF-LDQOL, prelucrate statistic la 12 luni postoperator pentru cazuistica cercetată, observăm o îmbunătățire ale componentelor CV ce oglindesc simptomatologia BHC, date ilustrate în Tabelul 3.17.

Tabelul 3.17 Repartizarea rezultatelor pacienților chestionați la 1 an postoperator, în funcție de itemii cercetați ai SF-LDQOL (%).

| | Lotul Caz (L ₁) etapa de 1 an | | | Lot observațional P _{L0} ±ES |
|--------------------------------------|---|---|---|--|
| | Caz (L _{1A}) DVA+SPLT P _{LA} ±ES _{LA} (n=46) | Caz (L _{1B}) DVA+SPLL P _{LB} ±ES _{LB} (n=25) | Caz (L _{1C}) TH P _{LC} ±ES _{LC} (n=12) | |
| 1. Simptome legate de boala hepatică | 72,00 ± 6,62 | 69,80 ± 9,37 | 80,50 ± 11,95 | 86,80 ± 3,45 |
| | <i>p</i> <0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} =1,98 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} =1,70 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =0,51 | semnificația statistică |
| 2. Consecințele bolii hepatice | 73,00 ± 6,55 | 77,90 ± 8,47 | 60,00 ± 14,77 | 88,90 ± 3,21 |
| | <i>p</i> <0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} =2,18 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} =1,21 | <i>p</i> <0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =1,96 | semnificația statistică |
| 3. Concentrarea și Memoria | 67,20 ± 6,92 | 64,90 ± 9,74 | 73,00 ± 13,38 | 87,92 ± 3,33 |
| | <i>p</i> <0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} =2,69 | <i>p</i> <0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} =2,24 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =1,08 | semnificația statistică |
| 4. Probleme cauzate de boală | 52,50 ± 7,36 | 51,10 ± 10,20 | 61,70 ± 14,66 | 87,00 ± 3,43 |
| | <i>p</i> <0,001; <i>t</i> _{L1A-L0} =4,25 | <i>p</i> <0,01; <i>t</i> _{L1B-L0} =3,33 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =1,68 | semnificația statistică |
| 5. Somn | 56,00 ± 7,32 | 51,30 ± 10,20 | 63,00 ± 14,55 | 82,50 ± 3,87 |
| | <i>p</i> <0,001; <i>t</i> _{L1A-L0} =3,19 | <i>p</i> <0,01; <i>t</i> _{L1B-L0} =2,86 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =1,29 | semnificația statistică |
| 6. Izolare | 65,40 ± 7,01 | 59,80 ± 10,01 | 80,00 ± 12,06 | 91,90 ± 2,78 |
| | <i>p</i> <0,001; <i>t</i> _{L1A-L0} =3,51 | <i>p</i> <0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} =2,11 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =0,96 | semnificația statistică |
| 7. Speranța | 61,50 ± 7,17 | 59,30 ± 10,03 | 63,50 ± 14,52 | 69,50 ± 4,69 |
| | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} =0,93 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} =0,92 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =0,39 | semnificația statistică |
| 8. Stigma bolii hepatice | 76,10 ± 6,28 | 71,90 ± 9,18 | 73,20 ± 13,35 | 90,00 ± 3,06 |
| | <i>p</i> <0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} =1,98 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} =1,87 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =1,22 | semnificația statistică |
| 9. Funcția/ problemele sexuale | 76,12 ± 6,28 | 70,30 ± 9,32 | 71,40 ± 13,62 | 89,60 ± 3,12 |
| | <i>p</i> >0,001; <i>t</i> _{L1A-L0} =1,92 | <i>p</i> <0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} =1,96 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =1,30 | semnificația statistică |

Astfel, rezultatele obținute la etapa de 12 luni de monitorizare demonstrează că, aceste creșteri sunt corelate semnificativ statistic cu tipul gestului chirurgical practicat, care contribuie esențial la ameliorarea stării de bine a pacienților cirofici asistați chirurgical. Este important de subliniat că, valorile scalelor „simptome legate de boală” (itemii 1c, 1d), „consecințele bolii hepatice” (itemii 2a, 2b, 2c), „concentrare și memorie” (itemii 3, 4b, 5), „probleme cauzate de

boală” (itemii 6a, 6b), „somnul” (itemii 11e), „izolarea” (itemii 12a-12e) și „speranța” (itemii 13b, 13c) au avut o corelație medie pozitivă ($p=0,55$; $p<0,05$) cu o diferență statistic semnificativă față de momentul inițial, neatingând însă valorile subiecților practic sănătoși din lotul observațional. Este de remarcat și faptul că, procentajul de ameliorare al scalelor „stigma bolii hepatice” și „probleme cu interes sexual” nu a înregistrat o ameliorare semnificativă în sensul creșterii valorilor, valoarea p fiind la un prag de $p>0,05$, iar o pondere de $\frac{1}{4}$ dintre respondenți declară prezența disfuncțiilor sexuale, în timp ce alți 22% dintre respondenți din lotul de studiu nu au răspuns la această întrebare, din cauze bine cunoscute. La analiza comparativă a dinamicii CV intergrup se cere de reținut că, în cazul subplotului L1c proporția creșterii valorii p între cele două măsurători este de 87,3% dintre respondenți, fiind urmați de cei din subplotul L1a și subplotul L1b în 75,2% și respectiv 71,3% din cazuri cu diferențe semnificative statistic ($p<0,05$).

Un aspect important de menționat este că în toate subploturile investigate s-au evidențiat modificări în sensul creșterii valorilor scalelor ce caracterizează simptomatologia pozitivă asociată cu îmbunătățirea probelor hepatice și statusului funcțional hepatic corelate cu scorul Child și Baveno IV. Astfel, analiza datelor acumulate postoperator demonstrează substadializarea scorului înregistrat la 61 de pacienți (64,2%) din lotul total de 95 pacienți chestionați, în proporție de 59,1%, 60,7% și 69,5% pentru pacienții din subploturile L1a, L1b și respectiv L1c. Evaluarea comparativă (etapa I vs etapa 0) a evoluției criteriilor Baveno-IV arată o micșorare a numărului de cazuri din stadiile III și IV (8 vs 39 pacienți) care traduc o compensare hepatică și clinică, și o creșterea în proporție de 31,4% din cazuri aflați în stadiile I - II (56 vs 75 pacienți), date ilustrate în Tabelul 3.18.

Tabelul 3.18. Rata pacienților cu diferite valori ale criteriilor Baveno IV estimate între cele două etape de monitorizare

| Stadiu | Ciroză compensată | | Ciroză decompensată | |
|--|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| | Stadiu I | Stadiu II | Stadiu III | Stadiu IV |
| Clinic | CH fără VE sau ascită | CH cu VE fără ascită | CH cu ascită, +/- VE | CH cu HDV, +/- ascită |
| Inițial preop. (etapa - 0, n= 95) | 21 (22,1%) | 35 (36,8%) | 16 (16,8%) | 23 (24,2%) |
| 1 an postoperat. (etapa - I, n= 83) | 49 (59,0%) | 26 (31,3%) | 6 (7,2%) | 2 (2,4%) |

Estimarea statistică comparativă a parametrilor clinico-funcționali și sociali, în coraport cu loturile incluse în studiu, a marcat procentaje superioare obținute în ordine descrescătoare la subplotul L1c vs subploturile L1a și L1b unde proporția este de 86,1% urmată de 74,5% și 73,1%,

respectiv, față de momentul inițial, fapt ce caracterizează efectele pozitive ale intervențiilor chirurgicale asupra parametrilor clinico-funcționali și sociali studiați. Astfel, datele obținute în cadrul anchetării între cele două etape (preoperator și postoperator la 12 luni), au permis de a concluziona că, tratamentul chirurgical concomitent asociat cu medicația protectoare hepatică și utilizarea gesturilor endoscopice curative sporesc eficacitatea tratamentului multimodal la subiecții cu ciroză hepatică cu indicație chirurgicală. Estimarea statistică comparativă a rezultatelor chestionării redată în Tabelul 3.19 a arătat că, în perioada postoperatorie la 3 ani, scorurile SF-36, atât global cât și pe subscale, au prezentat diferențe semnificative ale valorilor medii, comparativ cu valorile subiecților practic sănătoși ($p < 0,05$).

Tabelul 3.19. Repartizarea rezultatelor pacienților chestionați la 3 ani postoperator, scor SF-36

| | Lotul Caz (L ₁): etapa de 3 ani | | | Lot observațional P _{L0} ±ES |
|---------------------------------|---|---|---|--|
| | Caz (L _{1A}): DVA-SPLT P _{LA} ±ES _{LA} (n=41) | Caz (L _{1B}):DVA- SPLL P _{LB} ±ES _{LB} (n=23) | Caz (L _{1C}): TH P _{LC} ±ES _{LC} (n=11) | |
| 1. Funcția fizică (PF) | 42,80 ± 7,73 | 42,80 ± 10,55 | 58,80 ± 15,56 | 93,17 ± 2,57 |
| | $p < 0,05$; $t_{LIA-L0}=2,08$ | $p < 0,001$; $t_{LIB-L0}=4,64$ | $p < 0,05$; $t_{LIC-L0}=2,18$ | semnificația statistică |
| 2. Rol fizic (PR) | 43,10 ± 6,87 | 43,10 ± 9,36 | 56,30 ± 13,76 | 81,12 ± 3,98 |
| | $p < 0,05$; $t_{LIA-L0}=2,08$ | $p < 0,001$; $t_{LIB-L0}=4,64$ | $p < 0,001$; $t_{LIC-L0}=3,48$ | semnificația statistică |
| 3. Durere somatică (BP) | 54,90 ± 7,77 | 54,90 ± 10,60 | 72,80 ± 14,07 | 74,43 ± 4,45 |
| | $p < 0,05$; $t_{LIA-L0}=2,18$ | $p > 0,05$; $t_{LIB-L0}=1,69$ | $p > 0,05$; $t_{LIC-L0}=0,11$ | semnificația statistică |
| 4. Sănătate generală (GH) | 54,80 ± 7,77 | 54,80 ± 10,61 | 63,50 ± 15,22 | 65,76 ± 4,84 |
| | $p > 0,05$; $t_{LIA-L0}=1,19$ | $p > 0,05$; $t_{LIB-L0}=0,94$ | $p > 0,05$; $t_{LIC-L0}=0,14$ | semnificația statistică |
| 5. Vitalitate (VT) | 54,80 ± 7,77 | 54,80 ± 10,61 | 63,80 ± 15,19 | 68,21 ± 4,75 |
| | $p > 0,05$; $t_{LIA-L0}=1,47$ | $p > 0,05$; $t_{LIB-L0}=1,15$ | $p > 0,05$; $t_{LIC-L0}=0,28$ | semnificația statistică |
| 6. Funcția socială (SF) | 59,20 ± 7,67 | 59,20 ± 10,48 | 76,90 ± 13,32 | 78,89 ± 4,17 |
| | $p < 0,05$; $t_{LIA-L0}=2,25$ | $p > 0,05$; $t_{LIB-L0}=1,75$ | $p > 0,05$; $t_{LIC-L0}=0,14$ | semnificația statistică |
| 7. Rol emoțional (ER) | 35,40 ± 7,47 | 35,40 ± 10,19 | 57,50 ± 15,63 | 75,87 ± 4,37 |
| | $p < 0,001$; $t_{LIA-L0}=4,68$ | $p < 0,001$; $t_{LIB-L0}=3,65$ | $p > 0,05$; $t_{LIC-L0}=1,13$ | semnificația statistică |
| 8. Sănătatea mintală (MH) | 66,60 ± 7,37 | 66,60 ± 10,06 | 71,50 ± 14,27 | 77,54 ± 4,26 |
| | $p > 0,05$; $t_{LIA-L0}=1,29$ | $p > 0,05$; $t_{LIB-L0}=1,00$ | $p > 0,05$; $t_{LIC-L0}=0,41$ | semnificația statistică |
| I. Comportamentul fizic (PCS) | 38,00 ± 7,58 | 38,00 ± 10,35 | 39,60 ± 15,47 | 67,10 ± 4,79 |
| | $p < 0,01$; $t_{LIA-L0}=3,24$ | $p < 0,05$; $t_{LIB-L0}=2,55$ | $p > 0,05$; $t_{LIC-L0}=1,69$ | semnificația statistică |
| II. Comportamentul mintal (MCS) | 48,90 ± 7,81 | 46,10 ± 10,62 | 56,00 ± 15,69 | 69,00 ± 4,72 |
| | $p < 0,05$; $t_{LIA-L0}=2,20$ | $p < 0,05$; $t_{LIB-L0}=1,96$ | $p > 0,05$; $t_{LIC-L0}=0,79$ | semnificația statistică |

NOTA: * $p > 0,05$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

Pe urma realizării studiului a fost demonstrat că, la acest interval de timp există un trend de scădere a rezultatelor scorului sumar SF-36 atât comparativ cu dimensiunile CV evaluate la un an postoperator, cât și cu patern-ul de variație a mediei standard între valorile prezente în subloturile L1a și L1b. Analiza statistică dinamică comparativă a scorurilor SF-36 privind CV în perioada postoperatorie la 3 ani scoate în evidență o depreciere sub 50 puncte a celor două componente sumare (sănătate fizică și sănătate psihică), scăzute din contul scalelor "funcția fizică" (PF) ($42,80 \pm 7,73$), „rol fizic” (PR) ($43,10 \pm 6,87$), „rol emoțional” (ER) ($35,40 \pm 7,47$), respectiv, excepție făcând alte 5 scale care au primit valori peste 50 puncte. Surprinzător, rezultatele scorului SF-36 la această etapă nu au prezentat diferențe calitative semnificative, fiind ridicate la pacienții sublotului L1b față de pacienții operați tradițional (L1a), ceea ce demonstrează că, calitatea vieții la un an după operație este moderată și similar influențată de gestul chirurgical selectat, practicat prin abord deschis sau laparoscopic. Investigația relației dintre CV și timpul de până la 3 ani postoperator în cazul persoanelor cu CH tratate chirurgical (rată de participare de 71%) arată scoruri mai scăzute pentru toate 8 scale comparativ cu datele de la 1 an de monitorizare ($p > 0,05$), date reprezentate în figura ce urmează (Figura 3.11).

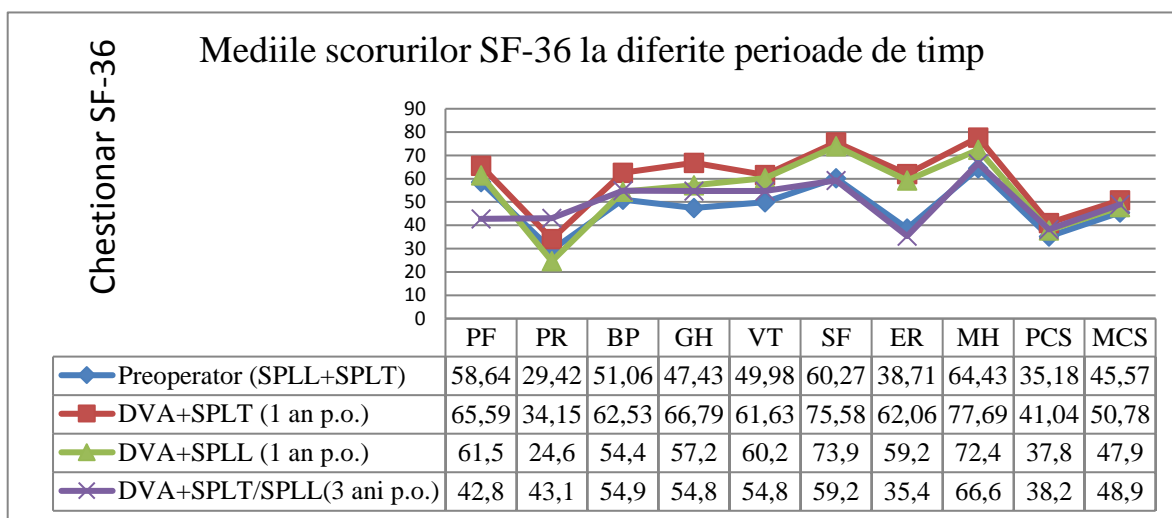


Fig. 3.11. Reprezentarea grafică a variațiilor scalei SF-36 la cele trei etape de anchetare pe subloturile studiate L1a și L1b.

Legenda: PF-funcția fizică; PR-rol fizic; BP-durere somatică; GH-sănătate generală; VT- vitalitate; SF-funcția socială; ER-rol emoțional; MH-sănătate mintală; PCS-sănătate fizică sumară; MCS-sănătate mintală sumară.

După cum se poate observa din Figura 3.11, rezultatele studiului relevă că există un trend în scădere al rezultatelor scorului sumar SF-36 atât comparativ cu dimensiunile CV evaluate la 1 an postoperator, cât și cu patern-ul de variație al mediei standard al CV la momentul inițial preoperator.

Astfel, în cazul cercetării noastre constatăm că, la această etapă există un grad înalt de corelare pozitivă între timpul scurs postintervenție chirurgicală și nivelul de depreciere în scară a CV, tradusă implicit prin valori mai scăzute ale scalelor de auto-apreciere. Evaluarea separată comparativă a efectelor BHC și gesturilor chirurgicale aplicate asupra fiecărui dintre cele opt subscale deteriorate valoric a arătat că, la 3 ani postoperator cele mai grav afectate, comparativ cu valorile de la 1 an, au fost „funcția fizică” (-19,1), „funcția socială” (-14,5), „rolul emoțional”(-27,1), „sănătate mintală” (-11,0) și „vitalitatea”(-5,1).

Aplicând chestionarul SF-36 tuturor subiecților încadrați în studiu se observă că, procentul respondenților care au raportat 3 și 4 iteme afectate a fost mare (74,2% dintre cei intervievați), urmat de 51,3% care au prezentat 5 și 6 iteme valoric reduse.

În ceea ce privește evoluția scorului SF-36 global între etapele II și III de evaluare, am consemnat o diferență statistic semnificativă (43,2% și 59,3%, $p < 0,05$).

Așa cum reiese din datele prezentate, rezultatele studiului relevă faptul că, la 3 ani de supraveghere procentul respondenților care prezentau o reducere a valorilor scorului SF-36, atât sumar cât și pe subscale, a crescut net, comparativ cu procentul de la un an postoperator (Tabelul 3.20).

Tabelul 3.20. Modificarile nivelului calității vieții pacienților sub tratament (imagine de ansamblu)

| Nivelul afectării CV | Preoperator | | Postoperator (12 luni) | | Postoperator (36 luni) | | Semnificația statistică |
|--|-------------|-------------------------|------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|----------------------------|
| | Abs. | $P_{L1} \pm ES_{L1} \%$ | Abs. | $P_T \pm ES_T \%$ | Abs. | $P_T \pm ES_T \%$ | |
| Afectare severă a CV (SCOR: 0-35 puncte) | 49 | 51,6±6,25 | 21 | 25,3±3,62 | 29 | 38,7±2,21 | $p > 0,05$; $t = 1,69$ |
| Afectare moderată a CV (SCOR: 36-70 p.) | 37 | 38,9±8,01 | 37 | 44,6±5,03 | 30 | 40,0±4,24 | $p < 0,05$; $t = 2,01$ |
| Afectare ușoară a CV (SCOR: 71-100 p.) | 9 | 9,5±10,37 | 25 | 30,1±4,66 | 16 | 21,3±5,31 | $p > 0,05$; $t = 0,11$ |
| Total | 95 | 100,0 | 83 | 100,0 | 75 | 100,0 | - |

Per total, rezultatele obținute la chestionarul SF-36 arată că, nivelul calității vieții în această perioadă suferă modificări în sensul deprecierii, în favoarea pacienților chestionați la etapa de un an postoperator, unde proporția subiecților autoevaluați între cele două momente au înrunit 38,7%±2,21% vs 25,3±3,62% pentru afectare severă a calității vieții (scor până la 35 puncte), 40,0±4,24% vs 44,6±5,03% pentru afectare moderată a calității vieții (scor 36-70 puncte) și 21,3±5,31% vs 30,1±4,66% pentru afectare ușoară a calității vieții (scor 71-100 puncte). Din

analiza comparativă a datelor remarcăm că 32,4% dintre pacienții cirofici intervievați la 3 ani postoperator consideră că boala hepatică cronică are un impact asupra vitalității și sănătății generale cu consecințe negative asupra prognosticului vital: 1/5 din totalul pacienților incluși în studiu declară că starea lor de sănătate s-a degradat considerabil, iar peste jumătate din respondenți au raportat limitarea activităților fizice și prezența problemelor emoționale în activitățile diurne.

Referitor la viața socială, 1/3 din respondenții monitorizați în această perioadă constată afectarea conexiunilor sociale prin prezența relațiilor nefavorabile în plan social, familial și ocupațional.

Procentajele mici obținute arată că pacienții cirofici aflați la 3 ani postoperator prezintă, comparativ cu etapa precedentă de monitorizare, o scădere în evoluție a valorilor scorului „funcție socială” tradusă prin izolare față de anturaj (38,7% față de 23,0%), concentrare doar asupra propriilor nevoi (30,7% față de 18,8%) și retragerea în sine (29,3% față de 18,8%).

Dacă ne referim la estimarea calității vieții legată de sănătate, în sensul creșterii, constatăm că 73% din cei care au prezentat satisfacție deplină cu tratamentul practicat și sunt mulțumiți de rezultatele acestuia au fost pacienții din subplotul L1c.

Analizând chestionarele pacienților tratați prin transplant hepatic s-a constatat că, efectele negative asupra dimensiunilor sociale reprezentate de desfășurarea activităților zilnice și contactele sociale au fost mai rar întâlnite (29,3% versus 34,7% subplot L1a/L1b) și mai puțin grave.

Anchetarea anonimă prin chestionarul specific bolii cronice hepatice SF-LDQOL a pacienților ce au beneficiat de transplant hepatic a confirmat că, valorile medii ale principalelor scale simptomatice autoevaluate, reprezentate în Tabelul 3.21, se manifestă prin diferențe statistice semnificative ($p < 0,05$) în sensul micșorării lor („simptome legate de boală”, „consecințele bolii hepatice”, „concentrație și memorie”, „probleme cauzate de boală”, „somnul”, „izolarea” și „speranța”), atât între cele două momente de monitorizare cât și comparativ cu valorile subiecților practic sănătoși.

Tabelul 3.21. Repartizarea rezultatelor pacienților chestionați la 3 ani postoperator, în funcție de itemii cercetați ai SF-LDQOL (%)

| | Lotul Caz (L ₁) etapa de 3 ani | | | Lot observațional P _{L0} ±ES |
|--|--|---|---|---|
| | Caz (L _{1A}): DVA- SPLT P _{LA} ±ES _{LA} (n=41) | Caz (L _{1B}): DVA-SPLL P _{LB} ±ES _{LB} (n=23) | Caz (L _{1C}): TH P _{LC} ±ES _{LC} (n=11) | |
| 1. Simptome legate de boala hepatică | 66,20±7,38 | 64,20±10,22 | 80,55±12,52 | 86,80±3,45 |
| | <i>p</i> <0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} =2,53 | <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> _{L1B-L0} =2,09 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =0,48 | <i>semnificația statistică</i> |
| 2. Consecințele bolii hepatice | 45,60±7,78 | 45,60±10,62 | 77,20±13,27 | 88,90±3,21 |
| | <i>p</i> <0,001; <i>t</i> _{L1A-L0} =5,15 | <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{L1B-L0} =3,90 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =0,86 | <i>semnificația statistică</i> |
| 3. Concentrarea și Memoria | 62,80±7,55 | 62,80±10,30 | 83,60±10,26 | 87,92±3,33 |
| | <i>p</i> <0,01; <i>t</i> _{L1A-L0} =3,05 | <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{L1B-L0} =2,32 | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =0,86 | <i>semnificația statistică</i> |
| 4. Probleme cauzate de boală | 26,50±6,89 | 26,50±9,41 | 55,10±15,72 | 87,00±3,43 |
| | <i>p</i> <0,001; <i>t</i> _{L1A-L0} =7,86 | <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{L1B-L0} =6,04 | <i>p</i> <0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =1,98 | <i>semnificația statistică</i> |
| 5. Somn | 47,00±7,79 | 44,00±10,58 | 50,50±15,81 | 82,50±3,87 |
| | <i>p</i> <0,001; <i>t</i> _{L1A-L0} =4,07 | <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{L1B-L0} =3,42 | <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =1,96 | <i>semnificația statistică</i> |
| 6. Izolare | 52,80±7,79 | 52,80±10,64 | 78,80±12,93 | 91,90±2,78 |
| | <i>p</i> <0,001; <i>t</i> _{L1A-L0} =4,72 | <i>p</i> <0,001; <i>t</i> _{L1B-L0} =3,55 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =0,99 | <i>semnificația statistică</i> |
| 7. Speranța | 54,2±7,78 | 54,20±10,62 | 47,90±15,79 | 69,50±4,69 |
| | <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{L1A-L0} =1,68 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} =1,32 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =1,31 | <i>semnificația statistică</i> |
| 8. Stigma bolii hepatice | 62,40±7,56 | 62,40±10,33 | 91,70±8,72 | 90,00±3,06 |
| | <i>p</i> <0,001; <i>t</i> _{L1A-L0} =3,38 | <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} =2,56 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =0,18 | <i>semnificația statistică</i> |
| 9. Funcția/ problemele sexuale | 82,00±6,00 | 82,00±8,19 | 77,60±13,18 | 89,60±3,12 |
| | <i>p</i> <0,01; <i>t</i> _{L1A-L0} =1,12 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1B-L0} =0,87 | <i>p</i> >0,05; <i>t</i> _{L1C-L0} =0,89 | <i>semnificația statistică</i> |

Din datele tabelului reiese că, rezultatele comparative, obținute în evoluție de la 1 an și de la 3 ani postoperator (rată de participare de 71,3%) evidențiază valori staționare, practic identice intergrup (L1a și L1b), dar semnificative din punct de vedere statistic (*p*>0,05), fiind mai scăzute pentru 7 din 8 itemi autoevaluati ale scorului specific, comparativ cu datele de referință.

După cum demonstrează figura de mai jos (Figura.3.12) putem remarca faptul că, valorile scalelor simptomatice per total au o tendință de ameliorare în timp, lucru care, în cazul pacienților cirofici operați (DVA+SPL) reprezintă un câștig evident, cunoscându-se faptul că acești pacienți

se află în perioada modelării, adaptării și reabilitării funcționale hepatice. În opinia noastră, aceste date ar trebui să fie obiectul de preocupare al medicilor privind măsurile de reabilitare.

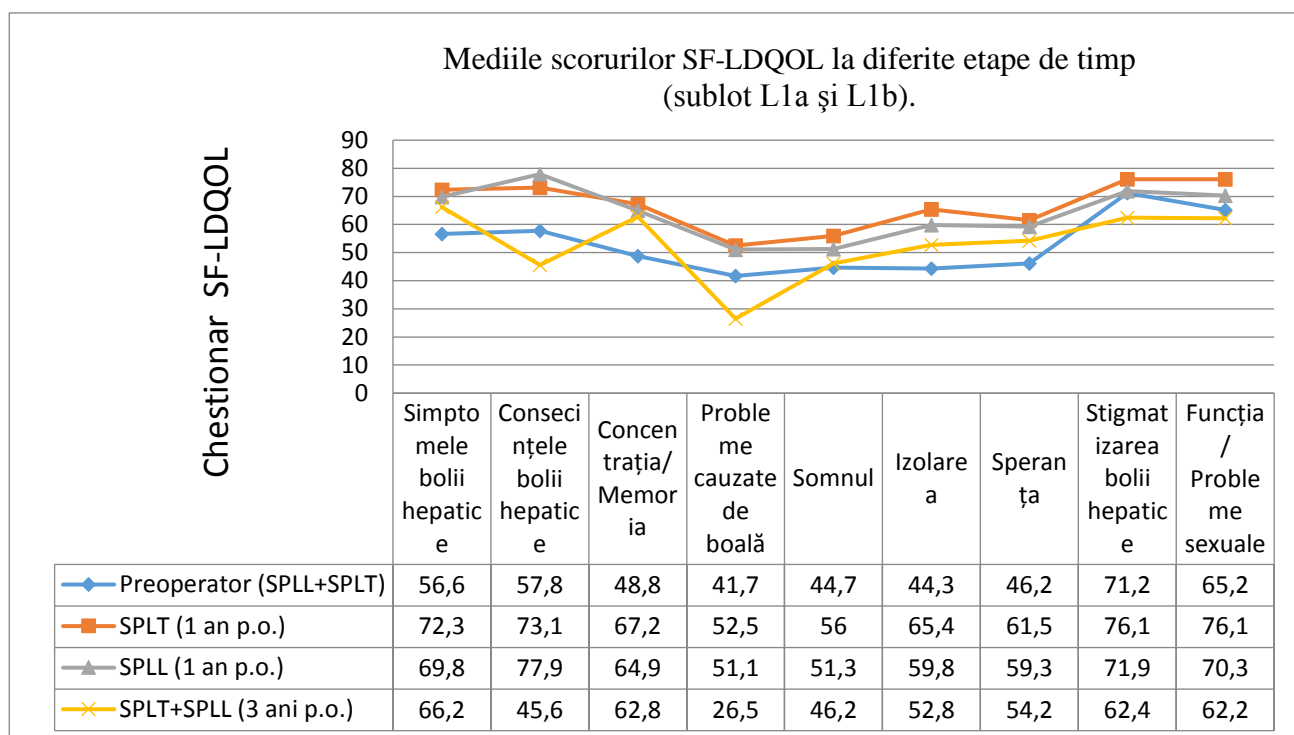


Fig. 3.12. Reprezentarea grafică a variațiilor scalei SF-LDQOL la cele trei etape de anchetare pe subloturile studiate L1a și L1b.

Analiza numerică a itemilor chestionarului specific SF-LDQOL a evidențiat unele deosebiri ale profilului CV între loturile de studiu și timpul chestionării. Astfel, rezultatele obținute conform chestionarului de evaluare a calității vieții SF-LDQOL, raportate de către pacienți la trei ani posttransplant hepatic relevă o creștere semnificativă la toate dimensiunile, comparativ cu perioada de înrolare în studiu. Statistic, prin anchetă, pacienții din cadrul lotului L1c relevă o îmbunătățire pe 7 domenii ale chestionarului SF-LDQOL înregistrată la cele trei etape de monitorizare (Tab.3.22), rezultat care însumează procente de ameliorare pentru valorile scalelor „simptomele bolii hepatice” (de la 68,6% la 80,55%; $p < 0,02$), „consecințele bolii hepatice” (de la 41,3% la 77,2%; $p < 0,01$), „concentrare și memorie” (de la 46,4% la 83,6%; $p < 0,02$), „probleme cauzate de boală” (de la 45,9% la 55,1%; $p < 0,03$), „somnul” (de la 50,3% la 91,7%; $p < 0,01$), „izolare” (de la 64,4% la 78,8%; $p < 0,01$), „stigmatizarea bolii hepatice” (de la 50,3 la 91,7; $p < 0,01$) și „funcția/probleme sexuale” (de la 64,7% la 77,6%; $p < 0,03$).

Tabelul 3.22. Reprezentarea grafică a variațiilor scalei SF-LDQOL între cele trei etape de chestionare pe sublotul posttransplant.

| | Lotul Caz (L ₁) | | | Lot observațional P _{L0} ±ES _{L0} |
|--------------------------------------|---|--|---|---|
| | Caz (L _{1C}) TH (preoperator) P _{LC1} ±ES _{LC1} (n=14) | Caz (L _{1C}) TH (1 an) P _{LC2} ±ES _{LC2} (n=12) | Caz (L _{1C}) TH (3 ani) P _{LC3} ±ES _{LC3} (n=11) | |
| 1. Simptome legate de boala hepatică | 68,60±12,87 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC1-L0} =1,37 | 80,50±11,95 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC2-L0} =0,51 | 80,55±12,52 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC3-L0} =0,48 | 86,80±3,45 <i>semnificația statistică</i> |
| 2. Consecințele bolii hepatice | 41,3±13,65 <i>p</i> < 0,001; <i>t</i> _{LC1-L0} =3,39 | 60,00±14,77 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC2-L0} =1,91 | 77,20±13,27 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC3-L0} =0,86 | 88,90±3,21 <i>semnificația statistică</i> |
| 3. Concentrarea și Memoria | 46,40±13,83 <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> _{LC1-L0} =2,92 | 73,00±13,38 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC2-L0} =1,08 | 83,60±11,71 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC3-L0} =0,35 | 87,92±3,33 <i>semnificația statistică</i> |
| 4. Probleme cauzate de boală | 45,9±13,82 <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> _{LC1-L0} =2,87 | 61,70±14,66 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC2-L0} =1,68 | 55,10±15,72 <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{LC3-L0} =1,98 | 87,00±3,43 <i>semnificația statistică</i> |
| 5. Somn | 52,31±13,85 <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{LC1-L0} =2,09 | 63,00±14,55 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC2-L0} =1,29 | 50,50±15,81 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC3-L0} =1,96 | 82,50±3,87 <i>semnificația statistică</i> |
| 6. Izolare | 64,40±13,28 <i>p</i> < 0,05; <i>t</i> _{LC1-L0} =2,03 | 80,00±12,01 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC2-L0} =0,96 | 78,80±12,93 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC3-L0} =0,99 | 91,90±2,78 <i>semnificația statistică</i> |
| 7. Speranța | 57,30±13,72 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC1-L0} =0,84 | 63,50±14,52 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC2-L0} =0,39 | 47,90±15,79 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC3-L0} =1,31 | 69,50±4,69 <i>semnificația statistică</i> |
| 8. Stigma bolii hepatice | 50,30±13,86 <i>p</i> < 0,01; <i>t</i> _{LC1-L0} =2,79 | 73,20±13,35 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC2-L0} =1,22 | 91,70±8,72 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC3-L0} =0,18 | 90,00±3,06 <i>semnificația statistică</i> |
| 9. Funcția / problemele sexuale | 64,70±13,25 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC1-L0} =1,83 | 71,40±13,62 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC2-L0} =1,30 | 77,60±13,18 <i>p</i> > 0,05; <i>t</i> _{LC3-L0} =0,89 | 89,60±3,12 <i>semnificația statistică</i> |

Mai mult de atât, la analiza “vizită cu vizită”, pacienții cu evoluție simplă posttransplant au arătat îmbunătățiri semnificative ale markerilor funcției hepatice și o diferență statistic semnificativă între rezultatele inițiale preoperatorii și cele la 1 an și la 3 ani, pentru pacienții din sublotul L1c, corelând cu o ameliorare importantă în majoritatea manifestărilor clinice. Astfel constatăm că, creșterea valorilor CV, evaluate prin scala SF-LDQOL, corelate într-o proporție semnificativă cu cele atestate de scorul global generic SF-36 demonstrează o implicare a răspunsului terapeutic la schimbarea vieții posttransplant hepatic. Majoritatea pacienților (64,3%), la 1 an de la transplant au raportat o funcționare psihologică similară cu cei sănătoși, alții însă

(35,7%) au prezentat probleme psihice, fizice și sociale, provocate de condiția în care se află sau de agravarea prognosticului inițial. Majoritatea celor anchetați (76,1%) au afirmat că, încrederea în succesul TH îi ajută să facă față bolii hepatice și circumstanțelor dificile în care se află, să spere în îmbunătățirea calității vieții și stării generale de sănătate.

