

(23)

1 до 14 лет.

Проведен сравнительный анализ центильных величин длины тела для каждого года жизни между больными хроническими нефропатиями и здоровыми детьми (региональные стандарты). Наибольшие отклонения величин роста в сторону увеличения в каждом центильном коридоре обнаружены по сравнению с нормативными показателями среди мальчиков с хроническими нефропатиями. Изменения больше выражены в возрасте 4, 6, 8 лет.

Величины длины тела у девочек с хроническими нефропатиями во всех центильных коридорах отличались от нормативных региональных показателей меньше, чем у мальчиков. Более закономерные отклонения увеличения роста выявлены у девочек в 25, 50, 75, 90, 97-центильных коридорах в возрасте 3–8 лет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у детей с хроническими нефропатиями наблюдаются отличия длины тела по сравнению со здоровыми детьми, отклонения от нормы выявлены в 66,8 % наблюдений и величина роста, соответствующая нормативным значениям, наблюдалась только у 33,2 % больных.

В возрасте старше 8 лет наблюдается от-

ставание в росте у детей с хроническим нефропатиями.

В возрасте до 8 лет преобладают больные с высоким ростом, что требует дополнительного наблюдения за детьми с ускоренным ростом и отнесению детей с ростом выше нормативных показателей к группе риска по развитию нефропатий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврюшова Л. П. // Материалы конгресса педиатров России. – М., 1999. – С. 110–111.
2. Иванников А. И., Пенкин В. Н., Ситникова В. П. и др. Показатели физического развития детского населения Воронежской области на рубеже второго и третьего тысячелетий. – М.; Воронеж, 2005. – 121 с.
3. Морфо-функциональные константы детского организма. Справочник / Под ред. В. А. Доскина, Х. Келлера, Н. Н. Мураенко, Р. В. Тонковой-Ямпольской. – М.: Медицина, 1999. – С. 228.
4. Пенкин В. Н. Физическое развитие (рост, масса) детей Воронежской области. – Воронеж, 2000. – 41 с.
5. Прусов П. К. // Педиатрия. – 2004. – № 3. – С. 96–100.
6. Ямпольская Ю. А., Година Е. З. // Российский педиатрический журнал. – 2005. – № 2. – С. 30–43.
7. Susan L. F., et al. // *Pediatr. Nephrol.* – 2002. – Vol. 17. – P. 450–455.
8. Wang C. S., et al. // *Am. J. Kidney Dis.* – 2000. – Vol. 36. – P. 811–819.

УДК 616.37–002–0024–089:614.2

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Н. Ш. Бурчуладзе, А. Г. Бебуришвили, И. И. Рязанова, Д. В. Михайлов

Клиника факультетской хирургии с курсом эндоскопии и эндохирургии ФУВ ВолГМУ

Работа основана на изучении и сравнении отдаленных результатов и качества жизни 119 больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу панкреонекроза. Все пациенты были оперированы в клинике факультетской хирургии с 1980 по 2006 гг. с использованием как малоинвазивных технологий, так и традиционных лапаротомий. Отдаленные результаты изучали на основании объективных методов исследования. Качество жизни оценивали с помощью обработки двух опросников: MOS SF–36 и специального опросника для пациентов, перенесших панкреонекроз, разработанного в клинике факультетской хирургии ВолГМУ.

Ключевые слова: панкреонекроз, отдаленные результаты, качество жизни.

LONG-TERM RESULTS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER PANCREATONECROSIS SURGERY

N. Sh. Burchuladze, A. G. Beburishvily, I. I. Ryazanova, D. V. Mikhailov

Abstract. The work is based on studying and comparison of long-term results and the quality of life in 119 patients operated on for pancreatonecrosis. All patients were operated from 1980 to 2006 at the faculty surgery clinic using low-invasive technologies as well as conventional laparotomy. The long-term results were studied on the basis of objective research methods. The quality of life was estimated processing two questionnaires: MOS SF-36 and another questionnaire developed at the faculty surgery clinic of VolSMU, for patients operated on for pancreatonecrosis.

Key words: pancreatonecrosis, long-term results, quality of life.