Pe de altă parte, analiza statistică a constatat un procent de 59,8% de pacienți care au evaluat calitatea actului medical ca fiind bună, iar un procent de 29,5% o evaluează ca fiind de nivel mediu. Trebuie de subliniat însă că, experiența unui trai în condiția transplantului hepatic nu este ușor acceptată de către 1/3 din bolnavii lotului analizat. Comparațiile directe și multiple realizate între scorurile obținute au arătat și anticipări pesimiste ale evenimentelor posttransplant (dispoziție depresivă, anxietate marcată) prezente la 7,2% cazuri, lipsa de speranță – la 14,3%, emoționalitate negativă – la 18,6%, optimism nejustificat – la 35,7%. În concluzie, rezultatele obținute în urma unei evaluări interdisciplinare efectuată în perioada de la 1 la 3 ani postoperator indică prezența unei relații de dependență între calității vieții și gestul chirurgical aplicat.

Aceste corelații statistice sunt extrem de importante demonstrând că, tratamentul diferențiat efectuat la pacienții lotului de studiu prin transplant hepatic influențează net pozitiv simptomele clinice subiective și/sau obiective legate de boala hepatică (-16 p.) și de consecințele bolii hepatice (-32p.) comparativ cu tratamentul prin DVA+SPL (lot de comparație).

Aceste rezultate ar putea fi explicate prin prezența unei perioade de acceptare și adaptare clinică explicată prin apariția unor complicații evolutive ale bolii hepatice cronice, dar și ale gestului chirurgical (eventrații, litiază biliară, tromboze de vena portă, ascită, recidiva varicelor esofagiene cu sau fără hemoragie digestivă variceală). Ultimele, la rândul lor implică o deteriorare manifestă cu impact profund al statutului psiho-clinico-biologic al pacientului cirotic din lotul de comparație și impun un număr mare de spitalizări în secțiile terapeutice și chirurgicale pentru recăderi hepatice, fapt consemnat și în literatură.

Din Tabelul 3.23 este vizibil faptul că, dinamica negativă postoperatorie a calității vieții s-a impus în peste 2/3 cazuri unde evoluția criteriilor Baveno IV corelează cu modificările statusului clinico-social și medical în sensul agravării, reprezentate prin mărirea numărului subiecților încadrați în stadiile III și IV (13% vs 9,6%) și micșorarea numărului pacienților operați aflați în stadiile I-II, dar care depind și de durata monitorizării.

Tabelul 3.23. Dinamica criteriilor clinico-endoscopice Baveno între cele trei perioade de studiu

| | Criterii clinico-endoscopice | | | | | | | | Total | |
|----------------------|------------------------------|------|----------------------|------|------------------------------|------|-------------------------------|------|-------|-------|
| | Ciroză compensată | | | | Ciroză decompensată | | | | | |
| | Stadiu I | | Stadiu II | | Stadiu III | | Stadiu IV | | | |
| | CH fără VE sau ascită | | CH cu VE fără ascită | | CH cu ascită, cu sau fără VE | | CH cu HDV, cu sau fără ascită | | | |
| | abs. | % | abs. | % | abs. | % | abs. | % | abs. | % |
| Inițial, preoperator | 21 | 22,1 | 35 | 36,8 | 16 | 16,8 | 23 | 24,2 | 95 | 100,0 |
| 1an, postoperator | 49 | 59,0 | 26 | 31,3 | 6 | 7,2 | 2 | 2,4 | 83 | 100,0 |
| 3 ani, postoperator | 24 | 32,0 | 41 | 54,6 | 6 | 8,0 | 4 | 5,3 | 75 | 100,0 |

Studiul comparativ al valorilor parametrilor scalei SF-36 relevă că >45% din pacienții aflați la intervalul de 5 ani și peste postoperator au prezentat, între cele patru momente pe subloturile L1a și L1b, diferențe statistice relevante pentru majoritatea aspectelor calității vieții (Figura 3.13).

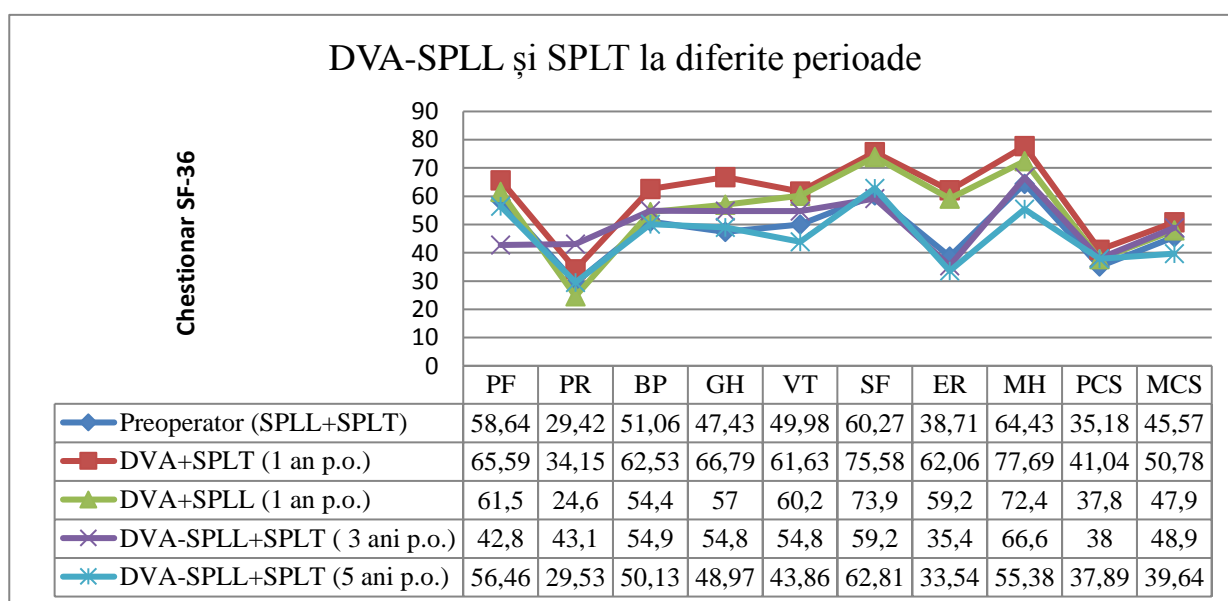


Fig. 3.13. Reprezentarea grafică a variațiilor scalei SF-36 între cele patru momente pe subloturile L1a și L1b.

Legenda: PF-funcția fizică; PR-rol fizic; BP-durere somatică; GH-sănătate generală; VT- vitalitate; SF-funcția socială; ER-rol emoțional; MH-sănătate mintală; PCS-sănătate fizică sumară; MCS-sănătate mintală sumară.

Investigația relației dintre CV și timpul de până la 5 ani postoperator ne-a demonstrat că, calitatea vieții subiecților încadrați în studiu poartă amprenta afecțiunii hepatice cu deprecieri importante, statistic semnificative, la nivelul rolului fizic ($14,3 \pm 4,1$ puncte), sănătății generale ($7,2 \pm 3,3$ puncte), vitalității ($10,1 \pm 3,1$ puncte), și a sănătății mintale ($9,8 \pm 2,1$ puncte) comparativ cu datele de la 3 ani de monitorizare ($p > 0,05$), date expuse în Tabelul 3.24 ce urmează.

Tabelul 3.24. Aspectele comparative interlot ale indicatorilor calității vieții la diferite etape de timp postintervenție chirurgicală (scor SF-36)

| | Lotul Caz (L_1) | | Lot observațional $P_{L0} \pm ES_{L0}$ |
|---------------------------------|--|--|--|
| | Lot Caz (L_{1A} / L_{1B}) DVA+SPL $P_{L1} \pm ES_{L1}$ la <u>etapa de 3 ani</u> ($n=75$) | Lotul Caz (L_{1A} / L_{1B}) DVA+SPL $P_{L2} \pm ES_{L2}$ la <u>etapa de 5 ani</u> ($n=69$) | |
| 1. Funcția fizică (PF) | $42,80 \pm 5,71$ $p < 0,001$; $t_{L11-L0}=8,04$ | $56,46 \pm 5,96$ $p < 0,001$; $t_{L2-L0}=5,65$ | $93,17 \pm 2,57$ <i>semnificația statistică</i> |
| 2. Rol fizic (PR) | $43,10 \pm 5,71$ $p < 0,001$; $t_{L11-L0}=5,45$ | $29,53 \pm 5,49$ $p < 0,001$; $t_{L2-L0}=5,49$ | $81,12 \pm 3,99$ <i>semnificația statistică</i> |
| 3. Durere somatică (BP) | $54,90 \pm 5,75$ $p < 0,01$; $t_{L11-L0}=2,68$ | $50,13 \pm 6,93$ $p < 0,01$; $t_{L2-L0}=3,25$ | $74,43 \pm 4,45$ <i>semnificația statistică</i> |
| 4. Sănătate generală (GH) | $54,80 \pm 5,74$ $p < 0,01$; $t_{L11-L0}=2,68$ | $48,97 \pm 6,02$ $p < 0,05$; $t_{L2-L0}=3,25$ | $65,76 \pm 4,84$ <i>semnificația statistică</i> |
| 5. Vitalitate (VT) | $54,80 \pm 7,75$ $p > 0,05$; $t_{L11-L0}=1,79$ | $43,86 \pm 5,97$ $p < 0,01$; $t_{L2-L0}=3,19$ | $68,21 \pm 4,75$ <i>semnificația statistică</i> |
| 6. Funcția socială (SF) | $59,20 \pm 5,67$ $p < 0,01$; $t_{L11-L0}=2,79$ | $62,81 \pm 5,82$ $p < 0,05$; $t_{L2-L0}=2,25$ | $78,89 \pm 4,17$ <i>semnificația statistică</i> |
| 7. Rol emoțional (ER) | $35,40 \pm 5,52$ $p < 0,001$; $t_{L11-L0}=5,75$ | $33,54 \pm 5,68$ $p < 0,001$; $t_{L2-L0}=5,91$ | $75,87 \pm 4,37$ <i>semnificația statistică</i> |
| 8. Sănătatea mintală (MH) | $66,60 \pm 5,45$ $p > 0,05$; $t_{L11-L0}=1,58$ | $55,38 \pm 5,98$ $p < 0,01$; $t_{L2-L0}=3,02$ | $77,54 \pm 4,26$ <i>semnificația statistică</i> |
| I. Comportamentul fizic (PCS) | $38,00 \pm 5,60$ $p < 0,001$; $t_{L11-L0}=3,95$ | $37,89 \pm 5,84$ $p < 0,001$; $t_{L2-L0}=3,87$ | $67,10 \pm 4,79$ <i>semnificația statistică</i> |
| II. Comportamentul mintal (MCS) | $48,90 \pm 7,81$ $p < 0,01$; $t_{L11-L0}=2,69$ | $39,64 \pm 5,88$ $p < 0,001$; $t_{L2-L0}=3,89$ | $69,00 \pm 4,72$ <i>semnificația statistică</i> |

Analizând datele obținute constatăm că, există un grad înalt de corelare negativă între durata de timp postintervenție chirurgicală și nivelul calității vieții la pacienții cu ciroză hepatică chirurgical asistați, dar și în comparație cu datele din lotul observațional. Toate cele expuse

generează atât necesitatea elaborării unui sistem integral de monitorizare și evaluare a parametrilor calității vieții pacienților cirofici tratați chirurgical, cât și elaborarea unui set de măsuri de reabilitare medicală adecvate pentru prevenția comorbidităților, menținere și îmbunătățirea calității vieții cu scopul de a influența evoluția bolii hepatice sub tratament.

Astfel, odată cu creșterea duratei de urmărire influența pozitivă a intervențiilor chirurgicale de DVA+SPL a scăzut sub toate aspectele CV pe valorile medii de scor. Ba mai mult, peste jumătate din respondenții participanți în studiu (56%) în perioada de la 3 la 5 ani postoperator au prezentat o depreciere marcată sub aspectul sănătății fizice și psihice (Tabelul 3.25).

Tabelul 3.25. Impactul cirozei hepatice asupra calității vieții pacienților calculat comparativ pentru întreaga perioadă de studiu (imagine de ansamblu)

| Nivelul afectării CV | Postoperator (12 luni) | | Postoperator (36 luni) | | Postoperator (60 luni) | |
|---|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| | abs. | P ₁ ±ES ₁ % | abs. | P ₂ ±ES ₂ % | abs. | P ₃ ±ES ₃ % |
| Afectare severă a CV (SCOR: 0-35 puncte) | 21 | 25,3±4,77 | 29 | 38,7±5,62 | 28 | 40,6±5,91 |
| <i>Semnificația statistică</i> | <i>p>0,05</i> <i>t_{1,2}=1,82</i> | | <i>p>0,05</i> <i>t_{2,3}=0,23</i> | | <i>p<0,05</i> <i>t_{1,3}=2,01</i> | |
| Afectare moderată a CV (SCOR: 36-70 puncte) | 37 | 44,6±5,46 | 30 | 40,0±5,65 | 29 | 42,0±5,94 |
| <i>Semnificația statistică</i> | <i>p>0,05</i> <i>t_{1,2}=0,58</i> | | <i>p>0,05</i> <i>t_{2,3}=0,24</i> | | <i>p<0,05</i> <i>t_{1,3}=0,32</i> | |
| Afectare ușoară a CV (SCOR: 71-100 puncte) | 25 | 30,1±5,03 | 16 | 21,3±4,73 | 12 | 17,4±4,56 |
| <i>Semnificația statistică</i> | <i>p>0,05</i> <i>t_{1,2}=1,27</i> | | <i>p>0,05</i> <i>t_{2,3}=0,59</i> | | <i>p>0,05</i> <i>t_{1,3}=1,87</i> | |
| Total | 83 | 100,0 | 75 | 100,0 | 69 | 100 |

Aceste rezultate arată că la 5 ani postoperator ponderea pacienților cu nivelul CV autocuantificat ca și grav afectat s-a înregistrat la 40,6±3,11% (28 din 69) versus 38,7±5,62% (29 din 75), moderat afectat – la 42,0±5,94% (29 din 69) versus 40,0±5,65% (30 din 75) și ușor afectată – la 17,4±4,56% (12 din 69) versus 21,3±4,73 (16 din 75), exprimând astfel evoluția progresivă a BHC cu efecte negative asupra CV.

Studiul variabilelor de eficacitate ale chestionarului SF-LDQOL pentru evaluarea calității vieții posttratament chirurgical versus pretratament, descrise în Figura 3.14 arată că, răspunsul terapeutic influențează diferit calitatea vieții legată de sănătate cu stabilirea impactului asupra simptomelor, consecințelor și problemelor legate de boala hepatică.

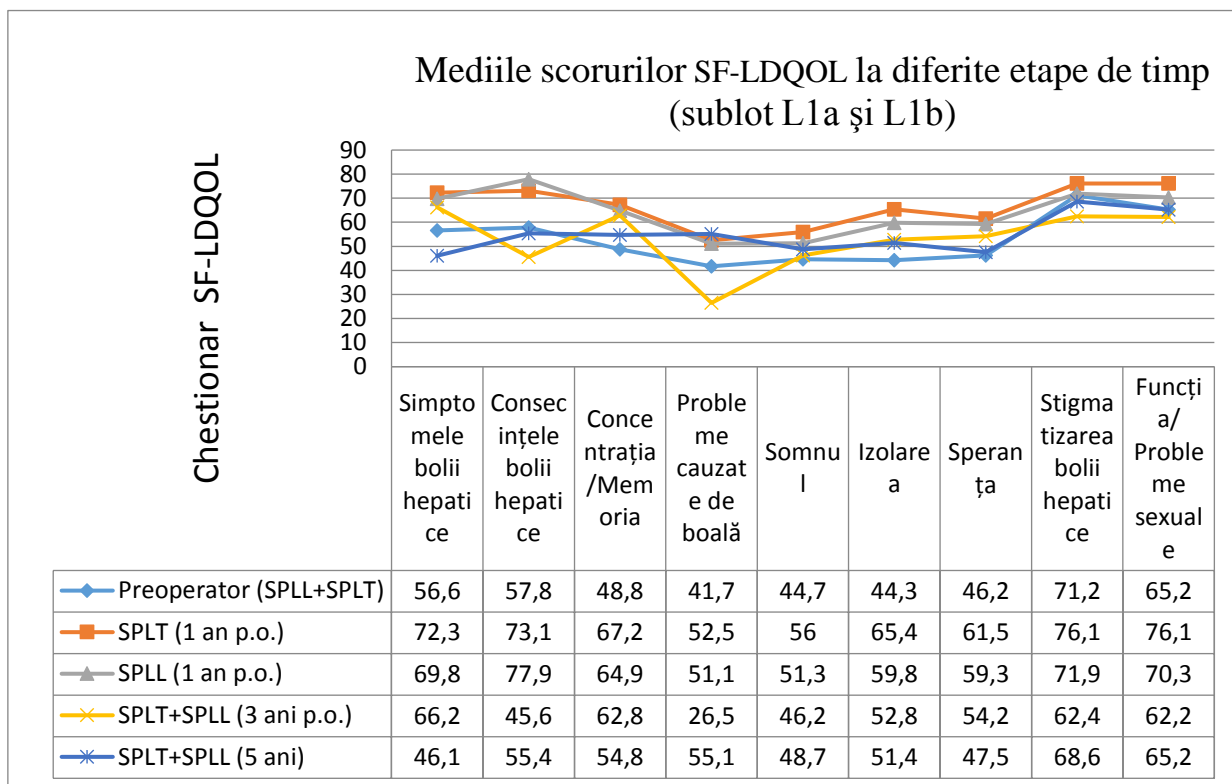


Fig. 3.14. Reprezentarea grafică a variațiilor scalei SF- LDQOL între cele patru etape pe subloturile L1a și L1b.

După cum se poate observa, valorile unor scale simptomatice în cadrul studiului de supraveghere clinică a pacienților aflați la 5 ani postoperator relevă o tendință de creștere în timp. Aceste creșteri nu sunt susținute pe termen lung, lucru care, în cazul pacienților cirofici operați (DVA+SPL), reprezintă un interes evident, cunoscându-se faptul că, aceștia se află în perioada deteriorării funcționale hepatice care, în mod nefavorabil influențează grav itemii de efecte, simptome, consecințe și stigmatizare ale chestionarului specific bolii hepatice, înregistrând o corelație pozitivă semnificativă ($p=0,61$; $p<0,05$). Un element important urmărit de cercetarea noastră a fost evaluarea interrelației între „timpul scurs de la intervenția chirurgicală” și „evoluția criteriilor Baveno IV”. În urma verificării statistice am observat o serie de corelații semnificative statistic ($p\text{-value} <0,05$) pentru criteriile clinico-endoscopice Baveno, corespunzătoare unei deteriorări importante ale acestora, fiind asociată celei funcționale hepatice și somatice, având o evoluție progresivă complicată a cirozei, fiind atestată la 47% dintre pacienții intervievați la 5 ani postoperator. Rezultatele obținute au fost interpretate statistic în Tabelul 3.26.

Tabelul 3.26. Distribuția cazurilor la etapele de examinare pe durata supravegherii în funcție de criteriile Baveno IV

| | Criterii clinico-endoscopice | | | | | | | | Total | |
|---------------|------------------------------|------|---------------------|------|------------------------------|------|-------------------------------|------|-------|-------|
| | Ciroză compensată | | | | Ciroză decompensată | | | | | |
| | Stadiu I | | Stadiu II | | Stadiu III | | Stadiu IV | | | |
| | CH fără VE sau ascită | | CH cu VE fără acită | | CH cu ascită, cu sau fără VE | | CH cu HDV, cu sau fără ascită | | | |
| | abs. | % | abs. | % | abs. | % | abs. | % | abs. | % |
| Inițial preop | 21 | 22,1 | 35 | 36,8 | 16 | 16,8 | 23 | 24,2 | 95 | 100,0 |
| 1an postop | 49 | 59,0 | 26 | 31,3 | 6 | 7,2 | 2 | 2,4 | 83 | 100,0 |
| 3ani postop | 24 | 32,0 | 41 | 54,6 | 6 | 8,0 | 4 | 5,3 | 75 | 100,0 |
| 5 ani postop | 14 | 20,3 | 28 | 40,6 | 22 | 31,9 | 5 | 7,2 | 69 | 100,0 |

În consecință constatăm că, statusul postchirurgical în condiții de boală hepatică cronică aduce după sine în perioada postoperatorie tardivă, probleme consistente de calitate a vieții, cunoașterea cărora devine o condiție importantă pentru găsirea răspunsurilor și fortificarea mecanismelor de adaptare la toate aceste probleme, care trebuie identificate și rezolvate. Implicit, aceste aspecte au o importanță deosebită atât din perspectiva luării în evidență a unor astfel de cazuri, cu încadrarea lor în grupa de risc crescut, cât și introducerea în programele de screening și management optim terapeutic și profilactic interdisciplinar.

În concluzie considerăm că, analiza manifestărilor clinice de natură hepatică apărute sub forma unei decompensări, în cazul pacienților cirofici monitorizați la 1-3-5 ani postoperator, subliniază existența a două raționamente clinice pertinente. Unul din aspecte este cel legat de evoluția progresivă în timp a cirozei și lipsa răspunsului susținut la tratament. Al doilea se referă la decompensarea clinică, fiind o consecință imediată a dezvoltării unor complicații (HDV, ascită, encefalopatie, tromboze ale axului venos splenoportal și altele) cu repercusiuni clinice imediate și impact negativ asupra statutului bio-clinico-psihologic al pacientului, care interferează cu deprecierea calității vieții.

3.4. Concluzii la capitolul 3

1. Pe parcursul studiului, în conformitate cu practicile internaționale, am tradus și validat intern/extern chestionarul specific SF-LDQOL, adaptat pentru aprecierea CV pacienților cu afecțiuni hepatice (certIFICATE de inovator Nr.5594). S-a constatat că varianta propusă, inclusiv cea online, constituie un instrument sensibil, cu valabilitate suficientă, accesibil pentru măsurarea modificărilor CV la nivel clinic, oferind informare și screening calitativ.

2. Rezultatele cercetărilor realizate au adus informații noi referitor la profilul clinic și funcțional al bolnavilor cu ciroză hepatică. S-a observat, pretratament chirurgical, o deteriorare severă a calității vieții ce reflectă o remaniere negativă profundă a aspectelor subiective și obiective ale calității vieții legată de sănătate, cu variație nesemnificativă interloturi, marcată de o diferențiere profundă influențată de starea funcțională hepatică (scor Child și BavenoIV) și de prezența complicațiilor BHC.

3. Rezultatele studiului arată că intervențiile chirurgicale practicate permit ameliorarea nivelului CV la peste 78,5% participanți în studiu. Comparând scorurile SF-36 și SF-LDQOL al subgrupelor L1A, L1B și L1C cu statusul preoperator, în primii trei ani postoperator am stabilit existența unui trend ascendent al CV, cuantificată cu 87,6% pentru pacienții transplantați și 75,8% pentru cei care au suportat DVA+SPL. Statistic, prin anchetă, s-a stabilit că, nivelul calității vieții pacienților care au beneficiat de abord chirurgical laparoscopic, este mai bun doar în primele 6-9 luni după operație, apoi tiparul evoluției bolii la etapele 1-3-5 ani postoperator este similar cu subplotul operat tradițional.

4. În cazul pacienților care au beneficiat de transplant hepatic, în ciuda nevoilor de sprijin medical, am înregistrat scoruri mult mai mari la chestionarele SF-36 și SF-LDQOL, indici care cuantifică pe o durată mai lungă beneficiile gestului chirurgical asupra calității vieții, în medie cu 23%-27%, comparativ cu subploturile L1a și L1b.

5. Pe măsura creșterii termenului postoperator, la trei ani și peste după DVA+SPL observăm că indicii sumari ai calității vieții au fost în scădere la 76% cazuri, astfel stabilind variații semnificative importante caracteristice terenului hepatic prezent.

6. Recunoașterea și diagnosticarea corectă a tuturor modificărilor calității vieții relevă faptul, că acestea sunt în legătură directă cu stadiul cirozei hepatice ($p < 0,001$), prezența complicațiilor evolutive BHC ($p < 0,001$), tipul intervenției chirurgicale practicate ($p < 0,001$) și timpul evaluării calității vieții ($p < 0,001$). Ca urmare am propus un scor de prognostic care a permis identificarea pacienților vulnerabili cu scopul prevenirii unei evoluții complicate ale bolii.

4. REZULTATE TERAPEUTICE ȘI CERCETĂRI PRIVIND ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII VIEȚII BOLNAVILOR CIROTICI CU STATUS POSTCHIRURGICAL

4.1 . Caracteristicile statusului clinico-socio-profesional al pacienților cirofici la un interval între 1-5 ani după intervenția chirurgicală practică

Dispensarizarea reprezintă faza strategiei chirurgicale de consolidare a rezultatelor terapeutice la etapa post-spitalicească, fază în care trebuie să continue procesul de vindecare început în spital și este necesar să se desfășoare după un program al controalelor și al investigațiilor complexului patologic medico-chirurgical multidimensional asistat. Din această perspectivă studiul vizează monitorizarea evoluției bolii și a statutului socio-profesional al pacientului cirotic la diferite etape, în raport cu metoda de tratament chirurgicală aplicată.

Raportat la criteriile modificate Lebezev [171], evaluate în dinamică, observăm o ameliorare a rezultatelor terapeutice pentru toate cele trei subploturi luate în studiu, existând diferențe între datele colectate la 1-3-5 ani (Tabelul 4.1).

Tabelul 4.1. Răspunsul terapeutic obținut la termene diferite de anchetare

| Durata observației (ani) | Până la 1 an (vizita 1) | | Până la 3 ani (vizita 2) | | Până la 5 ani (vizita 3) | |
|----------------------------|----------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|
| | abs. | P±m,% | abs. | P±m,% | abs. | P±m,% |
| Rezultate bune | 71 | 85,5±3,86 | 59 | 78,6±4,73 | 43 | 62,3±5,83 |
| Rezultate satisfăcătoare | 8 | 9,6±3,23 | 10 | 13,3±3,92 | 16 | 23,2±5,08 |
| Rezultate nesatisfăcătoare | 4 | 4,8±2,35 | 6 | 8,0±3,13 | 10 | 14,5±4,23 |
| Total | 83 | 100 | 75 | 100 | 69 | 100 |
| Decese | 2 | 2,4% | 3 | 4,0% | 6 | 8,7% |

Sintetizând datele ilustrate în tabel observăm că, nu s-a putut realiza urmărirea rezultatului terapeutic la distanță pentru toți pacienții deoarece, o parte din ei nu s-au prezentat la controalele regulate, adresându-se doar atunci când au apărut complicații ale bolii hepatice sau prezentându-se numai la comisia de validare a capacității de muncă; alții, au fost pierduți din urmărire sau au decedat. La acestea s-au adăugat unele internări ale pacienților cauzate de recăderi ale semnelor/simptomelor, de apariția complicațiilor evolutive bolii hepatice sau de reexaminări cerute de comisiile de expertiză ale muncii.

Raportat la întreg lotul de 95 de pacienți luați în studiu, la controalele regulate la 1-3-5 ani s-au prezentat 83-75-69 bolnavi, reprezentând cca 78% din cazuistica cercetată. În medie, subiecții din lotul total externați din spital, au fost urmăriți 51,68 luni (±5,93), cu limite între 1 și 123 luni. Menționăm că pacienții din lotul L1c care au beneficiat de transplant hepatic au avut o perioadă

medie de monitorizare mai mică în raport cu celelalte subloturi de 35,6 ($\pm 4,23$) luni, dar diferența nu a fost statistic semnificativă ($p=0,084$).

Comparând datele pacienților înregistrate la vizita 1 postintervenție s-a descoperit o relație de legătură între tipul răspunsului terapeutic, intervalul de timp scurs postintervenție și particularitatea gestului chirurgical aplicat. Din tabelul de mai sus se poate observa că la un an de evidență, nivelul simptomatologiei globale a înregistrat îmbunătățiri semnificative ($p<0,05$). Repartiția cazurilor evaluate până la un an de studiu (V1), în funcție de răspunsul terapeutic obținut s-a dovedit a fi următoarea:

- Pentru rezultate bune – 71 (85,5%) pacienți
- Pentru rezultate satisfăcătoare – 8 (9,6%) pacienți
- Pentru rezultate nesatisfăcătoare – 4 (4,8%) pacienți
- Decese – 2 (2,4%) pacienți

În analiza efectuată s-a observat o prevalență mai înaltă a rezultatelor bune și satisfăcătoare mai ales pentru pacienții din sublotul L1c, care au beneficiat de TH, reprezentând 11 (84,6%) și 56 (78,6%) respectiv. În ceea ce privește variabila „evoluția scorului Child” rezultatul terapeutic a arătat o distribuție numerică și procentuală în favoarea cazurilor cu stadiu evolutiv compensat, fiind asociată cu un număr mai mare de pacienți convertiți în clasa funcțională superioară.

Făcând referință la calitatea vieții pacienților evaluați în acest interval de timp postoperator se constată un nivel al scorului global SF-36 cu o variație între 58 și 78 de puncte cu o medie de 63,5 puncte față de 46,1 preintervenție, ceea ce indică un nivel ușor-moderat de afectare a calității vieții. Este important de reținut că, la acest interval de timp se observă și o reducere semnificativă a pacienților cu varice esofagiene grad II-III, de la 52 (54,7%) la admiterea în studiu la 22 pacienți (23,6%) descoperiți endoscopic la 1 an postintervenție chirurgicală; 54 (58,4%) pacienți nu au mai prezentat VE.

De altfel, într-un număr de 46 (din 83) de cazuri (55,4%) s-a înregistrat lipsa trombocitopeniei, iar 25,3% dintre pacienți (21 din 83) prezentau trombocitopenie moderată, controlată prin medicație (valoare mediană $210 \pm 35,8 \times 10^9 \text{mm}^3$ vs $64,2 \pm 40,1 \times 10^9 \text{mm}^3$).

Urmărind rezultatele terapeutice raportate la criteriile Lebezev, lotul pacienților evaluați la 3 ani postchirurgical a fost distribuit astfel:

- Pentru rezultate bune – 59 (78,7%) pacienți
- Pentru rezultate satisfăcătoare – 10 (13,3%) pacienți
- Pentru rezultate nesatisfăcătoare – 6 (8,0%) pacienți
- Decese – 3 (3,8%)

Pe lotul de pacenți studiați se observă că, postoperator 41 din 75 de subiecți monitorizați (54,7%) afirmă stabilizarea stării generale, asemănătoare cu cea identificată la 1 an după operație. Per total, după 3 ani postintervenție chirurgicală, simptomatologia bolii hepatice la nivelul lotului de pacienți participanți în studiu arată astfel: (mai bine - 42%, la fel - 11%, mai rău - 13%).

Un procent mare dintre respondenți (85,5%) intervievați la această etapă relevă o relație de proporționalitate directă între intervalul de timp scurs de la intervenția chirurgicală aplicată și rezultatul terapeutic. În consecință, cei mai mulți pacienți cirofici operați, autoevaluați la această perioadă de timp, denotă o stare de afectare moderată a calității vieții tradusă printr-un punctaj între 36-70 și asociată cu lipsa episoadelor de hemoragie digestivă cu scor funcțional hepatic Child neschimbat ($p < 0,05$).

Explorările biologice efectuate conform protocolului de studiu, la pacienții reevaluați în dinamică au identificat prezența următoarelor aspecte găsite aparte sau asociate: sindrom trombocitopenic – la 19 pacienți; sindrom asteno-vegetativ – la 21 pacienți; sindrom hepatopriv – la 23 pacienți și sindrom hepatocitolitic – la 25 pacienți, cu o diferență de 31,2% în favoarea sublotului L1c.

Problemele sunt mai accentuate în intervalul de timp 3 – 5 ani postoperator. Conform repartiției realizate după tipul de răspuns terapeutic obținut constatăm micșorarea cazurilor cu rezultate bune - 43 (62,3%) și un procent crescut al cazurilor cu rezultate nesatisfăcătoare – 14,5% (10 din 69) comparativ cu anii precedenți de monitorizare.

Discuția cu pacienții din lotul total prezentați la control și la examenul clinic a evidențiat: dureri și senzație de greutate sub rebordul costal drept – la 41 pacienți (59,4%); gingivoragii – la 14 pacienți (20,3%); icter parenchimos – la 14 pacienți (20,3%); ascită – la 6 pacienți (8,7%); episoade de hemoragie digestivă superioară – la 4 pacienți (5,7 %); evențaii ale peretelui abdominal – la 6 pacienți (8,7%).

Analiza rezultatelor pe dimensiuni ale calității vieții indică că cca 68,2% pacienți se îngrijesc singuri și sunt capabili să-și asigure singuri necesitățile. Per total, rezultatele înregistrează înrăutățirea calității vieții subiecților anchetati la acest interval de timp, deficitul total al CV în domeniile „probleme cauzate de boală” (frustrare, simț de extenuare pe urma bolii), „dimensiunea socială”, „concentrarea/memoria”, „funcția fizică” și „vitalitatea”, cu consecințe negative pe plan social, fiind peste 1/2 comparativ cu 2/5 la ancheta anterioară. În baza evidențelor clinice rezultate pe urma studiului remarcăm și faptul că în acest interval numărul de cazuri letale a constituit 6 din 69 pacienți, ceea ce reprezintă 8,7% cazuri.

Analiza relației „intervenție chirurgicală” și „rezultat terapeutic” a remarcat diferențe semnificative între loturi și timpul de evaluare posttratament chirurgical (Tabelul 4.2).

Tabelul 4.2. Răspunsul terapeutic obținut la diferite etape post chirurgicale în funcție de tipul intervenției chirurgicale

| Răspuns terapeutic | Vizita | DVA+SPLT | | DVA+SPLL | | TH | |
|--------------------|--------|---|----------------------------------|---|----------------------------------|---|----------------------------------|
| | | Abs. | P ₁ ±m ₁ % | Abs. | P ₂ ±m ₂ % | Abs. | P ₃ ±m ₃ % |
| Bun | V1 | 38 | 73,1±4,86 | 23 | 79,3±4,45 | 10 | 71,4±4,96 |
| | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,2} =0,94 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{2,3} =1,19 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,3} =0,24 | |
| | V2 | 30 | 57,7±5,70 | 21 | 72,4±5,16 | 8 | 57,1±5,71 |
| | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,2} =1,91 | | <i>p</i> <0,05 și <i>t</i> _{2,3} =1,98 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,3} =0,07 | |
| | V3 | 22 | 42,3±5,95 | 15 | 51,7±6,02 | - | - |
| | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,2} =1,11 | | | | | |
| Satisfăcător | V1 | 3 | 5,8±2,56 | 3 | 10,3±3,34 | 2 | 14,3±3,84 |
| | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,2} =1,07 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{2,3} =0,79 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,3} =1,84 | |
| | V2 | 5 | 9,6±3,40 | 3 | 10,3±3,51 | 2 | 14,3±4,04 |
| | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,2} =0,14 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{2,3} =0,75 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,3} =0,89 | |
| | V3 | 10 | 19,2±4,74 | 3 | 10,3±3,67 | - | - |
| | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,2} =1,49 | | | | | |
| Nesatisfăcător | V1 | 2 | 3,8±2,09 | 1 | 3,4±1,98 | 1 | 7,1±2,82 |
| | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,2} =0,14 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{2,3} =1,07 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,3} =0,94 | |
| | V2 | 3 | 5,8±2,69 | 2 | 6,9±2,93 | 1 | 7,7±3,08 |
| | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,2} =0,28 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{2,3} =0,19 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,3} =0,46 | |
| | V3 | 5 | 9,6±3,55 | 4 | 13,8±4,15 | - | - |
| | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,2} =0,77 | | | | | |

Legenda : V1=83p. (DVA+SPLT n=52, DVA+SPLL n=29, TH n=13/14, un deces);
V2=75p. (DVA+SPLT n=46, DVA+SPLL n=25, TH n=12/13);
V3=69p. (DVA+SPLT n=41, DVA+SPLL n=23, TH n=0).

Per total, procentul cazurilor cu rezultate bune și satisfăcătoare posttratament chirurgical este mult superior în subplotul L1c în raport cu rezultatele atestate tardiv, la distanță, în subploturile L1a și L1b constituind 52% vs 38,6% respectiv (*p*<0,05).

Rezultatele obținute demonstrează că un procent de 63,8% din pacienții lotului L1c raportează diminuarea semnificativă a amplexării simptomelor și stare generală de sănătate bună. În același timp, la puțin peste 1/5 din respondenți din toate subploturile, valorile scalelor ce cuantifică simptomatologia pozitivă a BHC suferă modificări în sensul descreșterii vitalității, funcțiilor fizice, de rol și emoționale, constatând astfel un potențial evolutiv nefavorabil al cirozei hepatice. La nivelul întregului lot, un procent de 22,1% (21cazuri) au avut un număr de 51 complicații chirurgicale și terapeutice, apărute postoperator la diferite etape care au determinat

evoluție trenantă a bolii cu deteriorarea semnificativă a nivelului CV în 69,3% cazuri (Tabelul 4.3).

Tabelul 4.3. Frecvența și caracterul complicațiilor apărute la diferite etape postoperator

| Perioada de supraveghere | Complicații postoperatorii tardive | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|----------|------|----------|--------|----------|------|-----------|------|----------|-------|-------|
| | HDV | | TAVS | | ASCITĂ | | IHR | | ALL | | Total | |
| | abs. | P±m,% | abs. | P±m,% | abs. | P±m,% | abs. | P±m,% | abs. | P±m,% | abs. | % |
| 12 luni | 0 | - | 6 | 7,2±2,84 | 0 | | 3 | 4,0±2,51 | 2 | 2,4±1,67 | 83 | 100,0 |
| 36 luni | 3 | 4,0±2,26 | 6 | 8,0±3,13 | 2 | 2,7±1,87 | 7 | 9,3±3,35 | 0 | - | 75 | 100,0 |
| 60 luni | 6 | 8,7±3,39 | 1 | 1,5±1,46 | 5 | 7,2±3,11 | 10 | 14,2±4,20 | 0 | - | 69 | 100,0 |

Legendă: *grad Dindo-Clavien II; **grad Dindo-Clavien III b .

Complicațiile postoperatorii întâlnite mai frecvent au fost TAVS (13,7%), HDV(9,5%), ascita (7,7%) toate manifestate prin IHR tranzitorie sau progresivă, frecvența celorlalte complicații fiind sub 2,1% pentru fiecare dintre ele. În ceea ce privește rezultatele obținute privind frecvența și caracterul complicațiilor apărute la diferite etape postoperator, procentele în perioada monitorizată au fost în ordine descrescătoare în felul următor: 22 cazuri (22,9%) la intervalul de timp de la 3 la 5 ani, 18 cazuri până la 3 ani (18,9%) și 11 cazuri până la 1 an (13,2%). Evaluarea ratei complicațiilor a evidențiat o creștere a complicațiilor tromboembolice în primii 1-3 ani postoperator, atingând 7,2%-8,0 % respectiv, după care se observă o pondere semnificativă a ratei complicațiilor hemoragice (12,7%). Acest rezultat ajustat la timpul scurs după operație poate fi influențat deopotrivă de prezența trombocitozei postsplenectomie și a recidivei varicelor esofagiene, care reprezintă factori decisivi.

În urma analizei rezultă că 16 pacienți au dezvoltat o complicație majoră de gradul IIIb conform clasificării Dindo-Clavien. Raportate la clasa Child-Pugh a cirozei hepatice, complicațiile au fost prezente la 58,7% dintre bolnavii cu ciroză hepatică din clasa Child-Pugh C, la 38,5% dintre pacienții din clasa Child-Pugh B și la doar 2,8% dintre bolnavii cu ciroză hepatică compensată din clasa Child-Pugh A.

Merită să precizăm că între loturile comparate (DVA+SPLT vs DVA+SPLL) nu s-au apreciat diferențe statistice semnificative, iar la cei cărora li s-a practicat transplant hepatic nu s-au găsit complicații hemoragice, doar un caz de tromboză a anastomozei. Apariția complicațiilor au implicat spitalizări frecvente și prelungite, uneori reintervenții care au influențat semnificativ CV pacienților la nivelul statutului global, fizic și cognitiv. Per total, s-a observat că 2/3 din pacienții incluși în programul de supraveghere au necesitat tratament hepatotrop sindromal și endoscopic

curativ, datorită progresiei bolii. Cele mai frecvente cauze de spitalizare pe întreaga perioadă de urmărire a lotului total analizat sunt ilustrate în Figura 4.1.

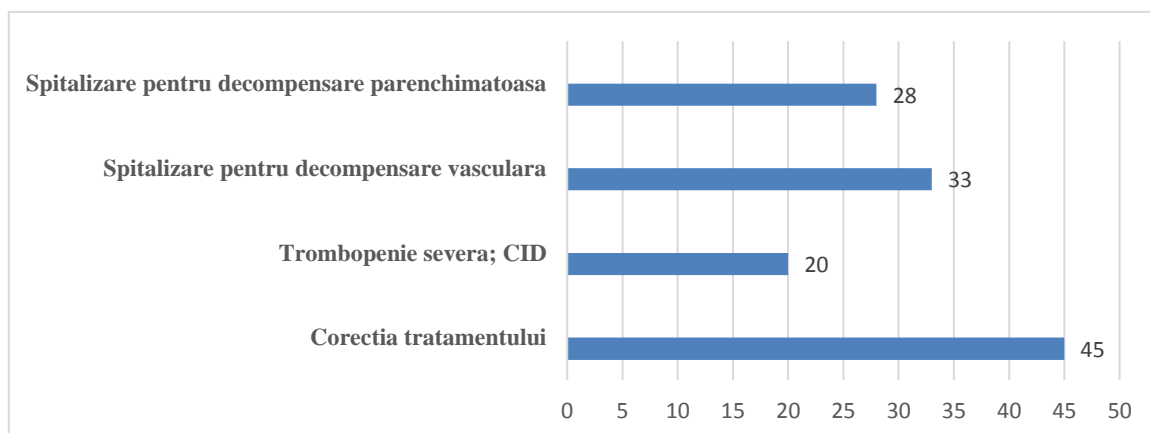


Fig. 4.1. Suma evenimentelor hepatice care au impus spitalizare în lotul de studiu L1.

Unsprezece (11,5%) din totalul celor 95 de cazuri operate incluse în lotul de studiu au decedat. Majoritatea deceselor au fost înregistrate în ultimul an al studiului (6 cazuri, 7,4 %), doi pacienți dintre care au decedat în spital și 4 la domiciliu, după externare.

Procentul de mortalitate observat a fost statistic semnificativ ($p < 0,05$) mai mare (89,1% din cazuri) la pacienții aflați în stadiul Baveno III-IV și clasa Child-Pugh C, precum și în prezența complicațiilor evolutive de gradul III Dindo-Clavien, cu diferențe semnificative între pacienții celor trei subloturi.

Astfel, în condițiile unei atitudini prompte, chirurgicale și terapeutice, în sublotul L1c (pacienții beneficiari de transplant hepatic) mortalitatea pe parcursul celor 3 ani de supraveghere a constituit un singur caz (1,05%) vs 10,6% în subloturile L1a și L1b. Cauzele decesului au fost reprezentate de una sau combinarea mai multor complicații: insuficiență hepatică progresivă (6 cazuri), hemoragie din varicele esogastrice (4 cazuri), ascit-peritonită (3 cazuri), sindrom hepatorenal (3 cazuri), progresia cirozei hepatice spre cancer hepatocellular (2 pacienți), urmate de alte 7 cauze asociate, fără legătură directă cu BHC.

Un subiect de interes în cadrul discuțiilor evoluției complicate a cazuisticii studiate îl reprezintă analiza corelării scorurilor de risc prognostic cu prezența și frecvența complicațiilor.

La 45 de pacienți (48,2%) (28 femei și 17 bărbați) li s-a efectuat o cuantificare standardizată a riscului preoperator, scala de risc fiind evaluată conform scorului BEA (Baseline Event Anticipation score), calculată retrospectiv pe baza studierii foilor de observație și a evaluării din ATI (Tabelul 4.4).

Tabelul 4.4. Distribuția cazuisticii la diferite etape postoperator (scorul BEA)

| Scorul BEA preoperator : (baseline event anticipation score) | Prezența complicațiilor | Absența complicațiilor |
|---|-------------------------|------------------------|
| BEA-A (0-1 puncte) - risc minim | 3 cazuri | 15 cazuri |
| BEA-B (2-4puncte)- risc moderat | 2 cazuri | 13 cazuri |
| BEA-C (5-7 puncte) - risc înalt | 9 cazuri | 3 cazuri |

Dintre cei 45 de pacienți 40% (18 cazuri) s-au încadrat în scorul BEA-A, 33% (15 cazuri) – în scorul BEA-B și 27% (12 cazuri) – în scorul BEA-C .

S-a observat că există o corelație statistică directă a scorului BEA ($1,91 \pm 0,84$) cu rata complicațiilor survenite după intervenția chirurgicală practică ($r=0,284$, p) (Figura 4.2).

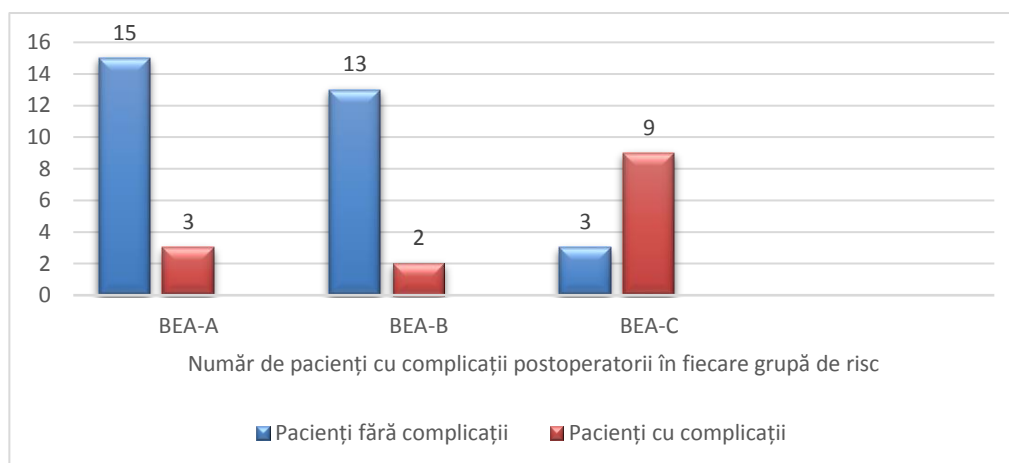


Fig. 4.2. Rata pacienților cu complicații postoperatorii estimate în lotul studiat în funcție de scorul BEA.

Folosind scorul BEA, remarcăm următoarele particularități :

- Cele mai multe cazuri cu complicații au fost încadrate în scorul BEA-C – 75% (9 cazuri);
- Pacienții încadrați în scorul BEA-A și BEA-B la distanță după operație au prezentat o pondere mult mai mică a complicațiilor – 16,6% (3 cazuri) și 13,3% (2 cazuri), respectiv.

Prin urmare, complexitatea și gradul scăzut de dificultate al acestui scor permit să îl recomandăm ca parte integrată a protocolului de urmărire în evoluție a rezultatelor tratamentului cazuisticii studiate și susțin că utilizarea scorului BEA (Baseline Event Anticipation score) poate estima prognosticul de durată al pacientului cirotic asistat chirurgical.

Se știe că bolile hepatice cronice duc în cele mai multe dintre cazuri la limitarea sau pierderea temporară sau ireversibilă a capacității de muncă, cu consecințe importante economice atât la nivelul societății și familiei, cât și a individului în parte (2, 3, 5, 6, 8).

Evaluarea statutului socio-profesional al lotului analizat la momentul internării a arătat o frecvență mai mare (44%) a pacienților cu invaliditate grad II față de pacienții cu invaliditate grad III (36%) și numai 9% pentru pacienții invalizi de gradul I (Figura 4.3).

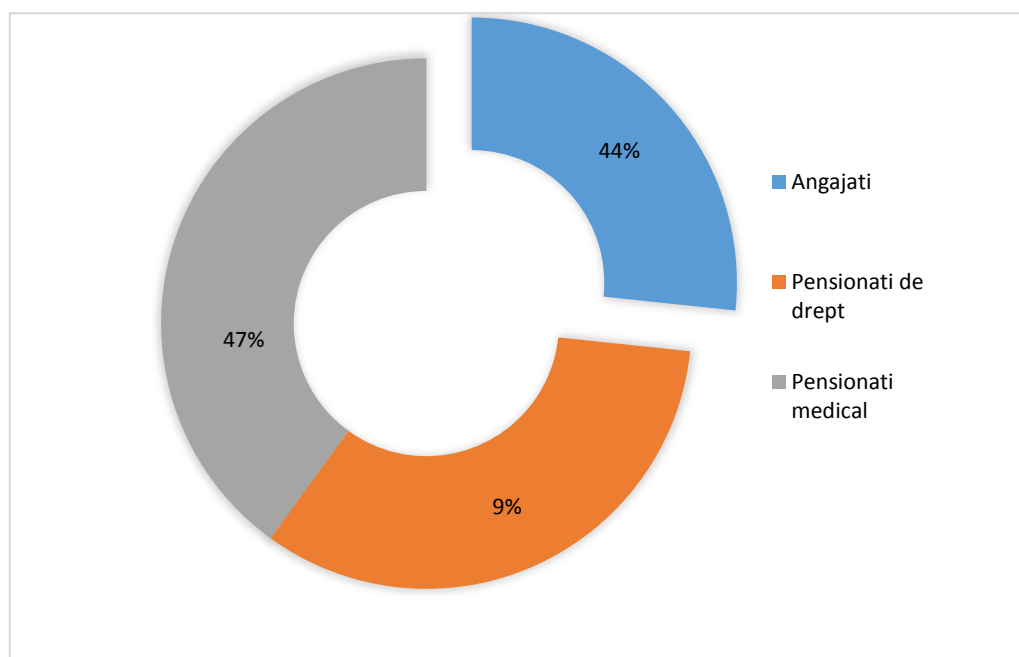


Fig. 4.3. Statutul socio-profesional

Cumulând răspunsurile pacienților chestionați postintervenție chirurgicală am observat o evoluție pozitivă a scorului dizabilităților înregistrând ameliorări superioare în intervalul de timp 1-3 ani postoperator.

În analiza efectuată, s-a observat prezența unui procent mai mare a pacienților ce au revenit în câmpul muncii, frecvență ce variază între 53,3% și 49,2%, față de 44% – valoarea scorului la includerea în studiu.

Această variabilitate cu impact direct asupra calității vieții, se poate datora, abordării corecte terapeutice perioperatorii. Repartizarea dizabilității postoperatorii în raport cu gestul chirurgical practicat este ilustrată în Tabelul 4.5.

Tabelul 4.5. Repartizarea dizabilității postoperatorii

| Dizabilitate | Vizita | DVA+SPLT | | DVA+SPLL | | TH | |
|---|--------|---|----------------------------------|--|----------------------------------|---|----------------------------------|
| | | Abs. | P ₁ ±m ₁ % | Abs. | P ₂ ±m ₂ % | Abs. | P ₃ ±m ₃ % |
| Fără dizabilități | V1 | 29 | 67,4±6,59 | 14 | 51,8±9,44 | 5 | 38,5±7,31 |
| | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,2} =1,48 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{2,3} =0,77 | | <i>p</i> <0,05 și <i>t</i> _{1,3} =2,00 | |
| | V2 | 17 | 40,5±7,37 | 5 | 23,8±7,70 | 8 | 66,6±14,92 |
| | | <i>p</i> <0,01 și <i>t</i> _{1,2} =3,07 | | <i>p</i> <0,05 și <i>t</i> _{2,3} =2,38 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,3} =0,43 | |
| | V3 | 14 | 32,6±6,93 | 12 | 46,2±10,50 | - | - |
| | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,2} =1,15 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{2,3} =1,69 | | - | |
| Disabilitate moderată (disabil dar independent) | V1 | 12 | 27,9±6,28 | 12 | 44,4±6,28 | 7 | 53,8±13,86 |
| | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,2} =1,66 | | <i>p</i> <0,05 și <i>t</i> _{2,3} =2,36 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,3} =1,39 | |
| | V2 | 17 | 40,5±7,23 | 14 | 66,6±9,70 | 4 | 33,3±13,62 |
| | | <i>p</i> <0,05 și <i>t</i> _{1,2} =2,07 | | <i>p</i> <0,05 și <i>t</i> _{2,3} =2,21 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,3} =0,76 | |
| | V3 | 24 | 55,8±7,78 | 11 | 42,3±9,12 | - | - |
| | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,2} =1,84 | | <i>p</i> <0,001 și <i>t</i> _{2,3} =5,63 | | - | |
| Disabilitate severă (conștient dar disabil) | V1 | 2 | 4,5±3,24 | 1 | 3,7±5,74 | 1 deces | 7,7±7,1 |
| | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,2} =0,68 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{2,3} =0,35 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,3} =0,17 | |
| | V2 | 5 | 11,6±4,70 | 5 | 23,8±7,7 | 0 | 0 |
| | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,2} =0,63 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{2,3} =0,92 | | - | |
| | V3 | 5 | 19,2±6,15 | 3 | 11,5±6,48 | - | - |
| | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{1,2} =0,97 | | <i>p</i> >0,05 și <i>t</i> _{2,3} =0,31 | | - | |

Legenda : V1=83p., 1 an postop., (DVA+SPLT n=43, DVA+SPLL n=27, TH n=13/14, un deces)
V2=75p., 3 ani postop., (DVA+SPLT n=42, DVA+SPLL n=21, TH n=12/13)
V3=69p., 5 ani postop., (DVA+SPLT n=43, DVA+SPLL n=26, TH n=0)

Analiza datelor din Tabelul 4.5 privind statutul socio-profesional a arătat creșterea tendinței de încadrare într-un grad de invaliditate mai mic pentru întregul lot al pacienților la 1-3 ani posttratament chirurgical, cele mai multe cazuri încadrându-se în gradul II de invaliditate asociat cu dizabilitate moderată.

La 5 ani după intervenție, pe cazuistica studiată, se remarcă o tendință de creștere a numărului pacienților cu dizabilitate severă și o descreștere a celor cu dizabilitate moderată. Această tendință a fost obținută în toate subploturile, cu un procentaj de ameliorare mai mare în subplotul L1a și L1b, demonstrând astfel că, intervențiile chirurgicale aplicate își pun amprenta și asupra statutului social. Aceste fiind confirmate, propunem un protocol de urmărire, structurat specific pe cazuistica hepatică de interes chirurgical, bazat pe dovezi și centrat pe pacient. Structura acestui protocol de supraveghere evolutivă, elaborat și validat în Clinica de Chirurgie nr. 2 și Clinica de Medicină internă, departamentul de gastroenterologie USMF, care cuprinde

programul adecvat de investigații, tratament și reevaluări periodice la distanță ale rezultatelor postterapeutice la care am adăugat noțiunea de calitate a vieții particularizată pe problematica chirurgiei hipertensiunii portale prin ciroză hepatică, ilustrată în Figura 4.4.

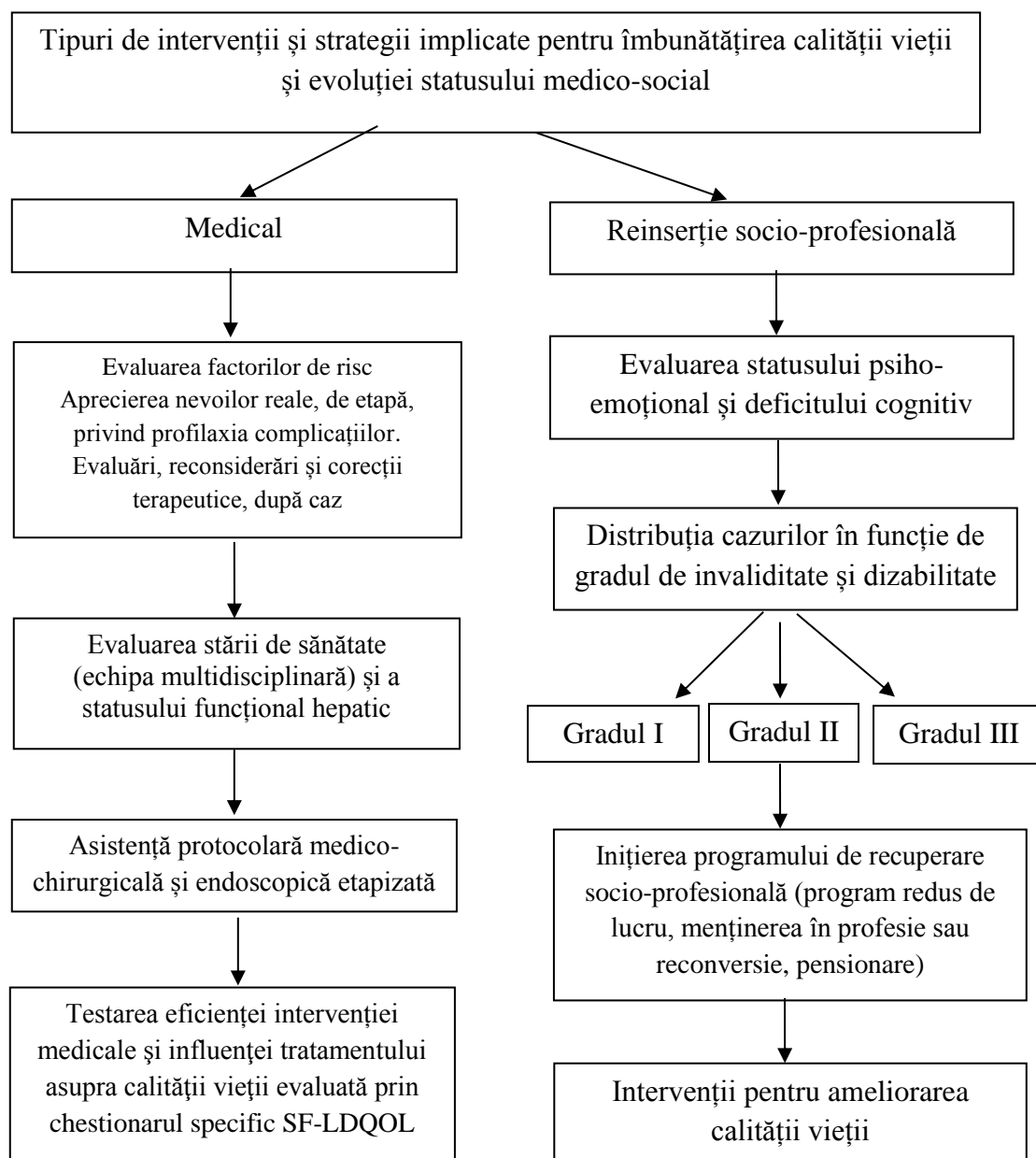


Fig. 4.4. Protocol de supraveghere evolutivă a pacientului cirotic operat.

Din observațiile clinice proprii susținem că, aplicarea acestui protocol de supraveghere a pacienților cirolici pe cazistica analizată, în care intervențiile și strategiile terapeutice se fac etapizat, la intervale de timp mai scurte față de cele indicate în prezent, este justificată de ameliorarea rezultatelor terapeutice, îmbunătățirea calității vieții și a evoluției statusului medico-social.

4.2 Analiza cazuisticii prin prizma impactului intervenției de recuperare medicală postoperatorie asupra calității vieții pacientului cirotic chirurgical asistat

Cunoașterea componentelor evoluției specifice procesului patologic progresiv în ficat, particularităților operațiilor efectuate precum și a factorilor determinanți și favorizanți apariției unui spectru larg de complicații postchirurgicale reprezintă un punct de plecare pentru stabilirea unui arsenal terapeutic adecvat.

Deși ideea reabilitării pacientului cu CH este definită în cadrul Protocolului Clinic Național de HTP și CH la adulți (2009), pus la dispoziția specialiștilor din țara noastră de către Societatea Chirurșilor și terapeuților din RM, care emite o serie de recomandări de ordin general, principiile acestuia s-au modificat esențial în ultimii ani.

Bazându-ne pe datele literaturii, precum și acordând prioritate informației din studiul efectuat de noi constatăm că calitatea adaptării clinice pe termen lung posttratament chirurgical și nivelul modificărilor calității vieții pe majoritatea dimensiunilor obținute în cele patru evaluări seriate au corelat semnificativ cu perioada de timp scurs după operație ($p < 0,001$), statusul functional hepatic ($p < 0,001$), caracterul complicațiilor evolutive bolii hepatice ($p < 0,001$) și tarele asociate ($p < 0,001$).

Importanța prevenției complicațiilor postoperatorii aduse de progresia bolii cronice hepatice și statusul postchirurgical al pacientului cirotic încadrat în studiu a stimulat preocupările noastre pentru realizarea unui model de management clinic optim care, prin mijloace multidisciplinare să faciliteze o mai bună cunoaștere și o eficientă profilaxie a factorilor determinanți și favorizanți evoluției complicate postoperatorii. Acest lucru a impus o atitudine specială pentru realizarea supravegherii la distanță a pacienților cirolici chirurgical asistați, cu predilecție a celor cu risc crescut care au necesitat o strategie terapeutică individualizată de la caz la caz, cu efecte importante asupra calității vieții legate de sănătate.

În acest context, lucrarea de față își propune să cerceteze modul în care un model de management clinic (depistare, informare, tratament) structurat de noi în baza evidențelor clinice și bazat pe o abordare coordonată, amplă și multimodală a pacienților cu ciroză hepatică operați anterior, poate influența evoluția bolii și îmbunătăți calitatea vieții (Figura 4.5).

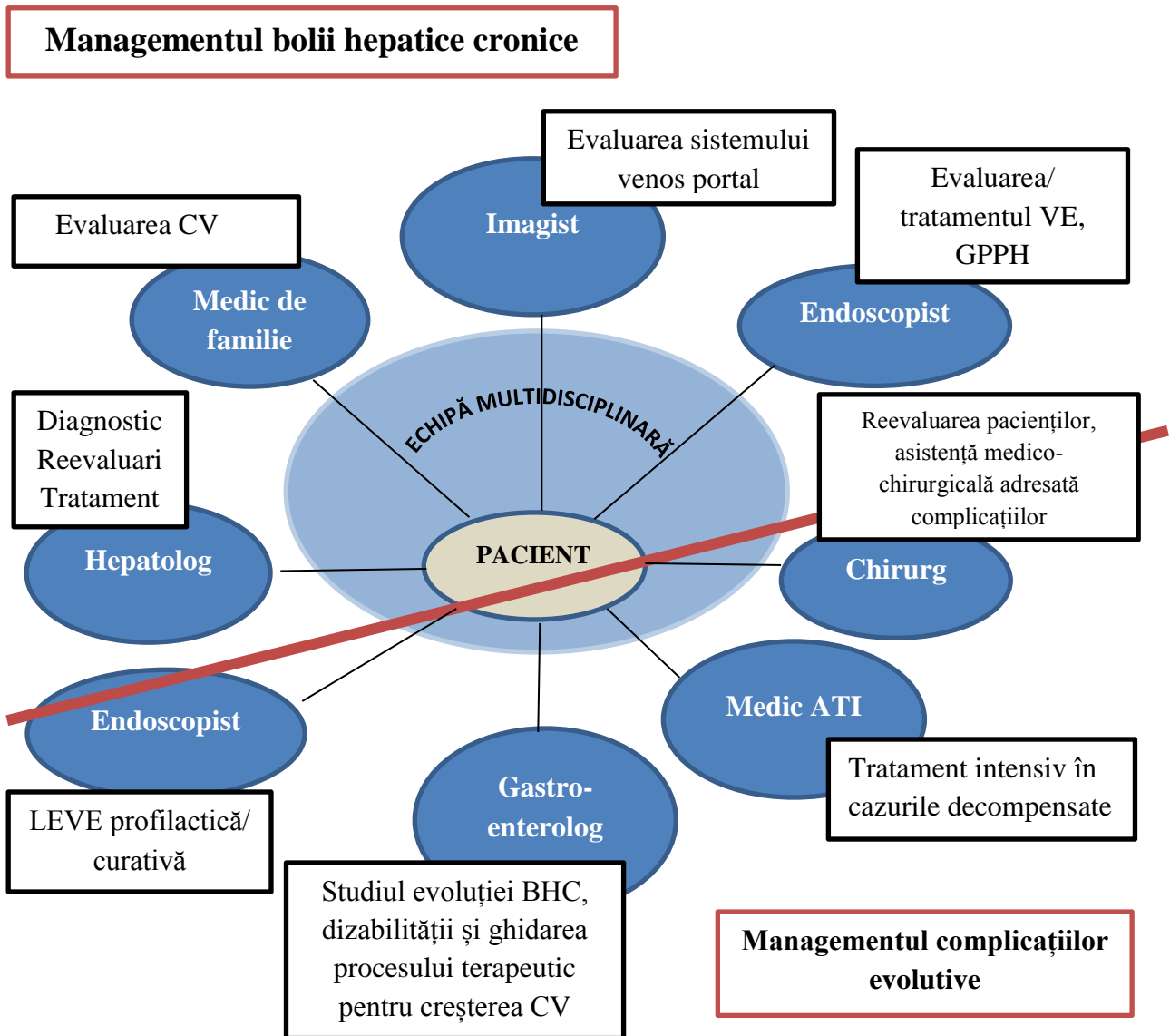
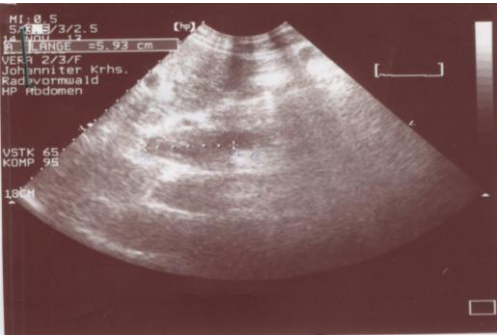


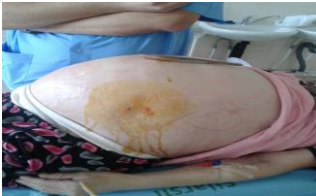


Fig. 4.5 Model de management clinic (depistare, informare, tratament) bazat pe o abordare multimodală interdisciplinară.

La prima etapă de supraveghere, în cadrul acestei lucrări, pentru a obține îmbunătățirea rezultatelor terapeutice, inclusiv ameliorarea CV pacienților cu CH de profil chirurgical, am formulat obiectivele și conținutul programului terapeutic de îngrijire și recuperare medico-socială diferențiată și am supravegheat aplicarea în condiții de siguranță al acestuia.

Structura protocolului de asistență terapeutică postoperatorie ajustat particularităților evolutive postoperatorii este ilustrată în Tabelul 4.6.

Tabelul 4.6 Protocol de asistență terapeutică postoperatorie ajustat particularităților evolutive

| Complicații postoperatorii | Măsurile profilactice și curative |
|---|---|
| <p>Tromboza axului spleno-portal</p>  | <p>INTERVENȚIA profilactică: Tromboprofilaxia cu HGMM 1 dată/zi înainte de operație și 5 zile în perioada precoce postoperatorie</p> <p>INTERVENȚIA terapeutică : Tratament antiagregant / anticoagulant al TAVS (regim de dozare flexibil, în funcție de statusul clinic al pacientului): remedii reologice, anticoagulante (diosmin 500 mg sau acenocumarol 2 mg per os) după caz asociate cu antiagregante plachetare (ticlid, nugal, plavix, clopidogrel 75-150 mg) Monitorizare eco-Doppler portal</p> |
| <p>Varice esofagiene cu / fără HDV</p>  | <p>INTERVENȚIA profilactică: EDS diagnostică Ligaturarea preoperatorie a venelor esofagiene (LEVE) grad II-III, cu iminență de hemoragie LEVE profilactică postoperatorie primară sau secundară Terapie profilactică: Octreotid - 1gr 1 dată /zi i/m, 5-10 zile, H2-blocatori, antiacide, mucoprotectoare (doze duble) Hemostază endoscopică prin LEVE Monitorizare endoscopică</p> |
| <p>Abces al lojei splenice după splenectomie</p>  | <p>INTERVENȚIA terapeutică: Drenare oarbă Drenare ecoghidată țintită Antibioticoterapie, lavaj cu ser betadinat Monitorizare imagistică (USG, CT)</p> |
| <p>Ascită</p>  | <p>INTERVENȚIA terapeutică: Tratamentul HTP și TAVS, Paracenteze curative, repetate conform indicațiilor Monitorizare ecografică</p> |

Analiza per protocol întreprinsă în acest studiu a urmărit estimarea efectului curativ și profilactic al schemelor terapeutice administrate, în vederea tratării pacienților de consecințele bolii hepatice cronice progresive și de complicațiile survenite postoperator. Secvențializarea îngrijirii bolnavilor conține următoarele etape distincte:

- Etapa I – etapa de spital – are ca scop minimalizarea efectelor negative ale cirozei hepatice, ale hipertensiunii portale și ale intervenției chirurgicale practicate și se termină la momentul externării;

- Etapa II – etapa postspitalizare – începe la momentul externării din spital, are o durată nedeterminată și include evaluarea clinică și funcțională etapizată a pacientului cirotic operat, sub formă individualizată, cu accent pe optimizarea rezultatelor curative și ameliorarea calității vieții pacientului operat cu reinserția socio-profesională a acestuia.

- Etapa III – etapă care cuprinde două faze distincte: faza preventivă ce urmărește menținerea efectelor funcționale dobândite în faza II, prevenirea complicațiilor BHC posttratament chirurgical și faza de inițiere a tratamentului de recuperare ajustat în mod corespunzător complicațiilor survenite, de la caz la caz, și realizat după un protocol bine definit, propus și implementat de către noi în Clinică. Structura generală a protocolului de urmărire evolutivă la distanță, la intervale variate de timp postoperator este ilustrată în anexa 8.

Pertotal, constatările noastre demonstrează că protocolul de screening și colaborarea interdisciplinară (hepatolog, chirurg, ATİst, endoscopist) oferă beneficii importante în identificarea și rezolvarea problemelor clinico-sociale aduse de boală și statusul postchirurgical.

Studiile din subcapitolele ce urmează prezintă semnificația metodelor de recuperare cu unele date clinico-statistice și terapeutice, cu argumente pentru utilitatea indicatorilor folosiți în monitorizarea evoluției BHC și aprecierea CV pacienților încadrați în studiu.

4.2.1. Rezultatele reabilitării medico-sociale a pacienților cirolici cu tromboză de venă portă postsplenectomie

Am urmărit incidența și am analizat impactul tratamentului trombozei de venă portă apărute postsplenectomie la pacienții cirolici operați. Incidența TAVS întâlnită în cazuistica studiată a fost de 13,7% (13 din 95 pacienți). Vârsta medie la diagnostic a pacienților este de 43,4 ani (valori între 28 și 62 de ani), cu prevalență masculină (58%). În rândul acestor pacienți am înregistrat o pondere egală a cazurilor cu TVP acută (7 cazuri, 53,8%), și tromboză veche (6 cazuri, 46,2%) cu debut nu mai puțin de 60 zile de la spitalizare (Figura 4.6).



Fig. 4.6. Tromboză totală, cronică a venei porte cu semne de recanalizare

Pe lotul de pacienți din cazuistica analizată distribuția TAVS din punct de vedere topografic se prezintă astfel: TVP varianta I (situată în trunchi) - 7 cazuri, varianta II - (extinsă în amonte) - 2 cazuri, varianta III (TVP extinsă în aval) - 4 cazuri (Figura 4.7).

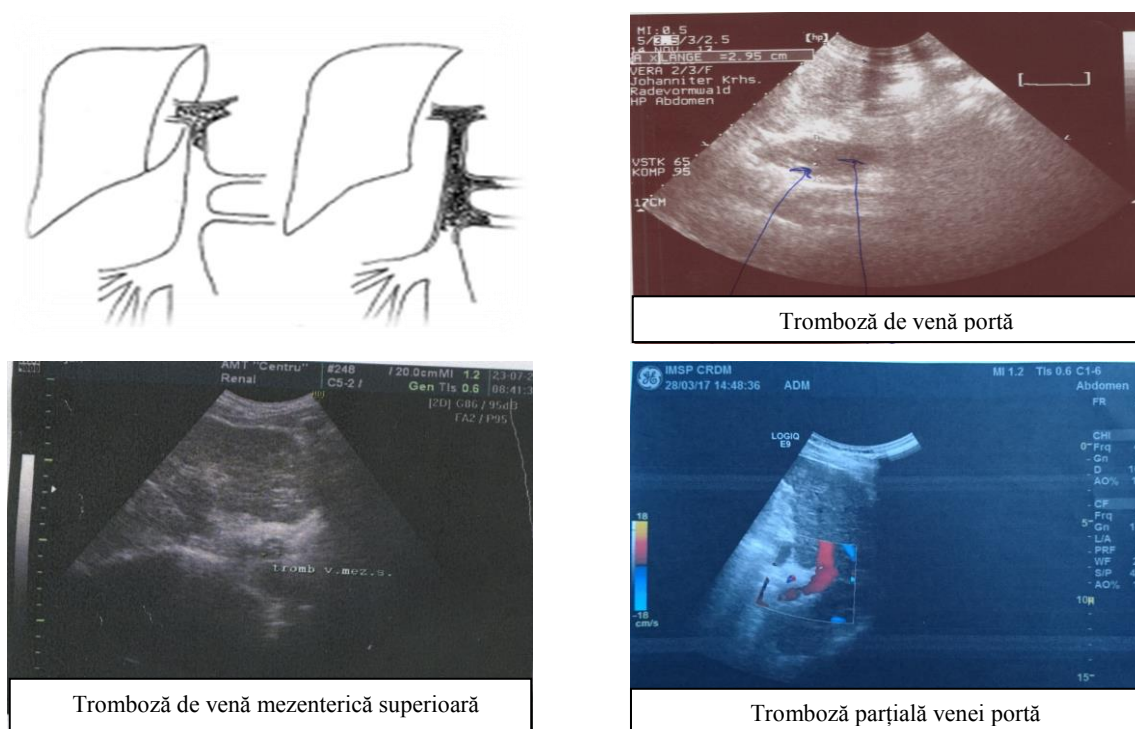


Fig. 4.7. Variante topografice de TAVS

Din punct de vedere al evoluției clinice se observă că, într-un procent de 96,4% s-a decelat debut lent, insidios, care s-a manifestat cu febră postsplenectomie (41,2%), durere cu sediu epigastric (39,1%), ascită (23,7%), ictericitate (3,7%), toate fiind asociate cu astenie fizică. De asemenea s-a descris și un procent de 23,1% (3 cazuri) care au fost asimptomatice, incidental documentate la ecografie de control (Figura 4.8)



Fig. 4.8.: A-tromb în vena portă; B-colaterale venoase decompressive; C-vena paraumbilicală recanalizată

Evaluarea factorilor de risc care au influențat apariția TAVS a evidențiat prezența frecventă a splenomegaliei (>22 cm) în 6 cazuri (46,2%), viteza fluxului portal <15cm/s în 3 cazuri (23,1%) și funcția hepatică depreciată în 2 cazuri (15,4%).

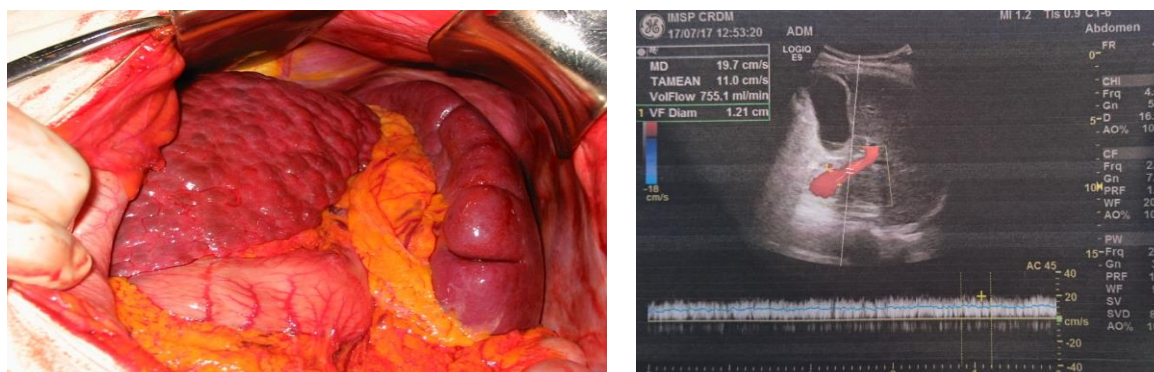


Fig. 4.9. Factorii care au influențat apariția TAVS

Din punct de vedere biologic 9 (69,2%) pacienți aveau trombocitoză funcțională post-splenectomie exprimată prin valori crescute ale trombocitelor [$809000 \pm 30200/mm^3$ ($p=0,004$)].

Analiza relației între variabilele „tratament postsplenectomie“ și „timp apariție TAVS” a arătat o asociere statistic semnificativă ($p=0,124$) între frecvențele constatate de apariție a trombozei de venă portă în primul an postoperator. Analizând parametrul „splenectomie tradițională/ splenectomie laparoscopică” în relație cu „frecvența apariției TAVS” nu am constatat diferențe între frecvențele așteptate și cele observate la cele două subloturi, cu toate că datele din literatură evidențiază o cadență mai înaltă la pacienții operați laparoscopic.

Pe întreg lotul studiat am constatat că, interferarea bolii hepatice în relație cu evoluția postoperatorie complicată cu TAVS aduce după sine și multiple probleme legate de statusul calității vieții care trebuie identificate, înțelese și rezolvate (Tabelul 4.7)

Tabelul 4.7. Calitatea vieții înainte de tratament și diferențele semnificative la cele două loturi (cu și fără TAVS) (scor SF-36, $p>0,05$)

| Calificativ | TAVS prezentă (n=13) | | TAVS absentă (n=82) | | Semnificația statistică |
|---|----------------------|------------------|---------------------|-----------------|--------------------------------|
| | Abs. | $P_1 \pm m_1$ % | Abs. | $P_2 \pm m_2$ % | |
| Afectare severă a CV (scor: 0-35 puncte) | 9 | $69,2 \pm 13,33$ | 25 | $30,5 \pm 5,08$ | $p < 0,01$ și $t_{1,2} = 2,71$ |
| Afectare moderată a CV (scor: 36-70 puncte) | 3 | $23,1 \pm 12,17$ | 47 | $57,3 \pm 5,46$ | $p < 0,05$ și $t_{1,2} = 2,56$ |
| Afectare ușoară a CV (scor: 71-100 puncte) | 1 | $7,7 \pm 7,69$ | 10 | $12,2 \pm 3,61$ | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,53$ |
| TOTAL | 13 | 100,0 | 82 | 100,0 | - |

Datele din Tabelul 4.7 susțin că, în cazul persoanelor diagnosticate cu TAVS există o influență negativă asupra stării de bine, a satisfacției de viață și o depreciere marcată pentru toate aspectele calității vieții în general, comparativ atât cu indivizii sănătoși, cât și cu cei care au trecut de momentul operației fără această complicație. De asemenea, acest studiu ne-a arătat că o mare parte din bolnavi au declarat că simptomatologia lor s-a agravat (spre mai rău – 69,2 %, la fel – 23,1%). La un număr restrâns de pacienți (5 cazuri, 38,5%) s-a constatat un declin cognitiv mai accentuat asociat cu un curs mai sever al afecțiunii hepatice cu ascită (3 cazuri), hemoragie digestivă variceală (1 caz) și insuficiență hepatică (1 caz). Discuția cu cei ce s-au prezentat la controlul clinico-imagistic a evidențiat că, la momentul stabilirii diagnosticului de TAVS aproximativ 2/3 dintre pacienți s-au simțit frecvent nervoși și iritabili, apreciind prezența unei stări de neliniște și îngrijorare, prezentând anxietate legată de diagnostic și evoluție – 9 cazuri, (69,2%), depresie – 11 cazuri (84,6%), însingurare și neajutorare – 9 cazuri (69,2%), lipsa de speranță – pesimism referitor la evoluția bolii și a eficienței terapiei administrate – 7 cazuri (53,8%).

Managementul îngrijirii pacientului cirotic chirurgical asistat cu evoluție complicată cu TAVS rămâne a fi un domeniu dificil. Pacienții cu evoluție complicată cu TAVS au urmat un tratament adaptat complicației existente (vezi protocolul de recuperare terapeutică a pacientului cirotic tratat chirurgical) și au rămas în observație, cu verificarea respectării indicațiilor terapeutice și reexaminare ecoDoppler repetat la 1, 3 și 6 luni postterapeutic. În condițiile unui tratament corect și consecvent, răspunsul terapeutic estimat din punct de vedere al parametrilor clinici și imagistici se prezintă astfel: dispariția trombului într-un interval mediu de 3 luni a fost diagnosticată la 8 din 13 pacienți (61,5%) aflați sub terapie antiagregantă plachetară și anticoagulantă; recanalizarea trombului cu ameliorarea susținută a trombocitozei funcționale postsplenectomie și creșterea vitezei / vitezei fluxului portal s-a obținut la 4 din 13 cazuri (38,5%) și 1 caz (7,7%) cu tromboză totală de venă portă asociată cu HDV (Figura 4.10).

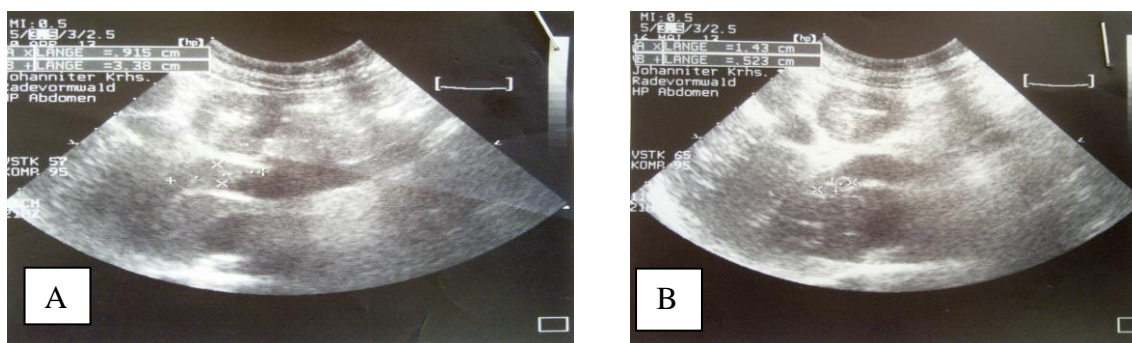


Fig. 4.10. A-Tromb în vena portă de 3,4x0,9 cm (10.04.13); B - posttratament: tromb parietal al venei portă de 1,4x0,5 cm cu recanalizare (16.05.13)

Studierea răspunsului psiho-social și medical la boală și la complicația tromboembolică apărută devine foarte importantă atunci când facem referire la calitatea recuperării postterapeutice a deficitelor funcționale și cognitive ale pacientului cu TAVS.

Pornind de la aspectele prezentate în subcapitolul 4.1.1 referitoare la deteriorarea CV pacienților cu evoluție postoperatorie complicată ne-am propus să investigăm efectul protocolului terapeutic și al schemelor propuse asupra aspectelor calitative ale vieții asociate cu TAVS, la diferite etape postoperator. Datele din Tabelul 4.8, rezultate prin analiza scalelor de monitorizare ale calității vieții, demonstrează că, toate modificările prezente la pacienții care au primit tratament antitrombotic au fost semnificative comparativ cu valorile inițiale, înainte de tratament.

Tabelul 4.8. Evoluția CV la pacienții diagnosticați cu TAVS chestionați la etapa pre - și postterapeutică în funcție de itemii cercetați al SF-36

| Scala SF-36 | Tromboza de vena porta | | Semnificația statistică |
|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| | pre-intervenție terapeutică (t1) | post-intervenție terapeutică (t2) | |
| | $P_1 \pm ES_1, \%$ | $P_2 \pm ES_2, \%$ | |
| 1. Funcția Fizică (PF) | 56,80 ± 5,08 | 60,32 ± 5,02 | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,49$ |
| 2. Rol fizic (PR) | 29,00 ± 4,65 | 35,00 ± 4,89 | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,88$ |
| 3. Durere somatică (BP) | 49,50 ± 5,13 | 56,67 ± 5,08 | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,99$ |
| 4. Sănătate generală (GH) | 45,20 ± 5,11 | 49,88 ± 5,13 | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,65$ |
| 5. Vitalitate (VT) | 48,70 ± 5,13 | 53,26 ± 5,12 | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,63$ |
| 6. Funcția socială (SF) | 56,00 ± 5,09 | 55,35 ± 5,10 | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,09$ |
| 7. Rol emoțional (ER) | 41,80 ± 5,06 | 45,01 ± 5,10 | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,45$ |
| 8. Sănătatea mintală (MH) | 56,50 ± 5,09 | 66,52 ± 4,84 | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,43$ |
| I. Compartimentul fizic sumar (PCS) | 35,11 ± 4,89 | 39,21 ± 5,01 | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,59$ |
| II. Compartimentul mintal sumar (MCS) | 37,05 ± 4,95 | 43,62 ± 5,09 | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,93$ |

Rezultatele obținute susțin ideea că, în cazul pacienților cu TAVS, se manifestă o deteriorare a CV în raport cu populația generală. Datele înregistrate la momentul t1 – pre-intervenție terapeutică și la momentul t2 – post-intervenție terapeutică, analizate pe dimensiunile calității vieții, indică o ameliorare de 18% la nivel compartimentul fizic (PCS), în timp ce alte

dimensiuni ale calității vieții din cadrul compartimentului mintal prezintă o ameliorare de 14%. Dimensiunea socială (SF) rămâne în continuare cel mai afectat domeniu al calității vieții grupului de participanți. Rezultatele studiului confirmă că răspunsul terapeutic a influențat atât severitatea simptomelor asociate frecvent cu TAVS, cât și evoluția calității vieții pe următoarele dimensiuni: „limitări ale rolului fizic” ($\rho=0.57$), „limitări ale activităților fizice” ($\rho=0.64$), „durere somatică” ($\rho=0.64$), „percepția sănătății generale” ($\rho=0.64$), „vitalitate (energie și oboseală)” ($\rho=0.64$), „sănătate mintală” (disconfort psihologic și stare de bine) ($\rho=0.64$), „limitări ale activităților obișnuite din cauza problemelor emoționale” ($\rho=0.64$), (determinate prin SF-36). Trebuie totuși de remarcat că scorurile obținute la SF-36 pe cele 8 dimensiuni arată o diferență în calitatea vieții pe lotul urmărit în funcție de aderența terapeutică, de momentul inițierii terapiei medicamentoase și de impactul tratamentului administrat.

Așadar, la comparația indicatorilor calității vieții pre- și postintervenție terapeutică au fost atestate diferențe semnificative în ceea ce privește beneficiile terapeutice în materie de „calitate a vieții”, exprimate preponderent prin creșterea nivelului statusului emoțional și global.

În același timp, analiza profilului calității vieții pacienților a arătat că 53,8% (7 pacienți) consideră starea lor postterapeutică ca și ameliorată mult, 15,4% (2 pacienți) – ameliorată, 15,4% (2 pacienți) – neschimbată și 15,4% (2 pacienți) – înrăutățită. Dacă facem referire la evoluția scorurilor SF-LDQOL, acestea au urmat traiectorii similare, cu o depreciere semnificativă a subdomeniilor analizate la pacienții cu TAVS și au înregistrat scoruri crescute postintervenție terapeutică pentru grupul de participanți la acest studiu (Tabelul 4.9).

Tabelul 4.9. Evoluția CV la pacienții diagnosticați cu TAVS chestionați la etapa pre- și postterapeutică în funcție de itemii cercetați al SF-LDQOL

| SF-LDQOL (domenii) | Pre-intervenție terapeutică (t1) | Post-intervenție terapeutică (t2) | Semnificația statistică |
|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| | $P_1 \pm ES_1, \%$ | $P_2 \pm ES_2, \%$ | |
| Simptome legate de boala | 54,8±5,11 | 75,7±4,40 | $p < 0,01$ și $t_{1,2} = 3,10$ |
| Consecințele bolii hepatice | 52,6±5,12 | 61,1±5,00 | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 1,19$ |
| Concentrarea și Memoria | 45,6±5,11 | 75,1±4,43 | $p < 0,001$ și $t_{1,2} = 4,36$ |
| Probleme cauzate de boală | 51,8±5,13 | 67,2±4,82 | $p < 0,05$ și $t_{1,2} = 2,19$ |
| Somn | 47,2±5,12 | 63,1±4,95 | $p < 0,05$ și $t_{1,2} = 2,23$ |
| Izolare | 67,1±4,82 | 84,4±3,72 | $p < 0,01$ și $t_{1,2} = 2,84$ |
| Speranța | 69,6±4,72 | 79,5±4,14 | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 1,58$ |
| Stigma bolii hepatice | 48,2±5,13 | 79,2±4,16 | $p < 0,001$ și $t_{1,2} = 4,69$ |
| Funcția /problemele sexuale | 63,8±4,93 | 61,3±4,99 | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,36$ |

Analiza „tromboză de vena portă” în relație cu „calitatea vieții legată de sănătate” a demonstrat o îmbunătățire substanțială a scorurilor SF-LDQOL la vizitele de control posttratament. După cum se poate vedea din Tabelul 4.9 creșterea CV asociată cu răspunsul terapeutic s-a dovedit a fi semnificativă statistic având o proporție mai mare pe dimensiunile „simptomele sau problemele de sănătate” ($\rho=0,71$), „efectele bolii hepatice” ($\rho=0,69$), „concentrare și memorie” ($\rho=0,69$) și „stare generală de sănătate” ($\rho=0,69$).

Pe lotul de pacienți studiați se observă, de asemenea că, scorurile de calitate a vieții pe SF-36, dimensiuni "sănătate fizică" - "sănătate psihică" au corelat semnificativ pozitiv ($p<0,0001$) cu scorurile SF-LDQOL. Totodată, la 3 pacienți rebeli la tratament a fost determinată o corelație medie indirectă a trombozei de venă portă cu valorile negative ale scorului global și a subscorurilor SF-LDQOL (RR=0,32; $p<0,05$).

Așadar, datele analizei corelaționale demonstrează existența unei corelații importante între valorile scorurilor de calitate a vieții și influența măsurilor terapeutice asupra calității vieții. Analiza răspunsurilor pentru evaluarea impactului TAVS asupra statusului socio-medical a evidențiat că, din totalul de 13 cazuri cu complicații trombotice aflate sub tratament specific, doar 9 (69,2%) pacienți și-au reluat programul de muncă; alții 4 (30,8%) au urmat programe terapeutice complexe de reabilitare cu spitalizări frecvente de durată, unul dintre care (25%) a decedat prin insuficiență hepatorenală.

Ca o sinteză a celor discutate considerăm că, chirurgia HTP prin CH a schimbat pozitiv prognosticul pacienților, dar a ridicat și probleme de calitate a vieții influențate atât de operația practică (complicațiile postoperatorii survenite), cât și de cele evolutive BHC.

O mențiune specială trebuie făcută și pentru pacienții cu risc crescut de reapariție a evenimentelor trombotice posttratament. Observațiile personale pentru lotul studiat de 13 pacienți cu TAVS postsplenectomie au arătat, în cadrul cazurilor tratate, 3 retromboze de venă portă, toate exprimate clinic prin evoluție degradantă a calității vieții, cu decompensare parenchimatooasă (ascită – 1 caz) și vasculară (hemoragii digestive variceale repetate – 2 cazuri).

Astfel, studiul realizat aduce argumente în sprijinul ideii că, prezența TAVS este asociată cu deteriorarea CV manifestată prin diminuarea componentelor psihologice și psiho-sociale ale calității vieții legate de sănătate, precum și a statutului fizic și functional. Pe baza experienței proprii, propunem un algoritm de management al pacientului cirotic tratat chirurgical în varianta unui model simplificat, care poate sugera chirurgului modalitatea cea mai eficientă de intervenție, cu posibilități de identificare a pacienților cu risc trombotic, de tratament perioperator și de screening etapizat pre- și posterapeutic (Figura 4.11).

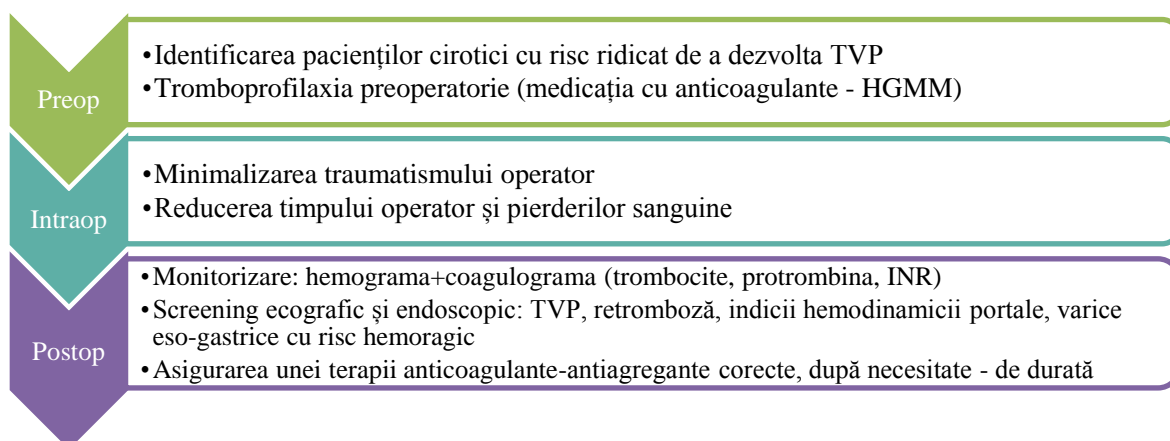


Fig. 4.11. Algoritm de management perioperator al pacientului cirotic cu risc înalt de TAVS

În concluzie putem afirma că, evaluarea ratei de creștere a calității vieții în corelație cu diagnosticul precoce, cu reducerea severității simptomelor sub acțiunea tratamentului perioperator profilactic și curativ complex, administrat conform algoritmului de evaluare al factorilor predictivi, reprezintă o opțiune demnă de acumulare de date obiective și subiective cu influență directă asupra profilaxiei și diagnosticului TAVS, precum și asupra alegerii conduitei terapeutice în funcție de particularitățile cazului.

4.2.2. Impactul protocolului endoscopic asupra calității vieții pacientului cirotic cu status postchirurgical

Tratamentul endoscopic al VE recidivante prin HTP reprezintă încă o problemă cu soluții dificile în cadrul managementului pacientului cirotic anterior operat. Până în prezent nu este dezvoltat un program unic pentru monitorizarea postchirurgicală endoscopică a recidivei VE.

Am efectuat o analiză retrospectivă a pacienților din lotul chirurgical (L1) cu scopul de a determina rata de recidivă a VE și a analiza rezultatele programului endoscopic ca mijloc complementar de eradicare a VE și de îmbunătățire a calității vieții pacientului cirotic cu status postchirurgical. Programul endoscopic elaborat în Clinica de Chirurgie nr. 2 și implementat în combaterea VE la pacienții din cazistica analizată a inclus:

- Practicarea terapiei endoscopice profilactice a VE înaintea sancțiunii chirurgicale;
- Timing-ul endoscopic al ratei de recidivă a VE posttratament chirurgical;
- Abordarea endoscopică perioperatorie a VE cu risc hemoragic înalt;
- Analiza impactului LEVE asupra calității vieții.

Urmărirea endoscopică a evoluției VEG la diferite etape după operație la cazurile incluse în programul de supraveghere, pe o perioadă medie de 36 luni de desfășurare a studiului, a identificat 34 de cazuri cu recidivă a VEG și risc hemoragic înalt (fleboctazii gradul III, prezența

„markerilor vasculari”): 5 (6,7%) în primul an, 10 (13,5%) – în al II-lea an, 19 (25,6%) – în al III-lea an de monitorizare; dintre aceștia, 14 pacienți au fost de sex masculin (41,2%) și 20 de sex feminin (58,8%) cu vârste cuprinse între 22 și 65 de ani. Rezultatele în dinamică a recurenței varicelor esofagiene posttratament sunt ilustrate în Figura 4.12.

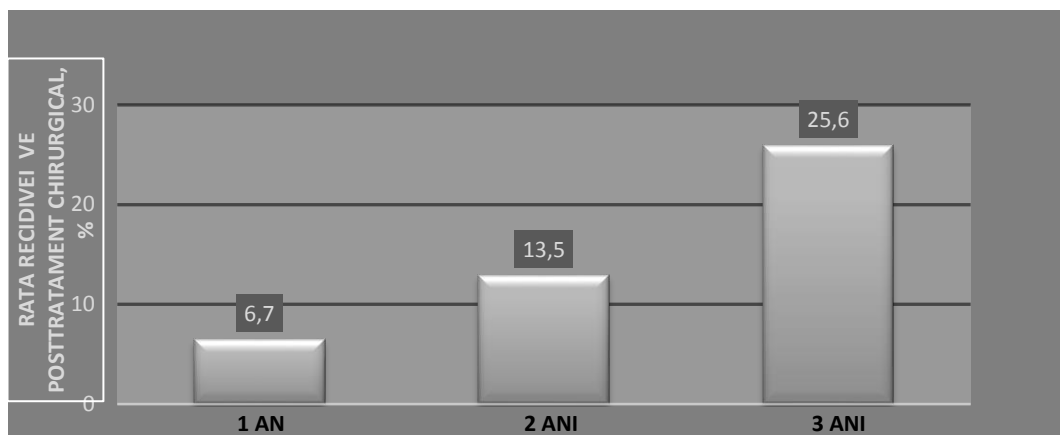


Fig.4.12. Distribuția cazurilor cu recidivă de varice esofagiene, pe anii de studiu.

Se observă că, screening-ul efectuat individual, conform recomandărilor actuale stabilite la conferințele de consens internaționale, Baveno IV a relevat un trend ascendent al incidenței recidivei VEG cu risc hemoragic pe parcursul perioadei de monitorizare clinico-endoscopică. Distribuția pacienților din cazuistica analizată în clasificarea Child-Pugh a arătat că 24/70,6% de subiecți se aflau în stadiul C urmați de stadiul B – 10/9,4%. Este de precizat faptul că un procent important (11/32,4%) dintre pacienții intervievați în perioada tardivă după intervenția chirurgicală aplicată au prezentat în anamneză episoade de hemoragii digestive variceale: 1 pacient în primul an, 3 bolnavi – la 3 ani și 7 pacienți – la 5 ani de monitorizare.

Cifrele obținute pot fi explicate cunoscând structura lotului în care predomină formele de ciroză hepatică subcompensate și decompensate parenchimatose și vasculare, cazuri care au prezentat o legătură directă și puternică între recidiva VEG și numărul internărilor programate sau de urgență ($r_{xy}=+0,62$, $p<0,003$).

De asemenea, în cadrul aceleiași evaluări, am constatat o relație semnificativă statistic între parametrii „recidiva VE postintervenție chirurgicală” și „rezultatul LEVE aplicată preoperator”, existând diferențe între frecvențele așteptate și cele constatate ale variabilei „recidivei VE” ($r_{xy}=+0,54$, $p<0,006$), rezultat care ne permite să recomandăm tehnica LEVE ca procedură obligatorie în arsenalul terapeutic al chirurgiei hipertensiunii portale la cirofici.

Un interes deosebit prezintă analiza impactului recidivei VEG asupra calității vieții legate de sănătate. Pornind de la acest obiectiv, am urmărit să aflăm răspunsurile pacienților la întrebările

particulare ale chestionarelor privind calitatea vieții, datele fiind comparate cu un grup de pacienți cu non recidivă a VEG, urmăriți în aceeași perioadă de timp. Rezultatele obținute sunt ilustrate în Tabelul 4.10.

Tabelul 4.10. Rezultatele autoevaluării în raport cu consecințele VEG asupra calității vieții

| Calitatea vieții | Recidivă a VEG (n=13) | | Non-recidivă a VEG (n=82) | | Semnificația statistică |
|--|--------------------------|------------|------------------------------|-----------|---------------------------------|
| | Abs. | P±ES,% | Abs. | P±ES,% | |
| Afectare ușoară a CV (scor: 71-100 puncte) | 2 | 15,4±10,41 | 36 | 43,9±4,11 | $p>0,05$ și $t_{1,2}$ =1,30 |
| Afectare moderată a CV (scor: 36-70 puncte) | 3 | 23,1±12,17 | 36 | 43,9±5,48 | $p>0,05$ și $t_{1,2}$ =1,56 |
| Afectare severă a CV (scor: 0-35 puncte) | 8 | 61,5±14,05 | 10 | 12,2±3,61 | $p<0,001$ și $t_{1,2}$ =3,39 |
| TOTAL | 13 | 100,0 | 82 | 100,0 | - |

Comparația între loturi evidențiază o diferență statistică între cei cu și fără VEG recidivate, rezultate mediocre și proaste ale CV fiind consemnate la 94,1% și 70,6% în favoarea pacienților non-variceali. Evoluția detaliată per element pentru scorurile SF-36 și SF-LDQOL global și subscalele sale, la subplotul cu recidivă a varicelor esofagiene ilustrată în Tabelul 4.10 arată o depreciere evidentă la toate testele de evaluare.

Cei mai mulți pacienți (29, 85,2%) au prezentat insatisfacție deplină față de tratament și evoluția afecțiunii hepatice în curs de desfășurare. Ei declară o funcție fizică semnificativ scăzută ($p=0,07$), simptome hepatice severe ($p=0,005$) și o funcție cognitivă afectată ($p=0,004$). 61,5% dintre respondenții intervievați afirmă că scăderea activității sociale în cazul pacienților cu VEG s-a manifestat prin înrăutățirea relațiilor sociale corelată direct cu starea emoțională a pacienților ($R=0,25$; $p<0,05$). Gama acestora, la pacienții respondenți cu recidiva VEG, este mult mai largă completându-se prin: lipsa de orice speranță (31%), creșterea emoțiilor negative (11/84,6%), stări de neliniște și îngrijorare (13/100%), diminuarea interesului sexual (6/46,2%) și scăderea propriei imagini (8/61,5%).

Concomitent, consemnăm și o corelație pozitivă a sănătății mintale (MH) cu vitalitatea ($R=0,27$; $p<0,05$), având un impact asupra activităților cotidiene, manifestate prin scăderea capacității de muncă și a stării de sănătate (GH).

În concluzie, cercetarea constată că în prezența recidivei VEG indicii sumari ai CV se depreciază mult în comparație cu subiecții fără VEG. Acesta este un subiect căruia trebuie să-i acordăm multă atenție, deoarece pacienții respectivi au nevoie de ajutor suplimentar pe parcursul evoluției afecțiunii hepatice prin monitorizare endoscopică etapizată.

Un program endoscopic bine pus la punct poate rezolva pozitiv multe probleme evolutive ale BHC posttratament chirurgical. În acest context, am desfășurat un studiu observațional, scopul căruia a fost identificarea modificărilor CV legată de sănătate, pe parcursul terapiei endoscopice, a pacienților din cazuistica analizată, la diferite intervale de timp. Tratamentul endoscopic curativ etapizat cu viză profilactică a fost acceptat și acordat unui număr de 31 de cazuri urmărite, cărora li s-a efectuat 76 de ședințe de terapie endoscopică prin ligatură elastică (Multiband Ligator, Belgium).

Pe toată durata de supraveghere, majoritatea pacienților au urmat tratament antiulceros și terapie hepatoprotectoare. Este de precizat faptul că, în mare parte, pacienții s-au prezentat programat, periodic, la evaluări conform programului terapeutic descris mai sus și numai 11 pacienți (32,6%) au fost spitalizați în mod urgent, în stare gravă sau extrem de gravă, cu hemoragie variceală, 5 dintre care au beneficiat de LEVE, iar 1 caz a fost operat de urgență în plină hemoragie.

De regulă, intervenția endoscopică s-a efectuat în primele două zile de la internare. Ținem să menționăm că, eradicarea completă sau parțială a VE a fost atinsă la 21 pacienți după prima ședință, la 8 pacienți după două ședințe de LEVE, iar în 5 cazuri au necesitat 3 și mai multe ședințe cu intervale de 1-2,5 luni. Controlul endoscopic dinamic a fost efectuat peste 2-3 luni. S-au înregistrat 2 complicații: hemoragie variceală – 1 caz și ulcer acut esofagian – 1 caz, ambele tratate conservativ. Decese pe parcursul studiului post LEVE nu s-au înregistrat.

Astfel, experiența acumulată în studiu demonstrează că odata diagnosticate, varicele esofagiene trebuie să fie printre elementele de interes în tratamentul unui pacient cu hepatopatie cronică. Administrarea cronică a unui tratament medicamentos de scădere a presiunii portale de regulă trebuie asociată la nevoie (varice mari, episoade hemoragice repetitive) cu ligatura elastică endoscopică. Ambele metode, așa cum arată rezultatele studiului, reduc incidența sângerării variceale, dar au dezavantajul că, în cazul pacienților cu insuficiență hepatică severă, accentuează fenomenele de encefalopatie hepatică. Controlul sistematic clinic, ecografic, endoscopic, biologic al pacientului cu hepatopatie cronică duce la luarea de măsuri adecvate pentru prevenirea acesteia. Rezultatele comparative conform răspunsurilor unui lot de 27 pacienți chestionați din totalul de 31 cazuri analizate au determinat impactul intervenției endoscopice asupra calității vieții, rezultate care sunt elucidate în Tabelul 4.11.

Tabelul 4.11. Indicatorii statistici ai chestionarului SF-36: profil comparativ al CV în loturile cu și fără LEVE

| Parametrii CV (scor) | Nivelul calității vieții | | Semnificație statistică |
|---|---|---|--------------------------------|
| | Pre-intervenție endoscopică (LEVE) (n=31) | Post-intervenție endoscopică (LEVE:) (n=27) | |
| | Mediana, [extreme] | | |
| Funcția fizică (PF) | 32 [26; 44] | 54 [42; 61] | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 1,30$ |
| Rol fizic (PR) | 27 [21; 26] | 51 [27; 76] | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 1,25$ |
| Durere somatică (BP) | 34 [30; 41] | 33 [32; 59] | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,05$ |
| Sănătate generală (GH) | 18 [11; 19] | 48 [23; 61] | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 1,59$ |
| Vitalitate (VT) | 21 [16; 24] | 36 [25; 44] | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,82$ |
| Funcție socială (SF) | 38 [18; 45] | 37 [24; 51] | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,05$ |
| Rol emoțional (ER) | 33 [10; 37] | 53 [31; 69] | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 1,04$ |
| Sănătate mintală (MH) | 30 [21; 34] | 54 [34; 58] | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 1,25$ |
| Starea sumară de sănătate fizică (PCS) | 31 | 44 | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,68$ |
| Starea sumară de sănătate psihică (MCS) | 28 | 40 | $p > 0,05$ și $t_{1,2} = 0,64$ |

Analiza influenței LEVE asupra unor variabile importante ale calității vieții la această categorie de bolnavi indică o tendință certă de optimizare a parametrilor bio-psiho-sociali într-un procent mare (71,0%) de pacienți cu VEG după terapia endoscopică.

Un procent de 48,5% dintre pacienți postterapie endoscopică și-au îmbunătățit calitatea vieții sub toate aspectele parametrilor bio-psiho-sociali. Rezultatele indică faptul că pe perioada de 3-6 luni postintervenție endoscopică se constată o tendință de creștere a nivelului emoțiilor pozitive totale și o creștere a scalelor „rol emoțional” și „sănătate generală”, corelate direct cu anxietatea (RR=0,34; $p < 0,05$). Comparativ cu lotul de referință, măsurările pe blocuri „concentrarea și memoria”, „somnul” și „funcția/probleme sexuale” nu s-au schimbat și au rămas la niveluri scăzute. Rezultatele analizei efectuate cu ocazia prezentării la controlul periodic au demonstrat diferențe semnificative descoperite de către indicii sumari (PCS: 31-44) și (MCS: 28-40) al componentei de sănătate fizică ($F=5,677$ la $p=0,002$) și psihică ($F=4,321$ la $p=0,022$). În ceea ce privește rezultatele obținute în baza răspunsurilor la întrebările chestionarului SF-LDQOL, un procentaj mai mare de ameliorare s-a observat la nivelul dimensiunilor „simptome legate de boală” și „speranța”, (14% și 21% respectiv) în timp ce alte dimensiuni ale CV legate de sănătate („funcția socială”, și „stigmatizarea bolii hepatice”) rămân în continuare destul de afectate.

Totodată s-a constatat faptul că, includerea protocolului endoscopic seriat prin ligatură elastică în programul terapeutic profilactic, a contribuit atât la ameliorarea simptomelor clinice asociate cu scăderea semnificativă a frecvenței sindroamelor astenic, dispeptic și psiho-afectiv, precum și a funcțiilor cognitive ale pacienților, comparativ cu valorile medii preintervenție.

Mai mult de atât, cei mai mulți pacienți (77,8%) declară o satisfacție deplină față de tratamentul în curs de desfășurare, respondenții afirmând că sunt mulțumiți de tratament și de evoluția favorabilă a bolii; la 4 cazuri s-a constatat o evoluție nefavorabilă (10,8%), complicată în cel de-al doilea și al treilea an de supraveghere cu pusee de hemoragie variceală, care au necesitat ședințe de hemostază endoscopică repetată.

Toate cele expuse generează necesitatea implementării la pacientul cirotic tratat chirurgical atât a unui sistem complex de monitorizare și evaluare a VEG, cât și implimentarea în practica medicală a setului de măsuri propuse pentru consolidarea asistenței medico-chirurgicale și endoscopice.

4.3. Studiul efectelor terapiei antivirale asupra calității vieții pacientului cirotic operat

Eradicarea viremiei este singura modalitate terapeutică în măsură să micșoreze sau să oprească progresia bolii hepatice cronice [25, 92]. Dovezile observaționale au documentat faptul că terapia antivirală combinată cu terapia de protecție hepatică poate diminua incidența bolilor de ficat în stadiul terminal și pot mări numărul pacienților cu un răspuns virusologic susținut (RVS) [25, 47, 54]. De menționat că, eficiența actuală a terapiei antivirale este în jur de 50%, cu o creștere în cazul terapiilor nou aprobate în lume, cum ar fi tripla terapie, la 70%-80% chiar până la 90% în unele cazuri [47, 54, 162].

Cu toate acestea, incidența efectelor adverse ale medicației antivirale este înaltă, iar ponderea trombocitopeniei severe apărute în timpul tratamentului impune întreruperea tratamentului în peste 66,7% [46]. În aceste cazuri, medicii se confruntă cu mari dificultăți. O strategie modernă terapeutică care poate depăși acest deziderat și ameliora evoluția bolii sub tratament antiviral este chirurgia HTP unde, un loc important îi revine splenectomiei urmate de tratamentul antiviral [45, 46, 74, 119, 142]. Ar trebui de remarcat faptul că, studiile care au evaluat această relație (splenectomie/ terapie antivirală) sunt încă incipiente, indicând necesitatea unor studii suplimentare pentru a investiga mai profund subiectul, luând în considerație și modificările dinamice ale CV aferente tratamentului (7, 72, 79, 98, 129). În contextul celor menționate mai sus, ne-am propus să efectuăm un studiu retrospectiv al pacienților cu ciroză hepatică operați anterior pentru HTP și supuși TA, cu scopul de a identifica particularități clinico-biologice, evolutive și terapeutice.

În studiul dat efectuat retroprospectiv au fost admiși 76 pacienți cu ciroza hepatică, cu HCV anterior supuși intervenției chirurgicale, divizați în 2 grupe după cum urmează:

2. Grupul A: tratament chirurgical urmat de terapie antivirală, limite 6 - 21 luni (n=38)
3. Grupul B: tratament chirurgical urmat de tratament non-antiviral (n=38).

Starea la inițiere în studiu constituie un indicator clinico-evolutiv important de apreciere al eficacității strategiei terapeutice aplicate pacientului cirotic splenectomizat. În ceea ce privește cazuistica analizată în acest interval de timp, evaluarea constată că 76,6% dintre cazurile ambelor grupe postintervenție chirurgicală au înregistrat modificări, care respectă simptomatologia clasică a sindromului de HTP. Ambele grupuri au arătat o îmbunătățire semnificativă a probelor hepatice. Peste jumătate dintre pacienți (58,7%) se aflau în clasa Child B, în timp ce 17,9% dintre subiecți au fost convertiți la clasa Child A. În plus, la prelucrarea statistică a parametrilor hematologici de laborator (Figura 4.15) la 66% dintre pacienții splenectomizați, în ciuda prezenței procesului cirogen, s-a observat o creștere semnificativă a trombocitelor serice, ceea ce denotă o îmbunătățire biologică și este un argument în favoarea stabilirii unei relații terapeutice bune bazată pe aderența la tratamentul antiviral specific.

În cadrul aceleiași evaluări, am remarcat că în 21,3% din cazuri valoarea medie a numărului de trombocite corespundea unei trombocitoze funcționale, iar la 12,1% dintre cazurile de pacienți cirofici operați valoarea rămâne a fi constantă. În urma analizei datelor chestionarului, majoritatea celor anchetați au recunoscut o creștere medie a statusului global al CV, caracterizată în proporție de 71,5% din cazuri printr-un nivel moderat de afectare al scorului SF-36, aproximativ similar (71,1% vs 68,4%) ambelor grupuri analizate. Caracteristicile inițiale pretratament ale calității vieții pacienților din studiu ilustrate în Tabelul 4.12 arată că, la 1/3 din subiecți indicele calității vieții a fost afectat moderat sau sever.

Tabelul 4.12. Nivelul calității vieții pacienților din studiu în funcție de gestul terapeutic postoperator aplicat

| Calificativ | Afectare ușoară a calității vieții | | Afectare moderată a calității vieții | | Afectare severă a calității vieții | |
|--|------------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|
| | % | abs | % | abs | % | abs |
| Grupa pacienților splenectomizați | | | | | | |
| Medicație antivirală asociată (n=38) | 28,9 | 11 | 52,6 | 20 | 18,4 | 7 |
| Medicație simptomatică non antivirală (n=38) | 31,6 | 12 | 44,7 | 17 | 23,7 | 9 |

Din datele puse la dispoziție rezultă că, la analiza comparativă diferențe semnificative, demne de luat în seamă pentru CV între cele 2 grupe de studiu nu au fost prezente. Trebuie de remarcat că, în seria noastră, terapia antivirală combinată indicată pacienților cirofici splenectomizați a constat în administrarea de PegInterferon- α -2a (Peg IFN α 2a) -180 micrograme /săptămână și Ribavirină (800-1200mg/zi) timp de 48 de săptămâni (1 an), durata medie a tratamentului fiind de 12-16 săptămâni (SD=7,34), și a fost continuă, cu excepția a 4 (13,6%) cazuri în care reacțiile adverse apărute pe fonul medicației antivirale au impus stoparea ei (3 cazuri) sau micșorarea dozei preparatului antiviral (1 caz).

Grupul A de studiu a fost constituit din 38 pacienți cirofici operați pentru hipersplenism sever, după indicații bine stabilite, care peste 4-6 luni postsplenectomie au beneficiat de medicație etiologică antivirală. Indicația comună pentru administrarea terapiei antivirale cazuisticii analizate a fost impusa de viremie înaltă (HCV), valori crescute ale AST, confirmarea morfologică a cirozei hepatice HCV și fibrozei F3/F4 (recomandările EASL, 2009; AASLD, 2009) [86]. Contraindicații comune pentru terapia antivirală (grupul B, n=38) au fost prezente la 17 pacienți (44,7%) cirofici operați, urmați de 11 cazuri (28,9%) care au avut un termen mic (< 6 luni) posttratament chirurgical și alți 10 pacienți (26,3%), care au refuzat medicația antivirală.

Dintre cei 38 de pacienți cirofici care au suportat splenectomie asociată devascularizării azygo-portale urmată de terapie antivirală, 25 (71,4%) au fost de sex feminin, cu o vârstă medie de 43,7 \pm 10,7 ani, vârsta extremă fiind cuprinsă între 26-51 ani. Din anamneza preoperatorie, la 6 pacienți am evidențiat cure de tratament antiviral.

Analiza stratificată și etapizată a răspunsului terapeutic (dinamica tabloului clinic, încărcăturii virale, activității transaminazelor și calității vieții) s-a efectuat prin examinări repetate efectuate în sondajul nostru la 3-6-12 luni posttratament. Răspunsul terapeutic cuantificat după 3 luni de tratament, conform criteriilor de îmbunătățire EULAR arată în felul următor: 12 pacienți (31,6%) au avut un răspuns viral rapid (RVR), 21 de pacienți (55,7%) au prezentat un răspuns virusologic precoce (RVP), iar 5 (13,2%) pacienți nu au înregistrat nici un fel de răspuns (NR) la tratamentul antiviral (Tabelul 4.13).

Tabelul 4.13. Răspunsul terapeutic cuantificat posttratament antiviral

| Grup A | 3 luni (n=38) |
|--------|---------------|
| RVR | 12 (31,6 %) |
| RVP | 21(55,7%) |
| NR | 5 (13,2%) |

Legendă: RVR-răspuns viral rapid; RVP-răspuns viral precoce; NR-lipsa răspunsului sau recădere virală.

În lotul de pacienți studiat, statusul clinic privind evoluția terapeutică a grupelor de pacienți a fost diferit. Pacienții cu efecte secundare de diferită gravitate la terapia antivirală la 1-3 luni de tratament au avut o prevalență totală de 94,7%, cu impact asupra calității vieții legată de sănătate, fiind caracterizată prin dinamică negativă (28%) sau inexpressivă (72%). Din Figura 4.13 este vizibil faptul că, în acest interval de timp, la 2/3 dintre pacienții care după tratamentul chirurgical au aderat la medicație antivirală, s-au înregistrat semne de sindrom gripal asociat cu sindrom asteno-vegetativ (55,7%) și dispeptic (34,2%), cu dereglări de somn (47,3%) și manifestări psiho-neurologice (34,2%).

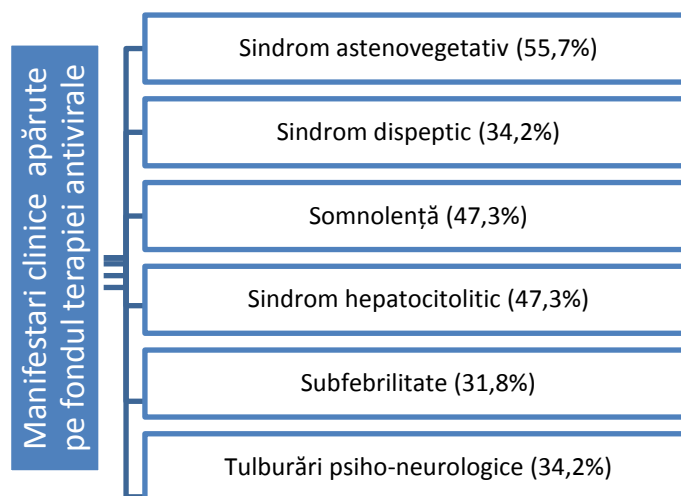


Figura 4.13. Manifestările clinice apărute pe fonul terapiei antivirale.

Nivelul calității vieții este unul din rezultatele așteptate pentru evaluarea eficacității terapeutice. Analiza datelor obținute în termenul a 1-3 luni de tratament arată că o proporție semnificativă a pacienților (64%) prezintă insatisfacție față de rezultatele precoce ale tratamentului antiviral administrat, aspect care necesită o atenție deosebită. Autoevaluarea CV în studiul nostru a constatat că 1/2 dintre pacienții supuși terapiei antivirale au avut tulburări psihice, stări de neliniște și îngrijorare, probleme sexuale și recăderi de concentrare, iar în consecință 25,3% dintre respondenți au dezvoltat un negativism față de medicația aplicată. În plus, la 1/3 dintre respondenți în acest interval de timp au fost constatate modificări statistic semnificative pentru componentele psiho-sociale ale calității vieții legate de sănătate, manifestate tradițional printr-o simptomatologie negativă, caracterizată prin epuizare fizică și emoțională importantă, la care se adaugă valorile medii scăzute la parametrii „sănătatea generală” și „funcțiile fizice” ($p < 0,05$).

Răspunsul virusologic al terapiei antivirale administrate, măsurat prin variația viremiei la 6 luni de tratament a fost următorul: viremie „negativată” semnalată la 19 (50%) dintre pacienți,

viremie „în scădere” la 8 (21,1%) și valoare neschimbată sau recădere virală la alți 6 (15,8%) pacienți.

În ceea ce privește starea funcțională hepatică conform scorului Child evaluată la finele tratamentului, substadializarea scorului spre o valoare mai mică a fost înregistrată la 21 pacienți din lotul total de 38 pacienți. Important este de subliniat că, în termen de corespondență, la 2/3 dintre subiecții încadrați în studiu scorurile biochimice au fost influențate pozitiv de tratament în peste 81% cazuri. La un număr de 13 pacienți (34,2%) am înregistrat o ușoară creștere a nivelului transaminazelor ($p>0,05$) și diminuarea hemoglobinei la 21 pacienți (55,7%). Douăzeci și unu de pacienți splenectomizați (55,3%) în prima lună de tratament etiologic antiviral au înregistrat o scădere semnificativă a numărului de trombocite, de la o medie de $265000/\text{mm}^3 \pm 23321$ la o medie de $<108000/\text{mm}^3 \pm 35100$ ($p=0,011$), rezultat care confirmă beneficiul gestului curativ splenectomie+medicație antivirală. Referitor la întregul grup, trombocitopenia severă a fost observată doar la 3 dintre pacienți (7,9%), rezultat care încă odată aprobă combinația terapeutică de splenectomie+medicație antivirală (Figura 4.14).

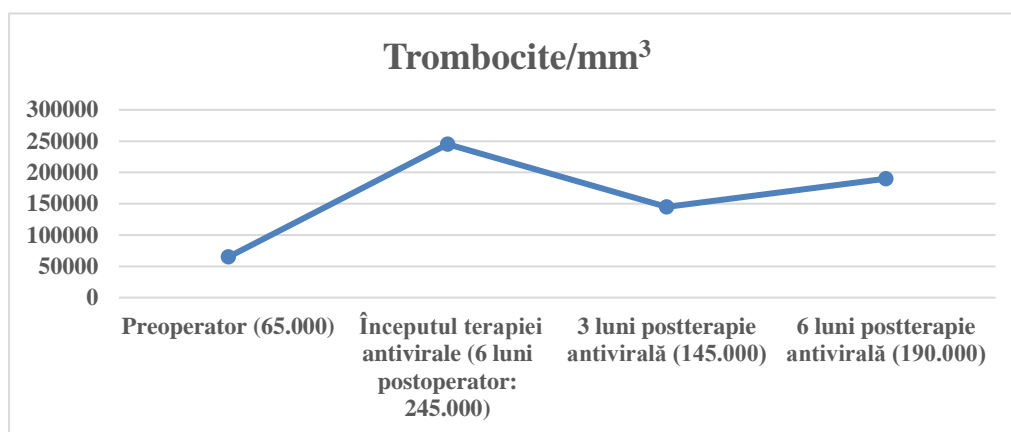


Fig.4.14.Valorile medii ale trombocitelor în funcție de etapa evolutivă sub tratament antiviral.

Conform datelor obținute, în primele 3 luni de tratament antiviral cu PEG-Interferon și Ribavirină, evoluția numărului trombocitelor a înregistrat o scădere, după care, în luna a 6-a de evoluție sub tratament, valorile au înregistrat un trend ascendent. Analiza datelor obținute în studiul dat a demonstrat că, deși splenectomizați, pacienții care au urmat TA combinată au avut un răspuns la medicație cu o scădere statistic semnificativă ($p>0,05$) a numărului de trombocite, fără a fi observată vre-o asociere cu gestul chirurgical practicat. Totodată, rezultatele obținute în studiul dat a demonstrat că, îmbunătățirea clinico-biologică în timp, ca urmare a intervenției terapeutice (PegInterferon- α -2a + Ribavirină), conduce și la ameliorarea profilului CV legate de sănătate. Această concluzie este confirmată și prin valorile comparative ale categoriilor: „activitate fizică

(PF)” +15-20 puncte, „sănătate generală (GH)” +20-26 puncte și „rol emoțional (RE)” +7-14 puncte de la valorile inițiale pretratament și la diferențe statistic semnificative între loturi (Tabelul 4.14).

Tabelul 4.14. Dinamica calității vieții după 6 luni de tratament

| Scala SF-36, domenii | Calitatea vieții după 6 luni de tratament | | p |
|---------------------------------|---|---|---------|
| | Status postchirurgical plus non-terapie antivirală (N=38) | Status postchirurgical plus terapie antivirală (N=38) | |
| Funcția fizică (PF) | 65,6±3,2 | 70,3±2,1 | p>0,05; |
| Rol fizic (PR) | 37,3±2,3 | 38,2± 2,3 | p>0,05; |
| Durere somatică (BP) | 65,1±1,9 | 65,9± 2,1 | p>0,05; |
| Sănătate generală (GH) | 45,8±3,4 | 66,8 ± 3,0 | p>0,05; |
| Vitalitate (VT) | 61,4± 2,9 | 63,3 ± 3,4 | p>0,05; |
| Funcția socială (SF) | 73,1 ± 3,8 | 79,9± 2,9 | P 0,05; |
| Rol emoțional (ER) | 61,1± 4,3 | 68,3± 2,1 | t=0,29; |
| Sănătate mintală (MH) | 59,3 ± 4,1 | 61,2 ± 3,9 | p>0,05; |
| Comportament fizic sumar (PCS) | 46,9± 3,9 | 51,4 ± 3,1 | p>0,05; |
| Comportament mental sumar (MCS) | 47,3± 2,1 | 50,1 ±1,9 | p>0,05; |

Așadar, impactul tratamentului antiviral este incontestabil. Trebuie de menționat și faptul că, modificările statistic semnificative ale scorurilor subdomeniilor chestionarului SF-36, cu precăderea indicilor privitori la rolul fizic, emoțional și dimensiunea socială, aduc beneficii considerabile evoluției bolii hepatice și implicit calității vieții acestor bolnavi. Astfel, analiza factorială a scorurilor evidențiate în cadrul acestui grup de pacienți a relevat un confort somatic mai ridicat pe dimensiunile ”anxietate” ($\rho=0,71$), ”satisfacție de viață” ($\rho=0,74$), ”dereglare de somn” ($\rho=0,61$), ”stigma bolii hepatice” ($\rho=0,62$), fapt ce demonstrează îmbunătățirea proceselor de adaptare și protecție psihologică. În plus, s-a înregistrat o îmbunătățire semnificativă statistică a scorului SF-LDQOL total, cu o valoare medie de 11%, modificare ușor observabilă atât la nivelul dimensiunilor ”simptome legate de boală” ($\rho=0,62$; Ci 0,11-0,49; $p<0,001$), cât și la nivelul dimensiunii ”consecințele bolii hepatice” ($\rho=0,55$; Ci 0,30-0,94; $p<0,001$). În consecință, rezultatele indică faptul că pacienții aflați sub terapia antivirală, în lipsa reacțiilor adverse, devin conștienți de faptul că, problemele legate de boală se rezolvă. Analiza datelor obținute arată că această categorie de bolnavi devine mai comunicativă, mult mai interesată de eficiența tratamentului administrat, de factorii care ameliorează echilibrul sufletesc, influențând pozitiv calitatea vieții. Ca urmare se observă că, răspunsurile la chestionar privind nivelul CV pacienților aflați sub tratament antiviral corelează pozitiv cu timpul scurs de la intervenția chirurgicală și cu nivelul de depreciere în scară a CV, aspect căruia trebuie să i se acorde mult mai multă atenție. În

condiții similare de analiză comparativă, s-a observat că, pacienții care nu au aderat la terapie antivirală erau mai puțin activi, aveau stări de frică și preocupări de propriile gânduri sumbre.

Rezultatele obținute la 12 luni de medicație antivirală la cei 28 (73,7%) de pacienți din lotul total de 38 de pacienți examinați arată că 13 (46,4%) dintre ei prezentau remisiune, 10 (35,7%) au atins răspuns virusologic sustinut (RVS) și aveau activitate moderată a bolii, iar la 5 (17,8%) s-a înregistrat o creștere a viremiei de la $7.530.101 \pm 5.103.341$ UI/ml la o medie de $11.534.311 \pm 10.533.122$ UI/ml ($p=0,1332$). Privind evaluarea subiectivă a răspunsului terapeutic, datele detectate la pacienții înrolați în cercetare arată că, în subgrupele analizate se observă dinamică diversă a CV. Comparațiile directe și multiple realizate între scorurile testate arată că, calitatea vieții este superioară la subiecții cu medicație antivirală administrată post-splenectomie în comparație cu subiecții cu medicație simptomatică non-antivirală ($p<0,05$), dar valorile parametrilor au rămas statistic semnificative mai mici față de lotul control ($p<0,001$). Per total, variațiile nivelului CV în cele 12 luni de tratament antiviral sunt arătate în Tabelul 4.15.

Tabelul 4.15. Variațiile indicelui de calitate a vieții după 12 luni de supraveghere

| Calificativ | Afectare ușoară a calității vieții | | Afectare moderată a calității vieții | | Afectare severă a calității vieții | |
|--|------------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|
| | % | abs | % | abs | % | abs |
| Grupa pacienților splenectomizați | | | | | | |
| Medicație antivirală asociată (n=28) | 52,6 | 20 | 36,8 | 14 | 10,5 | 4 |
| Medicație simptomatică non-antivirală (n=38) | 26,3 | 10 | 55,3 | 21 | 18,4 | 7 |

La analiza comparativă a dinamicii calității vieții, la finele perioadei de supraveghere s-a evidențiat scăderea procentului de pacienți care prezentau afectare moderată și severă în lotul tratat cu antivirale cu 21,3% față de cel inițial. În aceeași perioadă, în lotul pacienților cirofici splenectomizați, care nu au aderat la terapie antivirală, ponderea subiecților cu calitatea vieții moderat și sever afectată era diferită, prezentând o diferență statistic semnificativă între loturile comparate (73,7% vs 47,3%).

Aceste rezultate relevă faptul că, după 6 luni de supraveghere în lotul cu terapie antivirală valorile indicelui sumar al calității vieții, care indică afectare moderată și severă s-au micșorat (47%) din contul creșterii indicelui afectării ușoare a calității vieții (52,6%), iar în lotul pacienților non-aderenți la terapia antivirală indicele a avut valori aproximativ egale cu valorile inițiale.

Un status global de sănătate și de calitate a vieții mai deteriorat a fost tradus printr-un scor semnificativ mai crescut pentru astenie, insomnii, tulburări psiho-emoționale, discomfort

psihologic cu tensiune emotivă însoțit de disperare și îngrijorări față de evoluția BHC sub tratament ($p < 0,05$).

În concluzie putem spune că, analiza evoluției calității vieții bolnavilor cirofici operați și postoperator supuși medicației antivirale de durată, a obiectivizat faptul că, efectele secundare particulare ale terapiei antivirale influențează negativ dinamica calității vieții pe domeniile cognitive și psiho-emoționale, sugerând încă o dată necesitatea monitorizării și a corectării acestor aspecte pe parcursul terapiei. Experiența acumulată relevă că respectarea algoritmului de investigare evolutivă clinică, imagistică și endoscopică a pacienților cirofici anterior tratați chirurgical (Cerificat de inovator Nr. 5593), aplicat în cadrul studiului, va permite luarea deciziilor privind inițierea în timp util a tratamentului multimodal asociat. Planul de abordare multidisciplinară a pacientului cirotic cu indicație chirurgicală folosit în această lucrare aduce beneficii considerabile evoluției socio - clinico - terapeutice (progresie-regresie-stabilizare) și poate fi implementat la nivel clinic. Utilizarea protocolului terapeutic, elaborat în cadrul studiului de față, ca parte integrantă a îngrijirilor de specialitate se corelează cu o mai bună evoluție postoperatorie exprimată prin ameliorarea rezultatelor tratamentului și creșterea sau menținerea calității vieții pacientului cirotic operat.

În sumar, rezultatele analizei influenței protocolului de asistență terapeutică multimodală (LEVE, TA, TAT), elaborat în cadrul actualului studiu și ajustat particularităților evolutive perioperatorii – prin tolerabilitate și eficacitate - au corelat semnificativ cu îmbunătățirea statusului bio-psiho-somatic al pacientului operat ($P < 0,05$). S-a înregistrat o îmbunătățire statistic semnificativă a scorurilor SF-36 și SF-LDQOL, cu o valoare medie de 11%, cu predilecție din contul creșterii pe dimensiunile "simptome sau probleme de sănătate" ($\rho = 0.71$), "efectele bolii hepatice" ($\rho = 0.69$), "concentrare și memorie" ($\rho = 0.69$) și "stare generală de sănătate" ($\rho = 0.69$).

4.4. Concluzii la capitolul 4

1. Conform evaluărilor noastre, post-tratament chirurgical s-a observat o îmbunătățire generală a statutului clinico-socio-profesional cu un impact favorabil asupra calității vieții pacienților monitorizați, în principal, din contul blocurilor simptomatice SF-LDQOL.
2. Rezultatele cercetării relevă faptul că, pe măsura creșterii termenului postoperator, crește și incidența complicațiilor (dintre care TAVS 13,7%) frecvența și caracterul cărora, influențându-se reciproc, este marcată de o diferențiere interlot cu impact negativ asupra calității vieții și problemelor psihosociale.

3. În urma acestui studiu s-a constatat predominarea clasei de severitate Child C la pacienții cu rezultate nesatisfăcătoare versus rezultate bune/ satisfăcătoare, (89,1% respectiv 10,9%), ($p < 0,05$).
4. Rezultatele obținute justifică că, criteriile Lebezev modificate corelează cu rezultatele scorului BEA, fiind sugestive pentru o evoluție postoperatorie complicată (coeficient de corelație Pearson (r) de 0,031; $p = 0,022$, $p < 0,05$) și relevă importanța scorului BEA ca și indicator important al evoluției BHC cu risc ridicat de progresie a bolii.
5. În baza analizei datelor clinice, evoluția trenantă și complicată a pacientului cirotic operat, dictează necesitatea elaborării unui protocol terapeutic orientat spre unificarea și standartizarea programelor individuale de reabilitare pe termen mediu și lung, care a fost realizat în studio prin implementarea unui complex de îngrijiri multidisciplinare.
6. Rezultatele analizei impactului terapiei antiplachetare/antitrombotice (TAVS) și al endoscopiei perioperatorii (LEVE), administrate conform protocolului implementat de noi în uz practic, demonstrează eficiența crescută cu remiterea semnelor clinice și creșterea calității vieții într-un timp scurt, pentru o perioadă relativ lungă de timp în 87,2% și 79,6% de cazuri și constată că, planul de îngrijire a pacientului cirotic operat ar trebui luat în considerație la toate nivelele asistenței medicale.
7. Din propriul studiu am desprins că, aderența complementară la terapia antivirală postsplenectomie, în pofida unei frecvențe semnificative a reacțiilor adverse la terapie ce atinge cota de 40,2% în primele 2 luni, contribuie la finele perioadei de supraveghere la o îmbunătățire statistic semnificativă a scorului SF-36 sumar, cu o valoare medie de 17%, duce la un rezultat antiviral susținut atestat la 35,7%, fiind marcat de un număr mic al subiecților cu trombocitopenie indusă de medicația antivirală și a respondenților care prezentau afectare moderată și severă a calității vieții.

CONCLUZII GENERALE

1. Studiul tezei probează premiza conform căreia, ciroza hepatică este o entitate patologică cu evoluție îndelungată invalidizantă, având consecințe importante la nivel individual și social, care necesită tratament multimodal, inclusiv chirurgical efectul căruia trebuie evaluat în funcție de rezultatele terapeutice asupra calității vieții.
2. În cadrul cercetării realizate am constatat, la etapa de înrolare, o diminuare pe ansamblu a calității vieții pacienților cirofici de interes chirurgical exprimată printr-o medie a sumelor ponderate de 53,4 puncte (SF-36 global) și o depreciere importantă ale scalelor simptomatice (SF-LDQOL), înregistrate la 84,3% dintre respondenții participanți la acest studiu.
3. Rezultatele analizei statusului clinico-social după operație a înregistrat o interacțiune semnificativă statistic între tipul intervenției chirurgicale practicate și nivelul general al calității vieții tradusă, pentru toate subploturile analizate, cu o creștere importantă a scorurilor etapei I (un an postoperator) în favoarea subplotului chirurgiei miniinvazive și transplantului hepatic. Per total, la 78,5% cazuri s-a observat o ameliorare a calității vieții, afectarea severă a acesteia înregistrându-se într-o proporție semnificativ mai mică față de momentul inițial (25,3% la un an postoperator vs 51,6% preoperator). În cele ce urmează, la 3-5 ani de la operație, ponderea subiecților care între evaluările seriate au avut un nivel al calității vieții depreciat s-a mărit treptat (afectare severă 38,7% vs 40,6%), fapt reflectat și prin evoluția terapeutică diferită (morbiditate 18,9% vs 22,9%, mortalitate – 4,0% vs 8,7%), fără semnificație statistică interlot.
4. Studiul a demonstrat că calitatea adaptării clinice pe termen lung posttratement chirurgical și nivelul modificărilor calității vieții pe majoritatea dimensiunilor obținute în cele patru evaluări seriate au corelat semnificativ cu perioada de timp scurs după operație ($p < 0,001$), statusul functional hepatic ($p < 0,001$), caracterul complicațiilor evolutive bolii hepatice ($p < 0,001$) și tarele asociate ($p < 0,001$). Conform constatărilor noastre protocolul de screening și colaborarea interdisciplinară (hepatolog, chirurg, ATIst, endoscopist) oferă beneficii importante în identificarea și rezolvarea problemelor clinico-sociale aduse de boală și statusul postchirurgical.
5. Rezultatele analizei influenței protocolului de asistență terapeutică multimodală (LEVE, TA,TAT), elaborat în cadrul actualului studiu și ajustat particularităților evolutive perioperatorii – prin tolerabilitate și eficacitate - au corelat semnificativ cu îmbunătățirea statusului bio-psiho-somatic al pacientului operat ($P < 0,05$). S-a înregistrat o îmbunătățire statistic semnificativă a scorurilor SF-36 și SF-LDQOL, cu o valoare medie de 11%, cu

predilecție din contul creșterii pe dimensiunile "simptome sau probleme de sănătate" ($\rho=0.71$), "efectele bolii hepatice" ($\rho=0.69$), "concentrare și memorie" ($\rho=0.69$) și "stare generală de sănătate" ($\rho=0.69$).

6. Problema științifică soluționată în teză constă în evaluarea complexă și dinamică a componentelor calității vieții cu chestionare consacrate, capabile să ofere o imagine reală a impactului cirozei hepatice, a terapiilor chirurgicale practicate și a protocolului de asistență terapeutică multidisciplinară perioperatorie asupra sănătății.

RECOMANDĂRI PRACTICE

1. Monitorizarea evoluției cirozei hepatice posttratement chirurgical este o acțiune obligatorie și permanentă, ce trebuie aplicată pe termen mediu și lung la toate nivelele de asistență medico-chirurgicală cu ajutorul protocolului de supraveghere evolutivă propus (Cerificat de inovator Nr. 5595) în studiu (adaptat la exigențele OMS și PCN „Ciroza hepatică la adulți” și „Hipertensiunea portală la adulți”).
2. Calitatea vieții și problemele psiho-sociale ale pacientului cirotic chirurgical asistat trebuie tratate ca aspecte importante. Cea mai corectă evaluare, recunoaștere și diagnosticare a modificărilor ei ar consta în instrumentarea algoritmică cu două chestionare (SF-36 și SF-LDQOL) aplicată în cadrul îndrumărilor practice „Norme metodologice privind analiza și evaluarea calității vieții pacienților hepatici chirurgical asistați”, care au inclus rezultatele prezentei cercetări.
3. S-a dovedit în cadrul acestui studiu că, chestionarul SF-LDQOL tradus de noi și adaptat spațiului românesc, validat intern și extern, împreună cu varianta lui computerizată este un instrument sensibil (fidelitate test-retest de 0,74 și 0,84), util și facil, cu suport metodologic reproductibil, conceput special pentru a măsura impactul bolii hepatice cronice și a rezultatelor terapeutice asupra calității vieții (Cerificat de inovator Nr. 5594).
4. Planul de abordare multidisciplinară a pacientului cirotic cu indicație chirurgicală utilizat în această lucrare aduce beneficii considerabile evoluției socio-clinico-terapeutice (progresie-regresie-stabilizare) și poate fi implementat la nivel clinic.
5. Respectarea algoritmului de investigare evolutivă clinică, imagistică și endoscopică a pacienților cirolici anterior tratați chirurgical (Cerificat de inovator Nr. 5593), aplicat în cadrul studiului, va permite luarea deciziilor privind inițierea în timp util a tratamentului multimodal asociat.
6. Utilizarea protocolului terapeutic, elaborat în cadrul studiului de față, ca parte integrantă a îngrijirilor de specialitate se corelează cu o evoluție postoperatorie mai bună exprimată

prin ameliorarea rezultatelor tratamentului și creșterea sau menținerea calității vieții pacientului cirotic operat.

Bibliografie

1. Aberg F., Höckerstedt K., Roine R., et al. Influence of liver-disease etiology on long-term quality of life and employment after liver transplantation. In: *Clin Transplant*. 2012, 26 (5), p. 729-375.
2. Aguiar M., Braga V., Almeida P. Severity of liver disease and quality of life in liver transplantation. In: *Acta Paulista de Enfermagem*. 2015, 29 (2016), p. 107-114
3. Aguiar M., Qualidade de vida post-transplante de fígado em un centro de referencia no nordeste do Brasil. In: *Fortaleza*, 2014. 117 p.
4. Akahoshi T., Tomikawa M., Korenaga V., et al. Laparoscopic splenectomy with peginterferon and ribavirin therapy for patients with hepatitis C virus cirrhosis and hypersplenism. In: *Surgical endoscopy*. 2010, 24 (3), p. 680-686.
5. Anghelici Gh. Tromboza portală și evoluția complicațiilor hipertensiunii portale cirogene. În: *Arta Medica*. 2007, 1 (22), p. 9-13.
6. Anuarul Statistic al Sistemului de Sănătate din Moldova. Morbiditatea populației prin maladii specifice. Chișinău, 2016, 38 p. <http://www.cnms.md/ro/rapoarte> (vizitat 11.01.2017).
7. Augustin S., Altamirano J., González et al. Effectiveness of combined pharmacologic and ligation therapy in high-risk patients with acute esophageal variceal bleeding. In: *Am J Gastroenterol*. 2011, 106, p. 1787–1795.
8. Biselli M., Gitto S., Gramenzi A. Six score systems to evaluate candidates with advanced cirrhosis for orthotopic liver transplant: Which is the winner? In: *Liver transplantation*. 2010, 16 (8), p. 964-973.
9. Bhangui P., Laurent A., Amathieu R., et al. Review. Assessment of risk for non-hepatic surgery in cirrhotic patient. In: *Journal of Hepatology*. 2012, 57, p. 874-884.
10. Borzan C. Noi abordări ale Sănătății Publice și Managementului în Regiunea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară “Iuliu Hațieganu”, 2007. 254 p.
11. Burroughs A., Cholongitas E. Non-invasive tests for liver fibrosis: encouraging or discouraging results? In: *J Hepatol*. 2007, 46 (5), p. 751-755.
12. Camilleri-Brennan J., Steele RJC. Measurement of quality of life in surgery. In: *JR Coll Surg. Edinburgh*. 1999, p. 252-259.

13. Cazacov V., Hotineanu A., Cotoneț A., **Darii Eu.** Abordul ecoghidat percutanat al abcesului logei lienale postsplenectomie. În: Anale științifice ale USMF “N. Testemițanu”, Chișinău. 2012, Vol. 4, p. 23-26.
14. Cazacov V. Considerații clinico-morfologice și terapeutice în splenopatia portală. Chișinău, 2012. 133 p.
15. Carr AJ., Higginson I J. Are quality of life measures patient centred? In: BMJ. 2001 2; 322 (7298), p. 1357-1360.
16. Casanovas T., Jané L., Herdman M., et al. Assessing Outcomes in Liver Disease Patients: Reliability and Validity of the Spanish Version of the Liver Disease Quality of Life Questionnaire (LDQOL 1.0). In: Value Health. 2010,13 (4), p. 455-462.
17. Ciroza hepatică compensată la adult. Protocol clinic național. Chișinău, 2008. 64 p.
18. Chawla YK., Bodh V. Portal vein thrombosis. In: J. Clin. Exp. Hepatol. 2015, 5(1): p. 22-40. doi: 10.1016/j.jceh. 2014.12.008.
19. Chen P., Weng N., Yan L. Profilactic anticoagulation following splenectomy in cirrhotic patients. In: Hepato-gastroenterology. 2012, 59, p. 2042-2044.
20. Codreanu I., Rotaru I. Reglementarea juridica a activităților de transplant în Republica Moldova. În: Legea și Viața. Chișinău, 2014, Vol. 1, p. 11-14.
21. Colleen L., Zeeshan B., Daniela P., et al. A review of quality of life instruments used in liver transplantation. In: Journal of Hepatology. 2009, 51, p. 949–959.
22. Constantinescu R., Vicol MC. Tratamentul antiviral în hepatitele B și C – mai mult decât un demers terapeutic. În: Revista Română de Bioetică. 2009, 7 (3), p. 65 - 68.
23. Cotărla L. Posibilitățile de optimizare a calității vieții la bolnavi renali, dializați cronic. Rezumat teză de doctorat. Sibiu, 2009. 22 p.
24. **Darii E.**, Hotineanu V., Cazacov V. Validarea și adaptarea în limba română a chestionarului SF-LDQOL, forma scurtă, modificat prin întrebări complimentare. În: Arta Medica. Chișinău, 2016, 1 (58), p. 30-35 .
25. **Darii E.** Implicațiile diagnosticului și tratamentului asupra calității vieții pacienților cirofici chirurgical tratați pentru hipertensiune portală. În: Arta Medica. Chișinău, 2015, 1 (54), p. 22-27 .
26. **Darii E.** Evaluarea calității vieții – noua formulă conceptuală cu valență medico - socială și suport științific. În: Arta Medica, Chișinău, 2014, 1 (52), p. 41 - 46 .
27. **Darii E.** Chirurgia hipertensiunii portale și impactul ei asupra calității vieții pacienților cirofici operați. În: Buletinul AȘM. Științe Medicale. Chișinău, 2016, 1 (50), p.150-155.

28. **Darii E.** Analiza și evaluarea efectului intervenției chirurgicale asupra calității vieții pacientului cu ciroză hepatică: studiu descriptiv, bidirecțional. În: *Moldavian Journal of Health Sciences*. 2017, 1 (11), p. 58 – 68.
29. De Franchis R, Baveno V. Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. In: *J. Hepatol*. 2010, 53, p. 762-768.
30. De Les I, Flavia M, Jacas C et al. Quality of life in cirrhosis is related to potentially treatable factors. In: *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol*. 2010, 22 (2), p. 221-227.
31. Diaconu CG. Anchetă asupra autoevaluării calității vieții pacienților cu insuficiența renală conică în stadiu de dializă. *AMT*. 2010, 2 (4). p. 99-103.
32. Dindo D, Dematrine N, Clavien PA. Clasification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and result of a survey. In: *Ann. Surg*. 2004, 240 (2): p. 205- 213.
33. Duffy JP., Kao K., Ko CY., et al. Long-term patient outcome and quality of life after liver transplantation: analysis of 20-year survivors. In: *Ann. Surg*. 2010, 252 (4): p. 652-661 .
34. Dumbrava V., Romanciuc I., Țurcan S. Tulburările funcționale gastrointestinale. Criteriile de la Roma III. În: *Arta Medica*. 2007, 2 (23): p. 30-34.
35. Dumbrava V., Moscalu I., Lupașco I. et al. Evoluția tratamentului antiviral la pacienții cu ciroze hepatice de etiologie virală. În: *Sănătate publică, economie și management în medicină*. 2014, 5: p. 108-112.
36. Dumbrava V., Proca N., Lupașco I., et al. Patologie hepatică și cea gastrointestinală – probleme medico-sociale actuale în Republica Moldova. În *sănătatea publică, economie și management în medicină*. 2013, 5 (50): p. 7-12.
37. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. First European Quality of Life Survey. In: *Communities OfOPotE*, editor. Luxembourg, 2006.
38. Eurofound. Third European Quality of Life Survey - Quality of life in Europe: Impacts of the crisis. In: Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012.
39. *European Journal of Palliative Care* 2009; 16 (6): 278–289 and 2010; 17 (1): 22-33.
40. Evans MS et al. Nefopam for the prevention of postoperative pain; quantitative systematic review. In: *Br. J. Anesth*. 2008, 101 (5):p. 610- 617.
41. Evon DM, Wahed AS, Johnson G, Khalili M, et al. Fatigue in Patients with Chronic Hepatitis B Living in North America: Results from the Hepatitis B Research Network (HBRN). In: *Dig Dis Sci*. 2016, 61 (4): p. 1186-1196.

42. Fanpu Ji, Shu Zhang, Na Huang, et al. Splenectomy prior to antiviral therapy in patients with hepatitis C virus related decompensated cirrhosis. In: *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2013, 17(5): p. 601–660.
43. Feng BO., Zhang W., Luio BF. Effect of spleen operation on antiviral treatment in hepatitis C virus-related cirrhotic patients. In: *World J. Gastroenterol*. 2014, 20 (41): p. 15387-15397.
44. Fernandez-Rodriguez CM., Alonso S., Martinez SM., Fornis X., et al. Peginterferon plus ribavirin and sustained virological response in HCV-related cirrhosis: outcomes and factors predicting response. In: *Am. J. Gastroenterol*. 2010, 105: p. 2164–2172.
45. Ferrer M., Córdoba J., Garin O., et al. Validity of the Spanish Version of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) as a Standard Outcome for Quality of Life Assessment. In: *Liver Transplant*. 2006, 12 (1): p. 95-104.
46. Foster GR. Quality of life considerations for patients with chronic hepatitis C. In: *Journal of viral hepatitis*. 2009, 16: p. 605-611.
47. Francoz C., Valla D., Durand F. Portal vein thrombosis, cirrhosis, and liver transplantation. In: *J. Hepatol*. 2012, 57: p. 203–212.
48. Frisch M. Evidence-Based Well-Being/Positive Psychology Assessment and Intervention with Quality of Life Therapy and Coaching and the Quality of Life Inventory (QOLI). In: *Soc Indic Res* DOI 10.1007/s11205-012-0140-7
49. Gao R., Gao F., Li G., et al. Health-related quality of life in Chinese patients with chronic liver disease. In: *Health Qual Life Outcomes*. 2013, 11. 131 p.
50. Garbuzenko D. Portal Hypertension – causes and complications. In: *In Tech*. Rijeca, Croatia, 2012. 146 p.
51. Gheorghe L. Terapia antivirală a hepatitei C recurente post - transplant hepatic. *Stetoscop*. 2012, 14: p. 12-16.
52. Gluud LL., Krag A. Banding ligation versus beta-blockers for primary prevention in oesophageal varices in adults. In: *Cochrane Database Syst Rev*. 2012, (8): CD004544.
53. Gotardo DRM., Strauss E., Teixeira MCD., et al. Liver transplantation and quality of life: relevance of a specific liver disease questionnaire. In: *Liver Int*. 2008, 28 (1): p. 99-106.
54. Gralnek IM., Hays RD., Kilbourne A., et al. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. In: *Gastroenterology*. 2000, 119 (3): p. 654-660.
55. Grozăvescu R. Dimensiunile și indicatorii calității vieții copiilor și adolescenților cu psihoze. În: *Revista de Neurologie și Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din Romania, SNPCAR*. 2009, 12 (4): p. 26-40.

56. Guang-Quan Z., Yang F., Jian C. Effects of selective double portazygous disconnection and devascularization on hemodynamics of the portal venous system. In: Med Ultrason. 2014, 16 (4): p. 291-297.
57. Guo-Qing J., Dou-Sheng B., Ping C., et al. Modified laparoscopic splenectomy and azygoportal disconnection combined with cell salvage is feasible and might reduce the need for blood transfusion. In: World J Gastroenterol. 2014, 28, 20 (48), p. 18420–18426.
58. Hotărîrea Guvernului nr.756 din 09.10.2012 cu privire la aprobarea Programului național de transplant pentru anii 2012-2016. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2012, nr. 212-215, art.814.
59. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova Nr. 90 din 13.02.2012 privind aprobarea Programului național de combatere a hepatitelor virale B, C și D pentru anii 2012-2016, publicat: 17.02.2012 în Monitorul Oficial Nr. 34-37 art. Nr. 11.
60. Hotineanu V., Cazacov V., Anghelici Gh., ș.a. Hipertensiunea portală la adulți. În: Protocol clinic național. În MS RM Chișinău, 2009. 36 p. <www.ms.gov.md>
61. Hotineanu V., Hotineanu A., Ivancov G., ș.a. Primul transplant hepatic ortotopic de la donator aflat în moarte cerebrală în Republica Moldova. În: Sănătate publică, economie și management în medicină. 2014, 5, p. 142-148.
62. Hotineanu V., Cazacov V., Cazac A., et al.. Noi abordări chirurgicale ale hipersplenismului portal cirogen autoimun. Proiect științific în cadrul Programului de Stat ”Hepatitele și cirozele, profilaxia și metode avansate de tratament”. În Buletinul Academia de Științe a Republicii Moldova. Chișinău, 2009, p. 3-41.
63. Hotineanu V., Cazacov V., **Darii Eu.** Norme metodologice privind analiza și evaluarea calității vieții pacienților hepatici chirurgical asistați. În: Îndrumări metodice. Chișinău, 2015. 41 p.
64. Hotineanu V., Cazacov V., Țămbala C., Cuțitaru I., Cotoneț A., **Darii Eu.** Importanța metodelor imagistice moderne în diagnosticul hipertensiunii portale și splenopatiei portal hipertensive cirogene. În: Arta Medica, 2010, 3 (42): p. 37-39.
65. Hotineanu V., Cazacov V., Hotineanu A., **Darii Eu.** Opțiuni chirurgicale clasice și laparoscopice în tratamentul splenopatiei portale. În: Sănătate publică, economie și management în medicină, 2013, 5 (50), p. 122-126.
66. Hotineanu V., Cazac A., Neamțu C., et alții. Evaluarea calității vieții și a gradului de adaptare a pacienților operați pentru pancreatită cronică calculoasă. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale, 2005, 2, p. 57-63.

67. Huxley P. and R. Warner: Case management, quality of life, and satisfaction with services of long-term psychiatric patients. In: *Hospital and Community Psychiatry* 1992, 43(8), p. 799–802.
68. Iacobellis A., Ippolito A., Andriulli A. Antiviral therapy in hepatitis C virus cirrhotic patients in compensated and decompensated condition. In: *World J Gastroenterol.* 2008, 14, 14 (42),P. 6467-6472.
69. Ikezawa K., Naito M., Yumiba T., et al. Splenectomy and antiviral treatment for thrombocytopenic patients with chronic hepatitis C virus infection. In: *J. Viral Hepat.* 2010, 17, p. 488–492.
70. Jay CL., Butt Z., Ladner DP., et al. A review of quality of life instruments used in liver transplantation. In: *J. Hepatol.* 2009, 51 (5), p. 949-959.
71. Ji F., Zhang S., Huang N., et al. Splenectomy prior to antiviral therapy in patients with hepatitis C virus related decompensated cirrhosis. In: *Braz. J. Infect. Dis.* 2013, 17, 601–605.
72. Kakinoki K., Okano K., Suto H., et al. Hand-assisted laparoscopic splenectomy for thrombocytopenia in patients with cirrhosis. In: *Surg. Today.* 2013, 43, p. 883–888.
73. Kanwal F., Spiegel BM., Hays RD., et al. Prospective validation of the short form liver disease quality of life instrument. In: *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2008, 28 (9), p. 1088-1101.
74. Karner-Huțuleac A. Aspecte etice ale cercetării calității vieții pacienților cronici. În: *Revista Română de Bioetică.* 2013, 11 (1), p. 79-82.
75. Kato H., Usui M., Azumi Y., et al. Successful laparoscopic splenectomy after living - donor liver transplantation for thrombocytopenia caused by antiviral therapy. In: *World J. Gastro-enterol.* 2008, 14, p. 4245-4248.
76. Kedia S., Goyal R., Mangla V., et al. Splenectomy in cirrhosis with hypersplenism: improvement in cytopenias, Child's status and institution of specific treatment for hepatitis C with success. In: *Ann. Hepatol.* 2012, 11 (6), p. 921-929.
77. Kim S., Choi KH., Hwang SG., et al. Validation of the Korean version of liver disease quality of life (LDQOL 1.0) instrument. In: *Korean J. Hepatol.* 2007,13 (1), p. 44-50.
78. Krishna YR., Yachha SK., Srivastava A., et al. Quality of life in children managed for extrahepatic portal venous obstruction. In: *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2010, 50, p. 531-536.

79. Kuo A., Tan V., Lan B., et al. Long-term histological effects of preemptive antiviral therapy in liver transplant recipients with hepatitis C virus infection. In: *Liver Transplantation*. 2008, 14 (10), 1491–1497.
80. Kuter D., Mathias S., Rummel M., et al. Health-related quality of life in non-splenectomised immune thrombocytopenia (ITP) patients receiving romiplostim or medical standard of care. In: *American Journal of Hematology*. 2012, 87 (5), p. 558-560.
81. Lencu M. Tratatamentul hepatitei și cirozei hepatice virale A și B: mijloace terapeutice, criterii de eligibilitate și urmărire. În: *Clujul Medical*. 2010, 83 (Suppl), p. 8-12.
82. Les I., Doval E., Flavia M., et al. Quality of life in cirrhosis is related to potentially treatable factors. In: *Euro. J. Gastroen. Hepatol*. 2010, 22, p. 221-227.
83. Li ZF., Wang BT., Zhang S., et al. Therapeutic effects of linear stapler pericardial devascularization on portal hypertension: analysis of 52 cases. In: *J. Surg. Concepts. Pract*. 2009, 14, p. 18–20.
84. *Liver Transpl*. 2014 , 20(6), p. 649-564. doi: 10.1002/lt.23855.
85. Lopez-Navas A., Rios A., Moya-Faz FG., et al. Emotional-type psychopathologic symptoms among patients with terminal chronic alcohol-induced liver cirrhosis. In: *Transplant Proc*. 2012, 44, p. 1510–1512.
86. Lorenzon F.A. and Bäckman F. Pain and health related quality of life after heart, Kidney, and liver transplantation. In: *Clinical Transplantation*. 1999, 13, p. 453-460.
87. Loria A., Doyle K., Weinstein A., et al. Multiple factors predict physical performance in people with chronic liver disease. In: *Am. J. Phys. Med. Rehabil*. 2014, 6, 93 (6), p. 470-476.
88. Loria A., Escheik C., Gerber NL., et al. Quality of life in cirrhosis. In: *Curr. Gastroenterol. Rep*. 2013, 15. 301 p.
89. Lupașco Iu. Hepatitele cronice și alte forme ale bolilor cronice difuze ale ficatului (screening-ul profilactic, frecvența factorii de risc, diagnosticul clinico-paraclinic și statutul hormonal, tratamentul). Chișinău, 2014. 328 p.
90. Lupu I. Calitatea vieții în sănătate. Definiții și instrumente de evaluare. În: *Revista Calitatea vieții*. 2006, 17 (1-2), p. 73–91.
91. Manolakopoulos S., Triantos C., Theodoropoulos J., et al. Antiviral therapy reduces portal pressure in patients with cirrhosis due to HBeAg-negative chronic hepatitis B and significant portal hypertension. In: *Journal of Hepatology*. 2009, 51, p. 468–474.
92. Mihăilă V., Enăchescu D., Bădulescu M.. General population norms for Romania using the Short Form 36 Health Survey (SF-36). In: *QoL Newsletter*. 2001, 26, p. 17-19.

93. Mărginean I. Semnificația cercetărilor de calitate a vieții. Calitatea vieții în România, ediția a II-a, Editura Expert, București, 2005.
94. Monul V., Bulat I., Coșciug N., et al. Calitatea vieții pacienților cu cancer avansat supuși tratamentului chimioterapeutic ambulatoriu. În: Buletin AMS. 2013, 3 (48), p. 397-401.
95. Morihara D., Kobayashi M., Ikeda K., et al. Effectiveness of combination therapy of splenectomy and long-term interferon in patients with hepatitis C virus-related cirrhosis and thrombocytopenia. In: Hepatol. Res. 2009, 39, p. 439-447.
96. Moleavin I., Keresztes A. Masurarea, evaluarea și autoevaluarea stării de sanatate a populației. Referat general. În: J.M.B. 2012, 3, p. 45-50 .
97. Mucci S., Citero VA., Gonzalez M., et al. Validation of the Brazilian version of Chronic Liver Disease Questionnaire. In: Qual Life Res. 2013, 22, p. 167-172.
98. Nardelli S., Pentassuglio I., Pasquale C., et al. Depression, anxiety and alexithymia symptoms are major determinants of health related quality of life (HRQoL) in cirrhotic patients. In: MetabBrain dis. 2013, 28, p. 239-243.
99. Ni YB., Gao PJ., Wang D., et al. Esophagogastric devascularization without splenectomy in portal hypertension: safe and effective? In: Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int. 2015, 14 (3), p. 276-280.
100. Noi abordări ale Sănătății Publice și Managementului în Regiunea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății. Cristina Maria Borzan. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu", 2007. 254 p.
101. Ogata T., Ocuda C., Sato T., et al. Longterm outcome of splenectomy in advanced cirrhotic patients with hepatocellular carcinoma and thrombocytopenia. In: Kurume Medical Journal. 2011; 60, p. 37-45.
102. Orr GO., Homer T., Newton J., et al. Health related quality of life in people with advanced chronic liver disease. In: Jurnal of Hepatology. 2014, 61, p. 1158-1165.
103. Parkash O., Iqbal R., Jafri F., et al. Frequency of poor quality of life and predictors of health related quality of life in cirrhosis at a tertiary care hospital Pakistan. In: MC Research Notes. 2012, 5. 446 p.
104. Plessier A., Darwish-Murad S., Hernandez-Guerra M., et al. Acute portal vein thrombosis unrelated to cirrhosis: a prospective multicenter follow-up study. Hepatology. 2010, 51, p. 210–218.
105. Popescu I., Ionescu M., Brașoveanu V., et al. Transplantul hepatic - indicații, tehnică, rezultate - analiza unei serii clinice de 200 de cazuri I. Chirurgia 2010, 105(2), p. 177-186.

106. Rogriguez-Vilarrupla A., Fernandez M., Bosh J., et al. Current concepts on the pathophysiology of portal hypertension. In: *Ann. Hepatol.* 2007, 6 (1), p. 28-36.
107. Roman E., Cordoba J., Torrens M., et al. Falls and cognitive dysfunction impair health-related quality of life in patients with cirrhosis. In: *Euro. J. Gastroen. Hepat.* 2013, 25, p. 77-84.
108. Rodrigue J., Nelson D., Reed A., et al. Is model for end-stage liver disease score associated with quality of life after liver transplantation? In: *Prog Transplant.* 2011, 21 (3), p. 207-14.
109. Romanciuc I., Lupașco I., Dumbrava V. De ce depinde calitatea vieții la pacienții cu hepatite cronice virale? În: *Curierul Medical*, 2012, 3(327), p. 222-224.
110. Romanciuc I. Calitatea vieții pacienților cu hepatită cronică virală B. Sănătate publică, economie și management în medicină. În: *Sănătate publică, economie și management în medicină.* 2013, 5 (50), p. 156-160.
111. Romano F., Caprotti R., Conti M., et al. Thrombosis of the splenoportal axis after splenectomy. In: *Langenbecks Arch. Surg.* 2006, 391, p. 483-488.
112. Sahabir A., Amurah A., Aman A., et al. Improved quality of life in post splenectomized thalasemic patients. In: *Pak. J. Surg.* 2011, 27 (2), p. 83-86.
113. Santos Junior R., Miyazaki M., Domingos N., et al. Patients undergoing liver transplantation: psychosocial characteristics, depressive symptoms, and quality of life. In: *Transplant Proc.* 2008, 40, p. 802-804.
114. Sekiguchi T., Nagamine T., Takagi H., et al. Reduction of virus burden-induced splenectomy in patients with liver cirrhosis related to hepatitis C virus infection. In: *World. J. Gastroenterol.* 2006, 12, p. 2089–2094.
115. Serrano B., Grofihenning A., Homs M., et al. Development and evaluation of a baseline-event-anticipation score for hepatitis delta. In: *Journal of Viral Hepatitis.* 2014, 21, p. 154-163.
116. Shigekawa Y., Uchiyama K., Takifuji K., et al. A laparoscopic splenectomy allows the induction of antiviral therapy for patients with cirrhosis associated with hepatitis C virus. In: *Am.Surg.* 2011, 77, p. 174–179.
117. Shu-Chuan Chang., Sheng-Shun Yang., Chiu-Chun Chang., et al. Assessment of health-related quality of life in antiviral-treated Taiwanese chronic hepatitis C patients using SF-36 and CLDQ. In: *Health Qual Life Outcomes.* 2014, 12, 97 p.

118. Soblonslidsuk A., Silkapit C., Konqsakon R., et al. Factors influencing health related quality of life in chronic liver disease. In: *World J. Gastroenterol.* 2006, 12 (48), p. 7786-7791.
119. Sola E., Watson H., Graupera I., et al. Factors related to quality of life in patients with cirrhosis and ascites: relevance of serum sodium concentration and leg edema. In: *J Hepatol.* 2012, 57, p. 1199-1206.
120. Solomon L. Impactul cirozei hepatice asupra calității populației Republicii Moldova. Autoref. tezei de dr. în medicină. Chișinău, 2014. 24 p.
121. Spaander M., Hoekstra J., Hansen B., et al. Anticoagulant therapy in patients with non-cirrhotic portal vein thrombosis: effect on new thrombotic events and gastrointestinal bleeding. In: *J. Thromb. Haemost.* 2013, 11, p. 452-459.
122. Spinei L. Metode de cercetare și de analiză a stării de sănătate. Chișinău, 2012. 511 p.
123. Sullivan K., Radosevich D., Lake J., Health-related quality of life: two decades after liver transplantation. In: *Liver Transpl.* 2014, 20 (6), p. 649-654.
124. Svirtlih N., Pavic S., Terzic D., et al. Reduced quality of life in patients with chronic viral liver disease as assessed by SF12 questionnaire. In: *J. Gastrointest. Liver Dis.*, 2008, 17 (4), p. 405-409.
125. Takashi M., Ken S., Norihiro F., et al. Effect of laparoscopic splenectomy in patients with Hepatitis C and cirrhosis carrying IL28B minor genotype. In: *BMC Gastroenterology.* 2012, 12. 158 p.
126. Tamai H., Mori Y., Shingaki N., et al. Prognostic effect of response to interferon therapy after laparoscopic splenectomy among patients with marked thrombocytopenia and hepatitis C virus-related cirrhosis. In: *Hepatology International.* 2015, 9, p. 1-67.
127. Thabut D., D'Amico G., Tan P., et al. Diagnostic performance of Baveno IV criteria in cirrhotic patients with upper gastrointestinal bleeding: analysis of the F7 liver-1288 study population. In: *J. Hepatol.* 2010, 53 (6), p. 1029-1034.
128. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. In: *Soc. Sci. Med.* 1998, 46 (12), p. 1569-1585.
129. Tian N., Liu Z., Yang M. Effect of antiviral therapy on the survival and incidence of major complications in HBV-associated cirrhotic patients after splenectomy for hypersplenism and portal hypertension. In: *Virology Journal.* 2012, 9. 273 p.
130. Tintiuc D. Biostatistica și metodologia cercetării științifice. Chișinău, 2011.
131. Todea D., Coman A., Roșca L. Instrumente de evaluare a calității vieții pacienților cu bronhopneumopatie obstructivă cronică. În: *Clujul Medical.* 2012, 85 (1), p. 20-26.

132. Tofan-Scutaru L., Cazacov V., Dumbrava V., et al. Evaluarea manifestărilor clinic-paraclinice la pacienții cu ciroză hepatică după tratamentul chirurgical prind devascularizarea azygo-portală și splenectomie. *Sănătate publică, economie și management în medicină*. 2014, 5, p. 128-132.
133. Țâmbală C., Țurcanu V., Dumbravă V., Cazacov V., **Darii Eu**. Contribuții ale ecografiei Doppler-Duplex color în diagnosticul bolii hepatice cronice și hipertensiunii portale. *Sănătate publică, economie și management în medicină*. 2013, 5 (50), p. 160-165.
134. Vashishtha C., Sarin S. Anticoagulant therapy for portal vein thrombosis in liver: Is it worth a buy? In: *Gastroenterology* 2013, 44 (4), p. 848-885.
135. Vengher I. Interacțiuni umoral-metabolice și psihosomatice în hepatitele cronice virale. *Sănătate publică, economie și management în medicină*. 2014, 5, p. 45-51.
136. Vaughn-Sandler V., Sherman C., Aronsohn A. Consequens af perceived stigma among patients with cirrhosis. In: *Diges. Dis. and Sci.* 2014, p. 659-681.
137. Ware J., Sherbourne C. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. In: *Med. Care* 1992, 30, p. 473-483.
138. Wei Y., Li N., Cai X., et al. Clinical application of fast-track surgery with Chinese medicine treatment in the devascularization operation for cirrhotic portal hypertension. In: *Chin. J. Integr. Med.* 2015, 21 (10), p. 784-790.
139. Xie Y., Li B., Ma L., et al. Peg-IFNa-2a/RBV antiviral efficacy in cirrhotic hepatitis C patients after splenectomy or partial splenic embolization. In: *Zhonghua Gan Zang Bing ZaZhi*. 2012, 20, p. 112-115.
140. Zatonski W., Sulkowski U., Manczuc M., et al. Liver cirrhosis mortality in Europe, with special attention to Central and Easterr Europe. In: *Eur. Addict. Res.* 2010,16, p.193-201.
141. Zhang Y., Wen T., Yan L., et al. Preoperative predictors of portal vein thrombosis after splenectomy with periesophagogastric devascularization. In: *World J. Gastroenterol.* 2012, 18 (15), p. 1834-1839.
142. Zhou J., Wu Z., Wu J., et al. Laparoscopic splenectomy plus preoperative endo-sopic variceal ligation versus splenectomy with pericardial devascularization (Hassab's operation) for control of severe varices due to portal hypertension. In: *Surg. Endoscop.* 2013, 11, p. 4371-4377.
143. Zong G., Fei Y., Chen J. Effects of selective double portazygous disconnection and devascularization on hemodynamics of the portal venous system. In: *Med. Ultrason.* 2014, 16 (4). 291 p.

144. Zuiki T., Hosoya Y., Sakuma Y. Laparoscopic gastric devascularization without splenectomy is effective for the treatment of gastric varices. In: Int. J. Surg. Case Rep. 2016, 19, p. 119–123.
145. Аверин В.И, Заполянский А.В. Лечение и реабилитация детей с синдромом портальной гипертензии. Минск, 2009. 24 с.
146. Алексеева А.С. Клинико-морфологические проявления хронических гепатитов и циррозов печени различной этиологии во взаимосвязи с психологическим профилем и качеством жизни пациентов: Автореф. дисс. докт. мед. наук. Томск, 2010. 42 с.
147. Алексов О. Особенности диспансеризации и ведения больных после комплексного консервативного и хирургического лечения диффузных заболеваний печени в поликлинических условиях. Автореф. дисс. канд. мед. наук, М. 2006, с. 3-23.
148. Бабаджанов А.Х. Прогностическая оценка тяжести течения цирроза печени при планировании портосистемного шунтирования. В: Здоровья Казахстана. 2014, 10 (30), с. 12-18.
149. Богомоллов П.О, Мациевич М.В, Коблов С.В. Противовирусная терапия у больных циррозом печени. В: Альманах клинической медицины. 2014, 33, с. 32-38.
150. Бойко В.В, Климова Е.М, Авдотьеву Ю.В, Гречихин Г.В. Новый подход к выбору метода хирургического лечения гиперспленизма у больных циррозом печени. В: Харківська хірургічна школа. 2011, 2 (47), с. 130-132.
151. Васильева И.А. Особенности личности и качества жизни больных: существует ли связь? В: Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. 2008, 81, с. 208-217.
152. ВОЗ. Основные показатели здоровья в Европейском регионе. ВОЗ, 2013.
153. Воробей А.В, Климович В.В, Жура А.В. Разобщающие операции в лечении кровоточащего пищеводно-желудочного варикоза при портальной гипертензии (обзор литературы). В: Медицинская панорама. 2007, 2, с. 29-34.
154. Гарбузенко Д.В. Факторы риска внепечёночных абдоминальных операций у больных циррозом печени. Хирургия. В: Журнал Им. Н.И. Пирогова. 2013, 8, с. 86-92.
155. Григорьева И.Н, Романова Т.И. Методологические аспекты исследования качества жизни в современной медицине. В: Клинико-эпидемиологические и этноэкологические проблемы заболеваний органов пищеварения. Красноярск, 2005, с. 364-371.

156. Гурылева М.Э, Журавлева М.В, Алеева Г.Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии. В: Русский медицинский журнал. 2006, 14 (10), с. 761-763.
157. **Дарий Е.А.**, Хотиняну В.Ф, Казаков В.С. Результаты хирургического лечения портальной гипертензии у больных циррозом печени. В: Междунар. научно-практ. журнал "Хирургия". Материалы XXIII Междунар. Конгресса Ассоц. Гепатобилиарной хирургии. 14-16 сентября 2016, с.312-3. www.hepatoassociation.ru **SCOPUS**
158. Довровольский С.Р., Авдурахмонов Ю.Х., Джамынчиев ЭК. Исследования качества жизни больных в хирургии. Хирургия. 2008, 12, р. 73-76.
159. Дудник О.В. Качество жизни пациентов, получающих противовирусную терапию по поводу хронического вирусного гепатита. IV Ежегодный Всероссийский конгресс по инфекционным болезням: В: материалы конгресса – М. 2012, 10 (1), с. 127-128.
160. Желтовский Ю.В. Оценка качества жизни пациентов после протезирования клапанов сердца по поводу инфекционного эндокардита. В: Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2006, 5, с. 269-274.
161. Задорожная О.В. Адаптация и качество жизни пациентов страдающих шизофренией с сопутствующим поражением печени вирусной этиологии. Автореф. дисс. канд. мед. наук., Томск, 2014, с. 1-39.
162. Заривчацкий М. Ф., Мугатаров И. Н., Каменских Е. Д., и др. Профилактика пищеводно-желудочных кровотечений у больных циррозом печени. В: Актуальные вопросы трансфузиологии и клинической медицины. 2015, 1, с. 405-411.
163. Захарова А.Н. Междисциплинарная проблема качества жизни в контексте современных научных исследований. В: Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014, 10, с. 141-160.
164. Исмаилов С.И., Камилджанова Б.Р. Особенности качества жизни у больных, оперированных по поводу узлового и многоузлового зоба. В: Молодой ученый. 2015, 19, с. 270-274.
165. Кириенко В.Т., Зайцев И.А., Залетная А.А. Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, у больных с хроническим заболеванием печени.
166. Котив Б.Н, Дзидзава И.И, Кочаткова А.А. Роль портокавального шунтирования в эру трансплантации печени. В: Трансплантология. 2009, 1, с. 34-38.

167. Кошель А.П. Качество жизни пациентов и принципы реконструктивно-пластической абдоминальной хирургии. В: Вопросы реконструктивной и пластической хирургии Пластическая хирургия. 2014, 1 (48), с. 6-9.
168. Кремень Н.В, Агаева С.Г, Александрова Л.Н. Качество жизни и психологические особенности больных с хроническим поражением печени. В: Фармакотерапевтический альманах 2009, 3, с. 69-76.
169. Крюкова И.Е. Выбор хирургической тактики у больных с портальной гипертензией на основе современных методов обследования. Автореф. дисс. канд. мед. наук., Москва, 2013. 34 с.
170. Кулырова Б.М. Качество жизни больных гепатитом С при разных видах лечения. В: Эпидемиология и инфекционные болезни. 2007, 3, с. 36-38.
171. Лебезев В.М., Шерцингер А.Г., Гунзынов Г.Д. Основные показатели хирургического лечения больных с внепеченочной портальной гипертензией. В: Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2009, 3, с. 341-342.
172. Лесовик В.С., Дибиров М.Д., Васильченко М.И. Эндоскопические методы профилактики и лечения кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка. В: Врач скорой помощи. 2013, 4, с. 65-69.
173. Лучкевич В.С. Качество жизни как объект системного исследования и интегральный критерий оценки здоровья и эффективности медико-профилактических и лечебно-реабилитационных программ. В: СПб: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2011. 86 с.
174. Луценко В.Д., Татьянаенко Т.Н., Стародубцева Е.В. Анализ и прогнозирование качества жизни после хирургического лечения. В: Научные ведомости Белгородского гос. университета. Серия: Медицина. Фармация. 2013, 11 (154), том 22, с. 78-82.
175. Манукьян Г.В., Мусин Р.А, Манукьян В.Г. Дифференцированное хирургическое лечение больных циррозом печени с портальной гипертензией. Часть II. Хирургическая агрессия и патогенез послеоперационных осложнений. В: Анналы хирургической гепатологии. 2015, 2. 8 с.
176. Мащенко И. В. Метод оценки индивидуального качества жизни. Минск, 2010. 36 с.
177. Михайличенко Т.Г., Буравко К.А., Щелкова О.Ю. Когнитивный статус больных вирусными заболеваниями печени в период ожидания трансплантации печени. В: Вестник ЮУрГУ. Серия Психология. 2014, 7 (3), с. 81-89.

178. Михайличенко Т. Г. Динамика выраженности эмоционально-аффективных расстройств у больных с аутоиммунными заболеваниями печени до и после трансплантации печени. В: Вестник ЮУрГУ. Серия Психология. 2013, 6, с. 72-76.
179. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х. Анализ качества жизни больных циррозом печени с портальной гипертензией после портосистемного шунтирования. В: Bulletin of experimental and clinical surgery. 2012, 3, с.509-516.
180. Неронов В.А. Исследование качества жизни у больных вирусными гепатитами. В: Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". 2009, 3, с.111.
181. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. В: 2-е издание / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ЗАО Олма Медиа Групп, 2007. 320 с.
182. Осмонбекова Н.С., Курбанов Ф.С., Добровольский С.Р. Значение и методика анализа качества жизни хирургических больных. В: Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова. 2012, 5, с. 84-87.
183. Плахова Е. Качество жизни: концепции и практика. В: Научно-теоретическом и общественно-политическом альманахе "Грани". 2013, 4 (30), с. 115-119.
184. Потешкина Н.Г., Аджигайтканова С.К. Современные принципы диагностики и лечения осложнений цирроза печени. В: Учебное пособие. М., 2013. 44 с.
185. Романцов М.Г., Сологуб Т.В., Горячева Л.Г. и др. Патогенетически обоснованная, с оценкой качества жизни, расчётом риска исхода заболевания, терапия больных вирусным гепатитом С (клинический обзор). В: Антибиотики и химиотерапия. 2010, 55, 3-4, с. 3-13.
186. Русских А.В. Оптимизация медицинской помощи больным хроническими вирусными заболеваниями печени в условиях поликлиники и стационара общего профиля: Автореф. дисс. канд. мед. наук., М., 2014. 54 с.
187. Рутгайзер Я.М., Михайлов А.Г. Возможности оценки качества жизни больных в гастроэнтерологической практике. В: Клин. Мед. 1999, 3, с. 35-38.
188. Сапронова Н.Г. Портальная гипертензия: особенности лечения. В: Медицинский вестник Юга России. 2014, 2, с. 21-28.
189. Серенко К.А., Абдурахманов Д.Т. Анализ исследований качества жизни больных хроническим гепатитом С. В: Здравоохранение сегодня, 2010, 10, с. 21-28.
190. Сигаева Ю.С. Пути улучшения результатов профилактики рецидивов кровотечения из варикозно – расширенных вен пищевода: Автореф. дисс. к. м. н. Хабаровск, 2011. 23 с.

191. Спиридонов Л.Л., Варламов В.И. Опыт применения эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода в лечении осложнений портальной гипертензии. В: Журнал "здравоохранение Чувашии". 4, с.41-43.
192. Сторожаков Г.И., Мерзликина Н.Н., Федоров И.Г. Анализ летальности у больных циррозом печени. В: Российский Медицинский Журнал. 2009, 4, с. 10-14.
193. Федачук Н.Н. Оценка эффективности хирургического лечения осложнений портальной гипертензии. Автореф. дисс. докт. мед. наук. Пермь, 2015. 45 с.
194. Филиппова Л.П., Белобородова Э.И. Качество жизни больных циррозом печени в зависимости от тонуса вегетативной нервной системы. В: Бюллетень сибирской медицины. 2012, 4, с. 152-157.
195. Хлынов И.Б. Влияние печеночной энцефалопатии на показатели качества жизни больных вирусным циррозом печени. В: Медицинские науки, 2011, 6. 23 с.
196. Чистякова М.В., Говорин А.В., Радаева А.В. Влияние противовирусной терапии на гемодинамику сердца и печени у больных вирусным циррозом. В: Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2014, 10 (3), с. 299-302.
197. Шевченко А.О., Халилулин Т.А., Миронков Б.Л и др. Оценка качества жизни пациентов С трансплантированным сердцем. В: Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2014, 16 (4), с. 11-6.
198. Шерцингер А.Г., Киценко Е.А., Любимый Е.Д., и др. Тромбоз воротной вены: этиология, диагностика и особенности лечения. В: Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2012, 1 (5), с.83–91.
199. Щербинина М.Б., Горач Н.В., Закревская Е.В. Качество жизни пациентов после холецистэктомии. В: Сучастна Гастроентерологія. 2012, 4 (66), с. 101-110.
200. Ягенський А.В., Січкарук І.М. Оцінка якості життя в сучас'ній медичній практиці. В: Внутрішня медицина. 2007, 3 (3), с.57-62.
201. Якупов А.Ф., Сангаджиев С.Б., Мустафин Р.Р. Сравнительная оценка эффективности диагностики и хирургического лечения больных портальной гипертензией. В: Вестник современной клинической медицины. 2013, 6 (5), с. 11-17.

Acceptarea și permisiunea traducerii chestionarului specific SF-LDQOL (autor Kanwal F)

Kanwal, Fasiha <kanwal@bcm.edu>

To: Darii Eugeniu

May 7, 2015 at 5:39 PM

yes sure

Fasiha Kanwal, MD, MSHS
Associate Professor of Medicine
Department of Medicine, Baylor College of Medicine
Houston Veterans Affairs HSR&D Center of Excellence
Michael E. DeBakey VA Medical Center

Mailing Address: 2002 Holcombe Blvd. (152)
Houston, TX 77030
Tel: 713-794-8688 Fax: 713-748-7359

From: Darii Eugeniu <dariieugeniu@yahoo.com>

Sent: Thursday, May 7, 2015 3:30 AM

To: Kanwal, Fasiha

Subject: From Moldova about QoL

Dear Dr. Associate Professor Fasiha Kanwal.

I am Darii Eugen, PhD candidate, working in the department of hepato-bilio-pancreatic surgery, surgical clinic 2 (head of the clinic prof. V.Hotineanu) in Republic of Moldova, Chisinau.

I need your acceptance and permission to translate in Romanian language validate for our local population the questionnaire short form SF-LDQoL (Kanwal F., Spiegel B.M., Hays R.D., Gralnek I.M. Aliment.Farmacol., 2008, Nov1; 28(9):1088-101) and to use it my study for PhD candidate.

Our purposes are to analyze QoL in pre- and postoperative period of patients with liver cirrhosis, operated in our clinic for portal hypertension.

With respect Eugen Darii,
State medical University "Nicolae Testemiteanu",
Surgical clinic 2,
department of hepato-bilio-pancreatic surgery
Chisinau, Republic of Moldova
Email: cazacov1@yahoo.com Phone +373 69143363

Chestionar structurat (SF-36/SF-LDQOL) de evaluare a calității vieții pacientului cu afecțiuni
hepatice cronice, forma scurtă

Versiunea română tradusă-validată în Clinica 1 Chirurgie USMF „N. Testemitanu” și validată extern în Facultatea de Medicină, din Sibiu în conformitate cu instrucțiunile internaționale aplicate și modificată de autor, prin întrebări complementare, specific lotului studiat

SF-36: chestionar generic pentru evaluarea calității vieții

1. În general, ați spune că sănătatea dumneavoastră este:
(încercuiți un număr de pe fiecare linie)

| | | | | |
|-----------|-------------|------|----------|---------|
| Excelentă | Foarte bună | Bună | Mediocră | Proastă |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. În comparație cu un an în urmă, cum v-ați evalua sănătatea? În general, sănătatea de acum?

| | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| Mult mai bună decât acum un an | Ceva mai bună în prezent | Aproximativ la fel | Ceva mai rea în prezent | Mult mai rea în prezent |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. Următoarele întrebări se referă la activități pe care le-ați putea desfășura în timpul unei zile obișnuite. Sănătatea Dvs. de acum vă limitează în aceste activități? Dacă da, cât de mult?

| Activități | Mă limitează mult | Mă limitează puțin | Nu mă limitează |
|---|-------------------|--------------------|-----------------|
| a) Activități oboseitoare, cum ar fi alergat, ridicarea de obiecte grele sau activități sportive cu efort mare? | 1 | 2 | 3 |
| b) Activități moderate, cum ar fi mutarea unei mese, trasul cu aspiratorul, bowling, sau jocul de golf? | 1 | 2 | 3 |
| c) Ridicarea sau transportarea cumparaturilor? | 1 | 2 | 3 |
| d) Urcatul mai multor etaje pe scări? | 1 | 2 | 3 |
| e) Urcatul unui etaj pe scări? | 1 | 2 | 3 |
| f) Aplecatul, îndoitul, îngenunchatul? | 1 | 2 | 3 |
| g) Mersul pe jos mai mult de 1 km ? | 1 | 2 | 3 |
| h) Parcurgerea pe jos a câtorva sute de metri? | 1 | 2 | 3 |
| i) Parcurgerea pe jos a 100 m ? | 1 | 2 | 3 |
| j) Propria îmbăiere sau îmbrăcare ? | 1 | 2 | 3 |

4. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, ați avut vreuna din următoarele probleme la locul de muncă sau alte activități zilnice, ca urmare a stării Dvs. de sănătate fizică?

| | Da | Nu |
|---|----|----|
| a) Ați redus perioada de timp petrecută la locul de muncă sau alte activități? | 1 | 2 |
| b) Ați realizat mai puține activități decât v-ați fi dorit? | 1 | 2 |
| c) Ați fost limitat în ceea ce privește natura muncii sau a altor activități? | 1 | 2 |
| d) Ați avut dificultăți în efectuarea muncii sau a altor activități (de exemplu acestea solicită un efort în plus)? | 1 | 2 |

5. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, ați avut oricare dintre următoarele probleme la locul de muncă sau în activitățile Dvs. zilnice, ca urmare a unor eventuale probleme emoționale (cum ar fi senzația de deprimare sau anxietate, neliniște)?

| | Da | Nu |
|--|----|----|
| a) Ați redus perioada de timp petrecută la locul de muncă sau cu alte activități? | 1 | 2 |
| b) Ați realizat mai puține activități decât ați fi dorit? | 1 | 2 |
| c) Ați avut dificultăți în a realiza cu aceeași atenție și grijă ca de obicei ceea ce ar trebui să faceți la locul de muncă sau activități ? | 1 | 2 |

6. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, în ce măsură starea Dvs. de sănătatea fizică sau problemele emoționale v-au afectat relațiile dvs. sociale obișnuite cu familia, prietenii, vecinii, sau alte grupuri de persoane?

| Deloc | Puțin | Moderat | Mult | Foarte mult |
|-------|-------|---------|------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Cât de mult ați simțit dureri de corp în ultimele 4 săptămâni?

| Deloc | Foarte slab | Slab | Moderat | Intens | Foarte intens |
|-------|-------------|------|---------|--------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

8. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, cât de mult durerea resimțită a afectat munca Dvs. obișnuită (inclusiv munca în afara domiciliului și în casă)?

| Deloc | Puțin | Moderat | Mult | Foarte mult |
|-------|-------|---------|------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. Aceste întrebări se referă la felul în care v-ați simțit în ultimele 4 săptămâni. Pentru fiecare întrebare, vă rugăm să alegeți un răspuns care se apropie de felul în care v-ați simțit. Cât timp în ultimele 4 săptămâni

| | Tot timpul | De cele mai multe ori | O buna parte din timp | Uneori | Rareori | Niciodată |
|---|------------|-----------------------|-----------------------|--------|---------|-----------|
| a) V-ați simțit plin de energie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Ați fost foarte nervos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) V-ați simțit atât de deprimat încât nimic nu ți-ar putea ridica moralul? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) Ați fost calm și pașnic? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e) Ați avut multă energie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f) V-ați simțit descurajat și întristat? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g) V-ați simțit extenuat? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h) Ați fost o persoană fericită? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i) V-ați simțit obosit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10. Pe parcursul ultimelor 4 săptămâni, au existat momente în care starea dvs. de sănătate fizică sau emoțională v-au afectat activitățile Dvs. sociale (cum ar fi vizitarea prietenilor, rude, etc)?

| Întotdeauna | Deseori | Uneori | Rareori | Niciodată |
|-------------|---------|--------|---------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11. Va rog să alegeți răspunsul care descrie cel mai bine cât de adevărată sau falsă este pentru Dvs. fiecare dintre următoarele afirmații ?

| | Absolut adevărat | În mare parte adevărat | Nu știu | De cele mai multe ori fals | Absolut fals |
|---|------------------|------------------------|---------|----------------------------|--------------|
| a) Mă simt mai ușor decât alți oameni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Sunt la fel de sănătos ca orice cunoscut de al meu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Mă aștept ca starea sănătății mele să se înrăutățească | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Sănătatea mea este excelentă | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Chestionarul SF-LDQOL: instrument specific de apreciere a calității vieții pacienților cu hepatopatii cronice (include 37 de itemi din 9 domenii).
(*Kanwal F, Spiegel BM, Hays RD, Gralnek IM. Aliment Pharmacol Ther. 2008 Nov 1;28(9):1088-101.*)

Aceste întrebări se referă la simptomele sau problemele de sănătate care s-ar putea să le aveți.

- În ultimele 4 săptămâni cât de des ați avut fiecare din următoarele simptome sau acuze? (dacă au fost cauzate de boala hepatică sau orice altceva)

| | (încercuiți un număr de pe fiecare linie) | | | | | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|-------------------|--------------------------------|-----------|
| | Zilnic sau aproape zilnic | 4-5 zile pe săptămână | 2-3 zile pe săptămână | 1 zi pe săptămână | Mai puțin de 1 zi pe săptămână | Niciodată |
| a) Durere în corp (somatică)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Modificări ale simțului gustativ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) Umflarea picioarelor cu lichid (edeme ale membrelor inferioare)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) Sângerări gingivale? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e) Senzație de greață (stomac deranjat) și/sau vărsături? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f) Dificultăți de respirație/ dispnee/ insuficiență de aer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Unele persoane sunt deranjate de efectele bolii hepatice în viața lor de zi cu zi, în timp de altele nu sunt.

2. Cât de mult au fost afectate fiecare din următoarele aspecte ale vieții dvs în ultimele 4 săptămâni?

| | Extrem de afectată | Afectată foarte mult | Afectată moderat | Afectată oarecum | Nu a fost afectată | Nu se aplică |
|---|--------------------|----------------------|------------------|------------------|--------------------|--------------|
| g) Activitatea casnică cum ar fi curățenia, lucru în curte, sau acțiuni de întreținere ale casei? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h) Capacitatea de a călători? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i) Tratatamentul medicamentos pe care trebuie să-l luați? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Următoarele întrebări sunt despre problemele de concentrare și memorie care s-ar putea să le aveți.

3. De câte ori în ultimele 4 săptămâni ați întâmpinat dificultăți...

| | Întotdeauna | Deseori | Uneori | Rareori | Niciodată |
|---|-------------|---------|--------|---------|-----------|
| În timpul activităților care implică concentrare și gândire | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4. De câte ori în ultimele 4 săptămâni...

| | Întotdeauna | Deseori | Uneori | Rareori | Niciodată |
|----------------------------------|-------------|---------|--------|---------|-----------|
| a) Ați devenit confuz(ă)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Ați avut probleme de memorie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. De câte ori în ultimele 4 săptămâni ați depus efort să vă amintiți...

| | Întotdeauna | Deseori | Uneori | Rareori | Niciodată |
|--|-------------|---------|--------|---------|-----------|
| Lucruri pe care vi le-au spus alți oameni? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Următoarele întrebări sunt despre starea de sănătate

6. De câte ori în ultimele 4 săptămâni...

| | Întotdeauna | Deseori | Uneori | Rareori | Niciodată |
|--|-------------|---------|--------|---------|-----------|
| a) Ați fost frustrat de boala hepatică pe care o aveți? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) V-ați simțit extenuat de problemele legate de boala de ficat? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Următorul set de întrebări este despre funcția dvs sexuală și satisfacția în ceea ce privește viața sexuală. 7. Cât de mare problemă a fost pentru dvs lipsa interesului sexual?

| Nu a fost o problemă | A fost o mică problemă | A fost oarecum o problemă | A fost o mare problemă |
|----------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |

8. Ați avut orice tip de activitate sexuală în ultimele 4 săptămâni?

| | | |
|----|---|------------------------------------|
| Da | 1 | (continuă cu următoarea întrebare) |
| Nu | 2 | (trece la întrebarea nr. 11) |

9. În ultimele 4 săptămâni ce probleme ați întâmpinat cu fiecare din situațiile ce urmează?

| | Nu a fost o problemă | A fost o mică problemă | A fost oarecum o problemă | A fost o mare problemă |
|---|----------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| a) Dificultăți de a avea orgasm | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b) Capacitatea de a satisface partenerul sexual | 1 | 2 | 3 | 4 |

10. În general, cât de mulțumit ați fost de funcția dvs sexuală în ultimele 4 săptămâni?

| Foarte mulțumit | Oarecum mulțumit | Nici mulțumit, nici nemulțumit | Oarecum nemulțumit | Foarte nemulțumit |
|-----------------|------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Următoarele întrebări sunt despre procesul de somn

11. De câte ori în ultimele 4 săptămâni...

| | Întotdeauna | Deseori | Uneori | Rareori | Niciodată |
|--|-------------|---------|--------|---------|-----------|
| a) A fost dificil să stați treaz în timpul zilei? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Ați adormit (pentru 5 min sau mai mult) în timpul zilei? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Ați dormit atât de cât ați avut nevoie (suficient)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Ați dormit suficient ca să vă simțiți odihnit dimineața la trezire? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) V-ați simțit sau ați fost somnoros în timpul zilei? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Următoarele întrebări sunt despre starea de singurătate.

12. De câte ori în ultimele 4 săptămâni...

| | Întotdeauna | Deseori | Uneori | Rareori | Niciodată |
|--|-------------|---------|--------|---------|-----------|
| a) Ați simțit lipsa de companie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Ați simțit că nu aveți pe nimeni alături cu care să comunicați? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) V-ați simțit părăsit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) V-ați simțit izolat de ceilalți? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) Ați fost în stare să găsiți companie atunci când ați dorit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Următoarele întrebări sunt despre *speranța de viață*

13. Cât de mult ești sau nu de acord cu următoarele afirmații?

| | Perfect de acord | Oarecum de acord | Incert (și da și nu) | Oarecum nu sunt de acord | Total nu sunt de acord |
|--|------------------|------------------|----------------------|--------------------------|------------------------|
| a) În prezent am mai puține planuri de viitor decât înainte de a fi diagnosticat cu boală de ficat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Am mare încredere în viitor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Viitorul meu îmi pare sumbru | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Următoarele întrebări sunt despre *stigmatul bolii de ficat*

14. Cât de mult sunteți sau nu de acord cu următoarele afirmații?

| | Perfect de acord | Oarecum de acord | Incert (și da și nu) | Oarecum nu sunt de acord | Total nu sunt de acord |
|---|------------------|------------------|----------------------|--------------------------|------------------------|
| a) Eu sunt jenat de aspectul meu în public | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Unele persoane nu se simt confortabil în preajma mea din cauza bolii mele de ficat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Din cauza bolii de ficat mă simt defectuos și incomplet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Unele persoane mă evită din cauza bolii de ficat pe care o am | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Următorul set de întrebări este despre impactul tratamentului asupra calității vieții și statutului global de sănătate

15. Vă rugăm să acordați calificative cum intervenția chirurgicală a influențat starea sănătății D-ștră?

| În mare măsură | Moderat | În mică măsură | Deloc | Spre mai rău |
|----------------|---------|----------------|-------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

16. În ce măsură terapia antivirală, dacă a fost aplicată, a influențat calitatea vieții D-ștră?

| În mare măsură | Moderat | În mică măsură | Deloc | Spre mai rău |
|----------------|---------|----------------|-------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

17. Sunteți satisfăcut de rezultatele tratamentului endoscopic a varicelor esofagiene?

| În mare măsură | Moderat | În mică măsură | Deloc | Spre mai rău |
|----------------|---------|----------------|-------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

18. Dacă cea mai bună stare este notată cu 100 și cea mai rea stare de sănătate cu 0, încercuiți cifra corespunzătoare CV dumneavoastră :

| | |
|---|---|
| 1 | Afectare ușoară a calității vieții (SCOR: 71-100 puncte) |
| 2 | Afectare moderată a calității vieții (SCOR: 36-70 puncte) |
| 3 | Afectare severă a calității vieții (SCOR:0-35 puncte) |

Apreciați nivelul calității vieții D-stră la moment de la 0 (Foarte rău) pînă la 100 (Foarte bine). Încercuiți cifra corespunzătoare.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Consimțământul informat a pacientului _____ SEMNĂTURA

Vă mulțumesc pentru timpul acordat !

**Structura chestionarului SF-LDQOL tradus din varianta engleză (forma scurtă
convenită și utilizată pentru studiu)**

| ITEMI | SCALE |
|--|------------------------------|
| 1a. Dureri în corp (somatice) 1b. Gust neplacut al alimentelor 1c. Edeme ale membrelor inferioare 1d. Sângerări gingivale 1e. Greață/Vomă 1f. Dispnee | Simptomele bolii hepatice |
| 2a. Lucrul în jurul casei 2b. Capacitatea de a călători 2c. Administrarea medicamentelor | Consecințele bolii hepatice |
| 3. Capacitatea de concentrare și gândire 4a. Stare de confuzie 4b. Probleme de memorie 5. Uitarea vorbelor spuse de alte persoane | Concentrarea și memoria |
| 6a. Frustrare din cauza bolii hepatice 6b. Senzație de extenuare pe urma bolii hepatice | Probleme cauzate de boală |
| 11a. Probleme de a te menține treaz toată ziua 11b. Somnul în timpul zilei 11c. Somn suficient 11d. Senzație de satisfacție de somn la trezire 11e. Somnolența în timpul zilei | Somnul |
| 12a. Lipsa de companie 12b. Senzație de singurătate 12c. Senzație de izolare 12d. Capacitatea de a găsi companie 12e. Senzație de a fi părăsit | Izolarea |
| 13a. Planuri de viitor 13b. Încredere în viitor 13c. Viitor sumbru al pacientului | Speranța |
| 14a. Jena de cum arăt în public 14b. Alte persoane se simt prost lângă pacient 14c. Senzația de a fi defectuos și incomplet 14d. Evitarea pacientului din cauza bolii | Stigmatizarea bolii hepatice |
| 7. Probleme de interes sexual 9a. Dificultăți de a avea orgasm 9b. Satisfacerea partenerului sexual 10. Satisfacția de funcția sexuală | Funcția/probleme sexuale |

Valoarea itemilor și interpretarea rezultatelor scorului SF-LDQOL

| Întrebările | Răspunsul obținut din chestionar | Valorile |
|---------------------|----------------------------------|----------|
| 1 a-f | 1-> | 0 |
| | 2-> | 20 |
| | 3-> | 40 |
| | 4-> | 60 |
| | 5-> | 80 |
| | 6-> | 100 |
| *2a, b, c | 1-> | 0 |
| 3; 4a,b; 5 | 2-> | 25 |
| 6a,b; | 3-> | 50 |
| 11a,b,e; 12a,b,c,e; | 4-> | 75 |
| 13a,c; 14a-d | 5-> | 100 |
| 10 | 1-> | 100 |
| 11c,d; 12d; | 2-> | 75 |
| 13b | 3-> | 50 |
| 15; 16; 17. | 4-> | 25 |
| | 5-> | 0 |
| 7; 9a,b | 1-> | 100 |
| | 2-> | 66,6 |
| | 3-> | 33,3 |
| | 4-> | 0 |

NB!: Răspunsul pacientului la întrebările din chestionarul SF-LDQOL în conformitate cu datele din tabelul 1; pentru întrebările 2 a-h, dacă este selectată opțiunea 6, întrebarea nu va fi parte a punctajului.

Media se calculează pentru numărul rămas de elemente care alcătuiesc acest domeniu.

2. Adăugate de pe tabela de marcaj și se împarte la numărul de întrebări răspunse în conformitate cu tabelul .

Numărul de întrebări și distribuția acestora în domeniile chestionarului SF-LDQOL

| Domeniul | Numărul de întrebări | Ia în considerare media scorurilor. Divizia se va face cu număr de răspunsuri. |
|------------------------------------|----------------------|--|
| Simptomele bolii hepatice | 6 | 1a-f |
| Consecințele bolii hepatice | 3 | 2a-c |
| Concentrarea și Memoria | 4 | 3; 4a,b; 5 |
| Probleme cauzate de boală | 2 | 6a,b |
| Somnul | 5 | 11a-e |
| Izolarea | 5 | 12a-e |
| Speranța | 3 | 13a-c |
| Stigma bolii hepatice | 4 | 14a-d |
| Funcția și Probleme sexuale | 4 | 7; 9a,b; 10 |
| Efectele tratamentului administrat | 3 | 15; 16; 17 |

*Punctul 8 nu intră în numărul de punctare. Dacă pacientul se oprește de numărare orice întrebare, aceasta nu intră pe divizia de scara sau domeniu, este considerat ca fiind omis. Exemplul domeniul somnul: există cinci întrebări, în cazul în care unul este omis, se calculează numai patru din ele.

NOTA: Reacția după tratament poate fi demonstrată prin răspunsul standardizat: afectarea ușoară a calității vieții = 100 – 71 puncte; afectarea medie a calității vieții = 70 – 36 puncte; afectarea severă a calității vieții = 35 – 0 puncte.

Model online al chestionarului SF-LDQOL privind calitatea vieții.

1) Aceste întrebări sunt despre simptomele sau problemele de sănătate pe care le-ați putut sau nu avea în ultimele 4 săptămâni. Cât de des ați avut următoarele simptome? (Provocate de boală sau de altceva)

a) Durere în corp sau somatică?

- În fiecare zi sau aproape în fiecare zi
- 4-5 zile pe săptămână
- 2-3 zile pe săptămână
- O zi pe săptămână
- Mai puțin de 1 zi pe săptămână
- Niciodată

b) Mincarea avea gust neplăcut?

- În fiecare zi sau aproape în fiecare zi
- 4-5 zile pe săptămână
- 2-3 zile pe săptămână
- O zi pe săptămână
- Mai puțin de 1 zi pe săptămână
- Niciodată

c) Edeme ale membrelor inferioare sau pe picioare/lichid în picioare?

- În fiecare zi sau aproape în fiecare zi
- 4-5 zile pe săptămână
- 2-3 zile pe săptămână
- O zi pe săptămână
- Mai puțin de 1 zi pe săptămână
- Niciodată

d) Singerări gingivale?

- În fiecare zi sau aproape în fiecare zi
- 4-5 zile pe săptămână
- 2-3 zile pe săptămână
- O zi pe săptămână
- Mai puțin de 1 zi pe săptămână
- Niciodată

e) Greață/vomă

- În fiecare zi sau aproape în fiecare zi
- 4-5 zile pe săptămână
- 2-3 zile pe săptămână
- O zi pe săptămână
- Mai puțin de 1 zi pe săptămână
- Niciodată

f) Dispnee/insuficiență de aer

- În fiecare zi sau aproape în fiecare zi
- 4-5 zile pe săptămână
- 2-3 zile pe săptămână
- O zi pe săptămână
- Mai puțin de 1 zi pe săptămână
- Niciodată

2) Unii oameni sunt limitați de efectele bolii de ficat în viața cotidiană, în timp ce alții nu. Cât de mult simptomele bolii hepatice v-au limitat în ultimele 4 săptămâni, în următoarele lucruri?

(Încercuți numărul corespunzător)

a) Capacitatea dumnevoastră de a lucra în jurul casei, cum ar fi curățenia, lucru în curte, sau întreținerea casei?

- Absolut mă limitează
- Foarte mult mă limitează
- Moderat mă limitează
- Puțin mă limitează
- Deloc nu mă limitează

b) Capacitatea de a călători?

- Absolut mă limitează
- Foarte mult mă limitează
- Moderat mă limitează
- Puțin mă limitează
- Deloc nu mă limitează

c) Cum vă fac să vă simțiți medicamentele pe care le administrați?

- Absolut mă limitează
- Foarte mult mă limitează
- Moderat mă limitează
- Puțin mă limitează
- Deloc nu mă limitează

3) De câte ori în ultimele 4 săptămâni ați avut probleme în: (încercuiți cifra corespunzătoare)
Capacitatea de a vă concentra și de a gândi

- Întotdeauna
- De foarte multe ori
- De multe ori
- De puține ori
- Niciodată

4) De câte ori în ultimele 4 săptămâni... (încercuiți cifra corespunzătoare)

a) Ați devenit confuz/confuză?

- Întotdeauna
- De foarte multe ori
- De multe ori
- De puține ori
- Niciodată

b) Ați avut probleme cu memoria?

- Întotdeauna
- De foarte multe ori
- De multe ori
- De puține ori
- Niciodată

5) De câte ori în ultimele 4 săptămâni ați avut probleme să vă amintiți... (încercuiți cifra corespunzătoare)

Lucruri pe care vi le-au spus alți oameni -

- Întotdeauna
- De foarte multe ori
- De multe ori
- De puține ori
- Niciodată

6) În ultimele 4 săptămâni, de câte ori... (încercuiți cifra corespunzătoare)

a) Ați fost frustrat din cauza bolii dvs hepatice?

- Întotdeauna

- De foarte multe ori
 - De multe ori
 - De puține ori
 - Niciodată
- b) V-ați simțit extenuat din cauza bolii dvs hepatice?
- Întotdeauna
 - De foarte multe ori
 - De multe ori
 - De puține ori
 - Niciodată
- 7) Cât de mare problemă a fost pentru dvs lipsa interesului sexual? (încercuiți cifra corespunzătoare)
- Nu a fost problemă
 - A fost o mică problemă
 - A fost oarecum o problemă
 - A fost o mare problemă
- 8) Ați avut orice tip de activitate sexuală în ultimele 4 săptămâni? (încercuiți cifra corespunzătoare)
- Da 1 (continuă cu următoarea întrebare)
 - Nu 2 (treci la întrebarea nr. 11)
- 9) În ultimele 4 săptămâni ce probleme ați întâmpinat cu fiecare din situațiile ce urmează? (încercuiți cifra corespunzătoare)
- a) Dificultăți de a avea orgazm -
- Nu a fost problemă
 - A fost o mică problemă
 - A fost oarecum o problemă
 - A fost o mare problemă
- b) Capacitatea de a satisface partenerul sexual -
- Nu a fost problemă
 - A fost o mică problemă
 - A fost oarecum o problemă
 - A fost o mare problemă
- 10) În general, cât de mulțumit ați fost de funcția dvs sexuală în ultimele 4 săptămâni?
- Foarte mulțumit
 - Oarecum mulțumit
 - Nici mulțumit, nici nemulțumit
 - Oarecum nemulțumit
 - Foarte nemulțumit
- 11) De câte ori în ultimele 4 săptămâni... (încercuiți cifra corespunzătoare)
- a) Ați avut probleme să stați treaz în timpul zilei
- Întotdeauna
 - De foarte multe ori
 - De multe ori
 - De puține ori
 - Niciodată
- b) Ați adormit (pentru 5 min sau mai mult) în timpul zilei?
- Întotdeauna
 - De foarte multe ori
 - De multe ori
 - De puține ori

- Niciodată
- c) Ați dormit suficient?
- Întotdeauna
 - De foarte multe ori
 - De multe ori
 - De puține ori
 - Niciodată
- d) Ați dormit suficient ca să vă simțiți odihnit dimineața la trezire?
- Întotdeauna
 - De foarte multe ori
 - De multe ori
 - De puține ori
 - Niciodată
- e) V-ați simțit sau ați fost somnolent pe parcursul zilei?
- Întotdeauna
 - De foarte multe ori
 - De multe ori
 - De puține ori
 - Niciodată
- 12) De câte ori în ultimele 4 săptămâni... (încercuiți cifra corespunzătoare)
- a) Ați simțit lipsa de companie?
- Întotdeauna
 - De foarte multe ori
 - De multe ori
 - De puține ori
 - Niciodată
- b) Ați simțit că nu aveți pe nimeni alături la care să te poți adresa?
- Întotdeauna
 - De foarte multe ori
 - De multe ori
 - De puține ori
 - Niciodată
- c) V-ați simțit izolat de ceilalți?
- Întotdeauna
 - De foarte multe ori
 - De multe ori
 - De puține ori
 - Niciodată
- d) Ați fost în stare se găsiți companie atunci când ați dorit?
- Întotdeauna
 - De foarte multe ori
 - De multe ori
 - De puține ori
 - Niciodată
- e) V-ați simțit părăsit?
- Întotdeauna
 - De foarte multe ori
 - De multe ori
 - De puține ori

- Niciodată
- 13) Cât de mult ești sau nu de acord cu următoarele afirmații?
- a) În prezent am mai puține planuri de viitor decât înainte de a fi diagnosticat cu boală hepatică
- Perfect de acord
 - Oarecum de acord
 - Și da și nu
 - Puțin nu sunt de acord
 - Total nu sunt de acord
- b) Am mare încredere în viitor
- Perfect de acord
 - Oarecum de acord
 - Și da și nu
 - Puțin nu sunt de acord
 - Total nu sunt de acord
- c) Viitorul meu îmi pare sumbru
- Perfect de acord
 - Oarecum de acord
 - Și da și nu
 - Puțin nu sunt de acord
 - Total nu sunt de acord
- 14) Cât de mult ești sau nu de acord cu următoarele afirmații?
- a) Eu sunt jenat de faptul cum arăt în public
- Perfect de acord
 - Oarecum de acord
 - Și da și nu
 - Puțin nu sunt de acord
 - Total nu sunt de acord
- b) Unele persoane nu se simt confortabil în preajma mea din cauza bolii mele hepatice
- Perfect de acord
 - Oarecum de acord
 - Și da și nu
 - Puțin nu sunt de acord
 - Total nu sunt de acord
- c) Din cauza bolii hepatice mă simt defectuos și incomplet
- Perfect de acord
 - Oarecum de acord
 - Și da și nu
 - Puțin nu sunt de acord
 - Total nu sunt de acord
- d) Unele persoane mă evită din cauza bolii hepatice pe care o am
- Perfect de acord
 - Oarecum de acord
 - Și da și nu
 - Puțin nu sunt de acord
 - Total nu sunt de acord

Simptomile bolii hepatice:

Consecințele bolii hepatice:

Concentrarea și Memoria:

Probleme cauzate de boală:

Somnul:

Izolarea:

Speranța:

Stigma bolii hepatice:

Funcția și Probleme sexuale:

Validarea externă a chestionarului SF-LDQOL

ROMÂNIA
 MINISTERUL EDUCAȚIEI, CERCETĂRII ȘI TINERETULUI
 UNIVERSITATEA „LUCIAN BLAGA” DIN SIBIU
 FACULTATEA DE MEDICINĂ „VICTOR PAPILIAN”



550166 SIBIU-RO
 Str. Pompeiu Onofreiu 2-4
 Tel.: 0040-269-436777
 Fax: 0040-269-212320

Referință

Privind validarea externă a chestionarului SF-LDQOL (forma scurtă), specific pentru aprecierea calității vieții pacienților cu hepatopatii cronice, propus în varianta engleză de F. Kanwal (2008) și tradus în limba română de autorii E.Darii, V.Hotineanu, V.Cazacov, testat și validat în Clinica 2 chirurgie USMF “Nicolae Testimițanu”, Chișinău. Sursa: Arta Medica. Nr. 1(58), 2016

Recenzia si analizele au confirmat că:

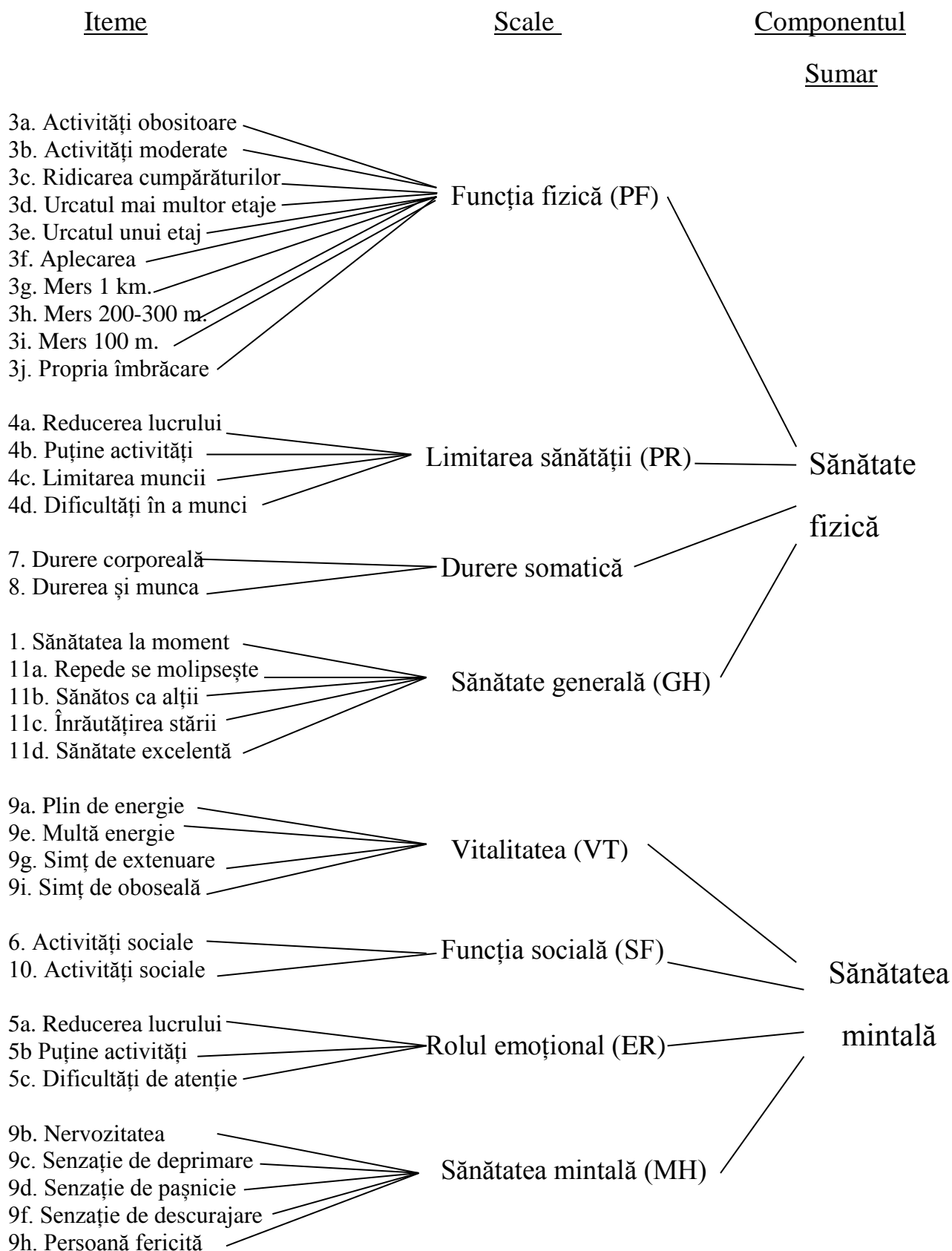
1. Traducerea chestionarului SF-LDQOL (forma scurtă) în limba română, contribuie la îmbogățirea literaturii autohtone din domeniul medicinei și sociologiei sănătății, cu o serie de aspecte conceptuale și aplicative care sunt utile în practică.
2. Considerăm, că adaptarea pe populația română a chestionarului SF-LDQOL, specific pentru evaluarea influenței diagnosticului de afecțiune cronică hepatică asupra calității vieții a fost realizată de autori metodologic corect; diferența de înțeles dintre cele două traduceri (engleză-română și română-engleză) nu există.
3. Varianta română a instrumentului SF-LDQOL răspunde la toate conceptele pertinente de conținut privind calitatea vieții pacienților.
4. Validarea interinstituțională a Chestionarului SF-LDQOL a fost efectuată în Clinicile noastre, într-un studiu calificat de explorare și abordare a calității vieții pacienților cu afecțiuni hepatice cronice, conform normelor internaționale (Hambleton,1998;Teodorescu, 2011).

In urma validării concluzionăm, că versiunea română a chestionarului SF-LDQOL, tradusă de autori și validată intern/extern în două clinici universitare de prestigiu este un instrument disponibil, util, sensibil și reproductibil, cu validitate și capacitate de screening pentru a analiza calitatea vieții pacienților cu afecțiuni cronice hepatice.



Conf. Dr. PAUL J. PORR
 Medic Specialist
 Gastroenterologie
 17142

Chestionarul SF-36 structurat de evaluare a calității vieții



Structura protocolului de urmărire evolutivă, la distanță, la intervale variate de timp posttratament chirurgical

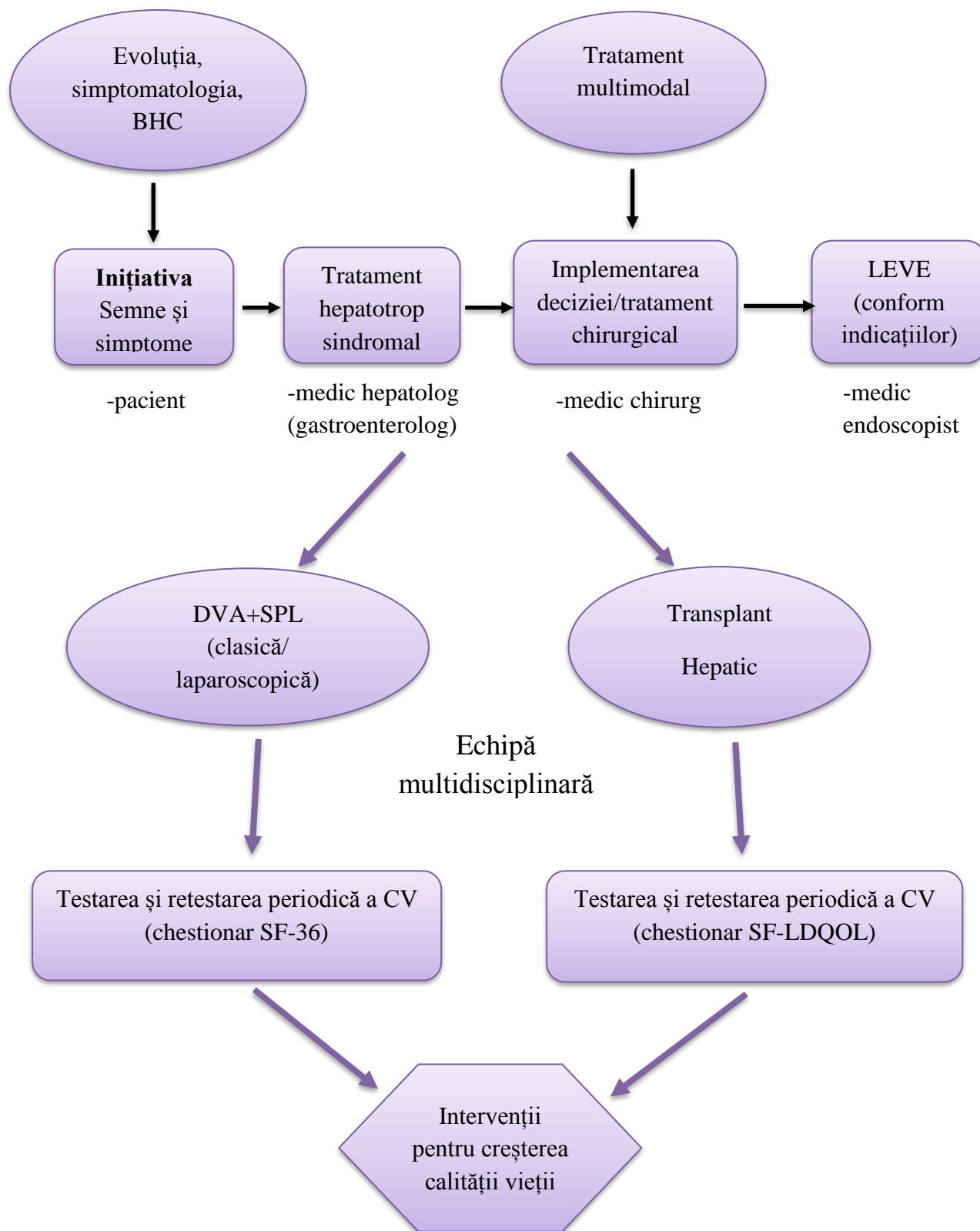
| Metoda de explorare la distanță, postterapeutic | Frecvența examinării semestriale în primul an | Evaluarea |
|--|--|---|
| Examen clinic fizical | Semestrial în primul an, fiecare 6 luni următorul an și apoi anual sau la nevoie. | Bilanț complet hepatic |
| Analize de laborator: hemograma /trombocite, probe hepatice | Fiecare 3 luni în I-ul an, apoi anual sau la necesitate | Stării funcțională hepatică |
| Control ecografic sau echo Doppler-ogografie portală | Semestriale în primul an, apoi anual următorii 2 ani. | Modificărilor morfologice hepatice și patologice a hemodinamicii portale |
| Evaluarea endoscopică a terapiei | Fiecare 6 luni în primul an și apoi anual Fără varice: screening EDS la 2 ani Varice mici: risc redus-supraveghere- screening EDS la 6-12 luni Varice mari: - Ligaturare varicelor cu risc hemoragic supraveghere postligaturare la 6 luni - LEVE repetat la necesitate - Monitorizarea VEG, GPPH | Urmărirea pacientului după banding și tratament al VE, gastropatiei portale și ulcerelor hepatogene |
| Examen prin computer tomograf spiralat în faza duală sau RMN. | Fiecare 24 de luni; În caz de suspiciune la cr. hepatocelular – fiecare 6 luni timp de 2 ani. | Arhitecturii hepatice |
| Evaluarea perioperatorie a calității vieții (scor SF-36, SF-LDQOL) | Anual sau la necesitate la următoarele controale | Calității vieții până și după instituirea tratamentului |

Legendă: EDS-endoscopia digestivă; LEVE-ligaturare endoscopică a varicelor esofagiene; GPPH-gastropatie portală hipertensivă.

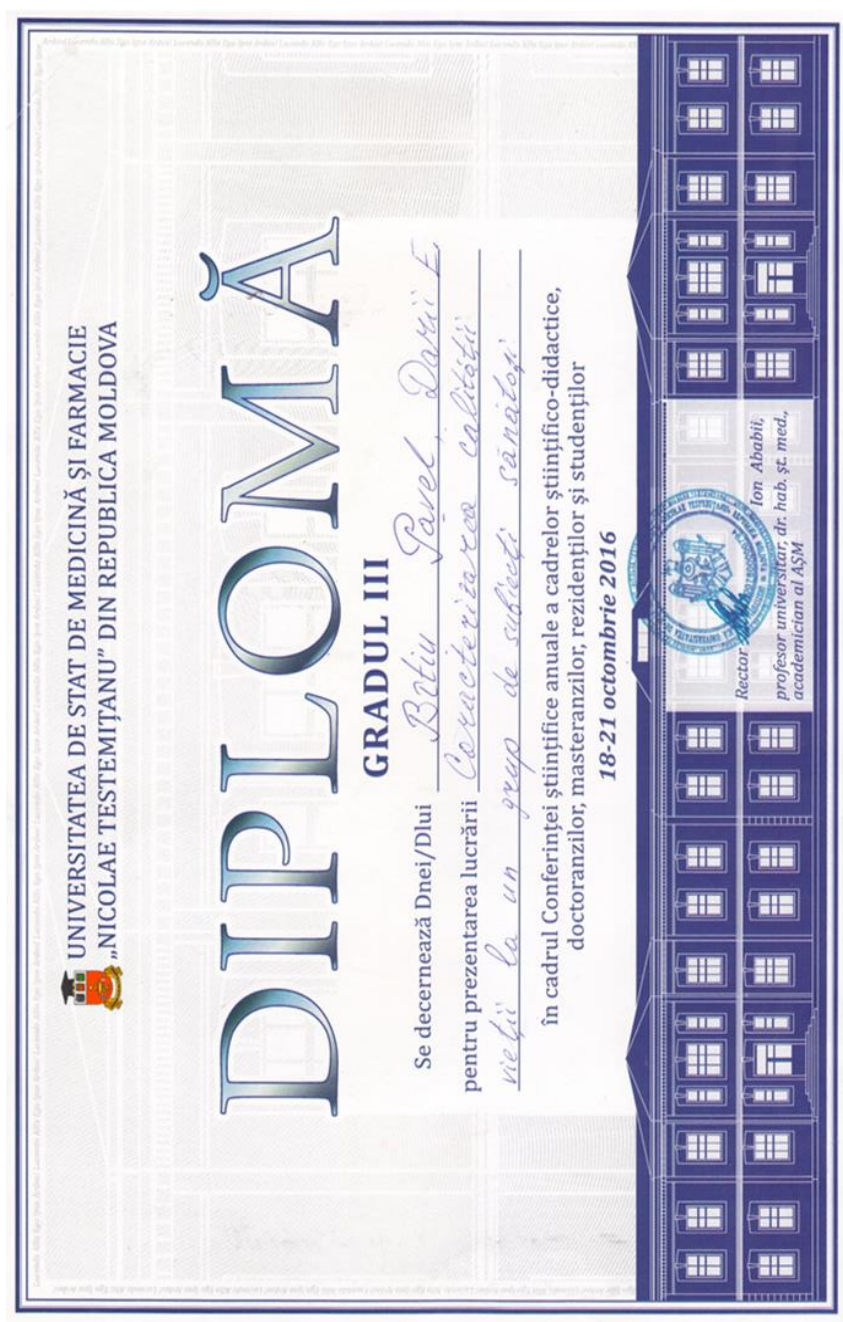
Program de monitorizare și îngrijire postoperatorie, la distanță, a pacientului cirotic chirurgical asistat

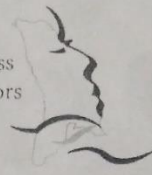
| <i>Chirurg</i> | ← <i>Colaborare</i> → | <i>Gastroenterolog/ hepatolog</i> |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Consult si triaj • Selectarea pacientilor cu indicatia chirurgicală (urgență-progarmată) • Aprecierea riscurilor anesteziico-chirurgicale. • Pregatire preoperatorie • Aprecierea timpului si volumului optim a gestului chirurgical • Urmărirea eficacității tratamentului chirurgical • Prevenirea și tratamentul complicațiilor postoperatorii: (tromboză v.portă; ascita; hemoragie digestivă variceală; encefalopatia portală); | <p>Compliance</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Confirmarea/infirmarea diagnosticului ; • Monitorizarea evoluției bolii hepatice posttratament multimodal și chirurgical; • Depistarea comorbidităților asociate; • Instituirea tratamentului hepatotrop; • Corecție hepatotrop-sindromală; • Controlul stării funcțional hepatice; • Tratament de specialitate (laparocinteză, ligaturarea endoscopică a varicelor esofagiene, ș.a.); • Supravegherea și tratamentul simptomatic a complicațiilor (ascită, encefalopatie poratla, insuficiența hepato-renală); • Evaluarea dinamică a calității vieții. |
| Supravegherea și îngrijirea la domiciliu a pacientului cirotic chirurgical asistat | | |
| Îngrijiri paliative | | |
| Scop: utilizarea unui screening de evaluare | <ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea evoluției bolii hepatice cronice sub tratament; • Depistarea și diagnosticul precoci a complicațiilor postoperatorii tardive; • Identificarea măsurilor curative (spitalizări periodice, reducerea gradului de insuficiență hepato-renală, scăderea duratei de spitalizare, creșterea calității vieții prin prevenire și tratamentul chirurgical, endoscopic și medicamentos al complicațiilor bolii hepatice cronice); • Suport pentru alinarea suferinței pacientului, susținere și suplینirea funcțiilor familiei, obținerea drepturilor la invaliditate. | |
| Beneficiar | Pacientul cirotic operat, familia acestuia, societatea; | |
| Abordare | <ul style="list-style-type: none"> • Terapeutică: terapia antivirala/ tratament sindromal; • Imagistică: ecoDoppler portal; • Endoscopică (banding varice eso-gastrice: profilactic sau curativ); • Chirurgicala: manopere chirurgicale | |
| Supraveghere și structura serviciilor de îngrijire | <ul style="list-style-type: none"> • Asistentă medicală; • Îngrijire individuală (echipa multidisciplinară formată din personal specializat în îngrijirea paliativă); • Echipa medicală antrenată în training : medic de familie, gastroenterolog, hepatolog, asistentă medicală, asistentă socială ; | |
| Durata | <ul style="list-style-type: none"> • Medical: perioadă continuă; • Social: revizuire continuă; • Chirurgical: funcție de evoluția postoperatorie | |
| Calitatea serviciilor depinde de: | <ul style="list-style-type: none"> • Plan de îngrijire interdisciplinară centrată pe pacient și problema somatică; • Abilitate de a lucra în echipă, de comunicare si consiliere; • Planificarea îngrijirii; • Coordonarea tratamentului și continuitatea manoperelor de nursing | |

Protocol terapeutic multidisciplinar adaptat riscului și momentului evolutiv



Certificate și Diplome





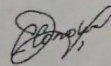
Certificate of Attendance

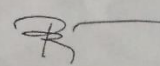
This is to certify that

Darii E., Bîtiu P., Negari N., Ionescu M., Casian M.

has attended the 6th edition of *MedEspera*
International Congress for Students and Young Doctors,
held on May 12-14, 2016, Chisinau, Republic of Moldova
as an active participant, with the scientific paper

STUDY REGARDING THE UTILISATION OF THE
SF-LDQOL QUESTIONNAIRE IN THE CIRRHOTIC
OPERATED PATIENTS QUALITY OF LIFE ASSESSMENT


Corina Scerbatiuc-Condur
Head of Organizing Committee


Gheorghe Rojnovanu
MD, PhD, Professor,
Vice-Rector for Scientific Activity

5 EMC Series Mx. cod. ____ no. ____

Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie „Nicolae Testemițanu”



Școala doctorală în
Domeniul Științe medicale

CERTIFICAT DE PARTICIPARE

Seria ȘD

Nr. 0042

se certifică participarea Doamnei/Domnului

Darii Eugeniu

la seminarul de formare continuă în domeniul legislației și metodologiei cercetării

**“ACTUALITĂȚI ÎN ORGANIZAREA STUDIILOR DE DOCTORAT ÎN
CORESPUNDERE CU NOILE PREVEDERI LEGISLATIVE”**

Chișinău, 01 februarie 2017

Se acordă **12 credite** de formare continuă în domeniul legislației și metodologiei
cercetării. Ordinul Rectorului USMF „Nicolae Testemițanu” nr. 28-A din 28.01.2017

Rector USMF „N. Testemițanu”,
Dr. hab. șt. med., prof. univ.,
Academician AȘM
Ion ABABII

Prorector pentru activitate
științifică, Dr. hab. șt. med.,
prof. univ.
Gheorghe ROJNOVEANU

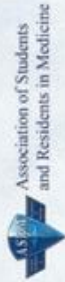
Director ȘDDȘM,
Dr. hab. șt. med.,
conf. univ.
Olga TAGADIUC



Nicolae Testemitanu State University
of Medicine and Pharmacy
of the Republic of Moldova

6th

International Medical Congress
for Students and Young Doctors
MedEspera



Certificate of Attendance

This is to certify that

Bîtiu P. Darii E. Ionescu M. Paiu D.

has attended the 6th edition of *MedEspera*
International Congress for Students and Young Doctors,
held on May 12-14, 2016, Chisinau, Republic of Moldova
as an **active participant**, with the scientific paper

**QUALITY OF LIFE INDICATORS ON A GROUP OF 20
BASICALLY „HEALTHY” SUBJECTS ”**

Corina Scerbatiu-Condur
Head of Organizing Committee

Gheorghe Rojnovanu
MD, PhD, Professor,
Vice-Rector for Scientific Activity

5 EMC Series Mx. cod..... no.



23-25 septembrie 2015
Chisinau, Radisson Blu Leograd
Hotel & Convention Center

Al XII-lea Congres al Asociației Chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din Republica Moldova

* cu participare internațională

DIPLOMĂ DE PARTICIPARE CERTIFICATE OF ATTENDANCE

*Comitetul Organizatoric confirmă că
The Organizing Committee certifies that*

Eugenia Darii

*a participat la cel de-al XII-lea Congres al Asociației Chirurgilor
„Nicolae Anestiadi” din Republica Moldova
attended the XII-th Congress of the Association of Surgeons
„Nicolae Anestiadi” from Republic of Moldova*

*25 credite EMC acordate de către Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
25 CME credits approved by Ministry of Health from Republic of Moldova*

Președintele Asociației Chirurgilor
„Nicolae Anestiadi”
Prof. Dr. Nicolae Gladun

Președintele Congresului
Prof. Dr. Eugen Guțu



Seria MCH, codul XV, Nr _____



Conferința științifică „Nicolae Anestiadi – nume etern al chirurgiei basarabene”
consacrată centenarului de la nașterea profesorului Nicolae Anestiadi



Organizatori

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Asociația chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din RM

CERTIFICAT
DE
participare

DI/D-na

Daru Eugeniu

a participat la

Conferința științifică „Nicolae Anestiadi – nume etern al chirurgiei basarabene”

Evenimentul s-a desfășurat la USMF „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, Moldova, pe 26 august 2016

Manifestarea a fost creditată de către Ministerul Sănătății al Republicii
Moldova cu 15 credite EMC, conform dispoziției nr. 430d / 11.07.2016

seria MX codul XVI nr. 79801

Academician, Prof. Dr.
Gheorghe Ghidirim
Președinte de onoare al Asociației
chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din RM

Gh. Ghidirim

Prof. Dr.
Gheorghe Rojnovanu
Președinte Conferință

Gheorghe Rojnovanu

Prof. Dr.
Eugen Guțu
Președinte al Asociației
chirurgilor „Nicolae
Anestiadi” din RM

Eugen Guțu



Republica Moldova
Ministerul Sănătății

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 5595

Pentru inovația cu titlul

“ Protocol de supraveghere evolutivă
postterapeutică a pacientului hepatic
chirurgical asistat”

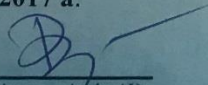
Inovația a fost înregistrată pe data de
la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
“Nicolae Testemițanu”

Se recunoaște calitatea de autor(i)

**DARII Eugeniu , HOTINEANU Vladimir,
CAZACOV Vladimir,
FERDOHLEB Alexandru, ROȘCA Iulian**

Data eliberării 20 iunie 2017 a.

L.Ș.


(Semnătura autorizată)





Republica Moldova
Ministerul Sănătății

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 5594

Pentru inovația cu titlul

„Chestionar SF-LDQOL adaptat pentru
măsurarea calității vieții pacienților
cirotici tratați chirurgical”

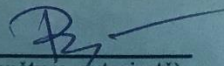
Inovația a fost înregistrată pe data de
la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
“Nicolae Testemițanu”

Se recunoaște calitatea de autor(i)

**DARII Eugeniu , HOTINEANU Vladimir,
CAZACOV Vladimir**

Data eliberării 20 iunie 2017 a.

L.Ș.


(Semnătura autorizată)





Republica Moldova
Ministerul Sănătății

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 5593

Pentru inovația cu titlul

**“ Algoritm investițional pentru evaluarea
calității vieții și statusului medico-social a
pacientului cirotic tratat chirurgical”**

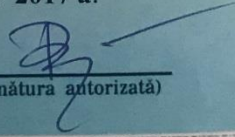
Inovația a fost înregistrată pe data de
la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
“Nicolae Testemițanu”

Se recunoaște calitatea de autor(i)

**DARII Eugeniu , HOTINEANU Vladimir,
CAZACOV Vladimir**

Data eliberării 20 iunie 2017 a.

L.Ș.


(Semnătura autorizată)



DECLARAȚIE PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnatul, declar pe propria răspundere că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Eugeniu Darii



24.01.2018

Curriculum vitae Europass



Informații personale

Nume / Prenume

Eugeniu Darii

Adresă(e)

Târgu Mureș, Strada Sarguinței nr. 37, ap. 18, cod poștal 540543, România

Telefon(oane)

Serv: 0265 256 256

Mobil: +40746134109

E-mail(uri)

dariieugeniu@yahoo.com

Naționalitate(-tăți)

Română

Data nașterii

18.07.1980

Sex

Masc

Locul de muncă vizat

Medic primar chirurg, Șef Departament Specialități Chirurgicale, Centrul Medical-Spital PULS, Târgu Mureș, str. Gh. Marinescu nr. 4, MS, Romania

Experiența profesională

- Apr 2011 – prezent Medic chirurg, spital „PULS”, Târgu Mureș, România, contract cu CNAS Mureș
- 1 Dec 2016 – 1 Mar 2017 Fellowship în chirurgie oncologică, Spitalul Royal Marsden, Londra, UK
- Sep 2012 – Iunie 2016 Gărzi pe Clinica Chirurgie II, Spitalul Clinic Județean de Urgență Mureș, România
- Mai 2011 – Sep 2012 Gărzi pe secția de chirurgie generala, Spitalul Orășenesc „Dr. Valer Russu”, Luduș, MS, România
- Noi 2010 – Mar 2011 Medic specialist chirurgie generala, voluntar pe Clinica Chirurgie II, Spitalul Clinic Județean de Urgență Mureș, România
- Noi 2007 – Oct 2010 Rezidențiat de Chirurgie generală la Spitalul Clinic Județean de Urgență Mureș, Clinica Chirurgie II, România; cu obținerea titlului de medic specialist în Chirurgie generală (sesiunea din octombrie 2010, Târgu Mureș)
- Oct 2003 – Oct 2007 Rezidențiat de Chirurgie generală la Spitalul Clinic Republican, Chișinău, R. Moldova; cu obținerea titlului de medic specialist în Chirurgie generală

Educație și formare

- Noi 2013 – Noi 2017 Studii doctorale la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova, specialitatea Chirurgie
- Sep 1997 - Iun 2003 Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova; absolvită cu Diplomă de mențiune pentru succese excelente la studii și activitate civică
- Sep 1987 - Iun 1997 Școala medie nr. 39, Chișinău, R. Moldova
- Sep 2000 - Mai 2002 Curs de limbă germană, Școala Națională de Limbi Străine, Chișinău, R. Moldova
- Sep 2002 - Mai 2003 Curs de limbă engleză, Școala Națională de Limbi Străine, Chișinău, R. Moldova

Aptitudini și competențe personale

Limba(i) maternă(e)

Româna, Rusa

Limba(i) străină(e)

Autoevaluare

| Înțelegere | Vorbire | Sciere |
|------------|---------|--------|
|------------|---------|--------|

| <i>Nivel european</i> | Ascultare | Citire | Participare la conversație | Discurs oral | Exprimare scrisă |
|--|--|--------|----------------------------|--------------|------------------|
| Engleză | C1 | C1 | C1 | C1 | C1 |
| Germană | B2 | B2 | B1 | B1 | B1 |
| Competențe și abilități sociale | Competență în ecografie generală (Oct 2015) | | | | |
| Instruire și formare profesională | | | | | |
| 20 Jul 2016 | <i>eALS Course (UK Resuscitation Council), NES Healthcare, Aylesbury, UK</i> | | | | |
| 19 Jul 2016 | <i>eACLS Course (American Heart Association), NES Healthcare, Aylesbury, UK</i> | | | | |
| 30 – 31 Oct 2014 | <i>EFISDS&EDS postgraduate course "Challenges in Gastrointestinal Surgery", Cluj-Napoca, România</i> | | | | |
| 3 – 4 Oct 2014 | <i>Congresul Național de Chirurgie Colorectală, ediția IV-a, București, România</i> | | | | |
| 6 Ian – 14 Feb 2014 | <i>Ultrasonografie specială – Modul II, UMF Târgu Mureș, România</i> | | | | |
| 6 Dec 2013 | <i>Tehnici avansate de disecție chirurgicală, 6 decembrie 2013, Universitatea Transilvania, Spital „Sf. Constantin” Brașov, România, Brașov, România</i> | | | | |
| 15 Oct – 22 Noi 2013 | <i>Ultrasonografie generală – Modul I, UMF Târgu Mureș, România</i> | | | | |
| 7 – 11 Mai 2013 | <i>Curs de dezvoltare a aptitudinilor practice în chirurgia laparoscopică, Clinica Chirurgie I, Cluj Napoca, România</i> | | | | |
| 10 Mai 2012 | <i>Training chirurgical de utilizare a A.M.I. HAL-RAR Doppler Ultrasound Proctoscope pentru tratamentul patologiei hemoroidale, Krankenhaus Gottlicher Heiland, Vienna, Austria.</i> | | | | |
| 1 – 14 Dec 2011 | <i>Curs de chirurgie laparoscopica – „Hands On” in Fellowship in Minimal Access Surgery, Gurgaon, New Delhi, India</i> | | | | |
| 16 – 22 Ian 2011 | <i>Salzburg Weill Cornell Seminar in „Trauma and Emergency Surgery”; absolvit cu Diplomă pentru excelență academică</i> | | | | |
| 9 – 10 Iul 2010 | <i>Integrated Seminar of Dermato-Oncologic Surgery and Radio-chemotherapy, in cooperation with Semmelweis University Budapest, Târgu Mureș, România</i> | | | | |
| 3 – 6 Mai 2010 | <i>Congresul Național de Chirurgie, Cluj-Napoca, România</i> | | | | |
| 14 – 17 Oct 2009 | <i>A XXXI Reuniune a Chirurgilor din Moldova, Piatra Neamț, România</i> | | | | |
| 27 – 29 Mai 2009 | <i>Conferința Națională de Chirurgie, Târgu Mureș, România</i> | | | | |
| 16 – 18 Oct 2008 | <i>4th East-West Colorectal Days, Hajduszoboszlo, Ungaria</i> | | | | |
| 2001 | <i>Seminar internațional “Medicare in Moldova: New Ideas and American Experience” organizat de US Embassy Alumni Resource Center (A.R.C.)</i> | | | | |
| Informații suplimentare | Lucrări științifice și științifico-metodice publicate la tema tezei în calitate de autor și coautor – 35. | | | | |

Rezultatele lucrării au fost prezentate și discutate la următoarele foruri științifice: Congresul al III-lea de Gastroenterologie și Hepatologie cu participare internațională (Chișinău, 20-21 iunie 2013); Conferința Națională de Gastroenterologie și Hepatologie cu participare internațională (Chișinău, 20 iunie 2014); Congresul al XII-lea al Asociației Chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din Republica Moldova (Chișinău, 2015); Congresele XXII-XXVI Naționale de Chirurgie din România (2013-2017); Congresele XI- XII ale Asociației chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din Republica Moldova (Chișinău); Conferințele științifice anuale ale Colaboratorilor și Studenților USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău (2012, 2014, 2017); Congresul Național de gastroenterologie, hepatologie și chirurgie endoscopică (Cluj-Napoca, 2016); Reuniunea internațională de chirurgie (Iași, 2016); XXIII Междунар. Конгресса Ассоц. Гепатобилиарной хирургии. 14-16 сентября 2016; Материалы XXIII Междунар. Конгресса Ассоц. Гепатобилиарной хирургии. Минск, 2016; Conferința Națională de Gastroenterologie, Hepatologie cu participare internațională (Chișinău, 16 iunie 2016)...