Лечение пациентов с деструктивным панкреатитом является сложной и до конца не решенной проблемой. Внедрение новых лекарственных препаратов и схем консервативной тера-

пии, малоинвазивных технологий и щадящих методов хирургических вмешательств значительно улучшило непосредственные результаты лечения этой группы больных. Однако уровень ле-

тальности по-прежнему остается высоким и составляет 18–35 % [1].

Большинство пациентов с панкреонекрозом подвергаются хирургическим вмешательствам. Причем послеоперационная смертность значительна и составляет 26,6 % [4]. Судьба больных, благополучно выписанных из стационара, неоднозначна. Большинство из них не только не чувствуют себя здоровыми, но и зачастую утрачивают трудоспособность. Причиной подобной ситуации является проявление в отдаленном послеоперационном периоде различных, последствий панкреонекроза и перенесенных операций, а также значительное снижение качества жизни пациентов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Получение новых данных об отдаленных результатах лечения и качестве жизни больных, перенесших малоинвазивные и традиционные оперативные вмешательства по поводу панкреонекроза.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа основана на изучении отдаленных результатов лечения и качества жизни 119 больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу панкреонекроза. Пациенты были оперированы в клинике факультетской хирургии ВолГМУ за период с 1980 по 2006 гг. Средний возраст больных составил 52 года (от 24 до 85 лет). Мужчин было 68 (57,1 %), женщин – 51 (42,8 %). Малоинвазивные хирургические вмешательства перенесли 83 пациента, 36 больных были оперированы с использованием традиционных лапаротомий.

Критериями включения больных в исследование были: 1) наличие в анамнезе оперативного вмешательства по поводу панкреонекроза; 2) отсутствие тяжелой соматической патологии в стадии декомпенсации; 3) информированное согласие больного на участие в исследовании.

Критериями исключения из исследования были: 1) возраст младше 15 лет; 2) обострение сопутствующего заболевания и проведение в связи с этим лечебных мероприятий на момент проводимого исследования; 3) наличие верифицированного хронического алкоголизма; 4) нежелание больного участвовать либо продолжать участие в предлагаемом исследовании.

Дизайн работы предполагал параллельное выполнение двух групп исследований: *I группа* включала в себя объективные методы обследования, позволяющие нам оценить отдаленные результаты хирургического лечения больных, *II группа* исследований предполагала сбор субъективных данных путем анкетирования пациентов с помощью 2 опросников: общего опросника здоровья *MOS SF-36* (Medical Outcomes Study – Short Form) и *специального опросника* здоровья пациента, перенесшего панкреонекроз.

Учитывая необходимость формирования популяционной нормы для сравнительного анализа полученных данных при определении качества жизни пациентов, нами в исследование была также включена группа здоровых лиц из 100 человек (58 мужчин и 42 женщины). Респонденты группы сравнения и основной группы были сопоставимы по полу, возрасту, соматической патологии и социальному статусу.

Сбор объективных данных включал в себя обследование больного как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. При этом использовали: опрос, осмотр пациента и различные методы физикального и инструментального обследования (лабораторное исследование крови, мочи, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), компьютерная томография). Целью обследования было выявление исходов панкреонекроза и последствий хирургического вмешательства.

К исходам панкреонекроза мы относили:

1. Хронический панкреатит с перманентным рецидивом болевого синдрома и проявлениями эндокринной и экзокринной недостаточности.

2. Морфологические изменения структуры поджелудочной железы (ПЖ), включая панкреато- и вируснохолангит, постнекротические кисты ПЖ и парапанкреатического пространства.

3. Формирование наружных и внутренних фистул.

Последствиями хирургического вмешательства считали:

1. Послеоперационные вентральные грыжи.

2. Лигатурные свищи.

3. Абсцессы послеоперационного рубца.

4. Спаечную болезнь органов брюшной полости.

Сбор субъективных данных включал оценку качества жизни путем заполнения пациентом предлагаемых опросников.

Общий опросник MOS SF-36 предполагает изучение всех компонентов качества жизни. Он содержит 36 вопросов, которые объединены в 8 шкал. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами. Более высокая оценка в баллах указывает на более высокий уровень качества жизни [8, 9].

Специальный опросник качества жизни больных, перенесших панкреонекроз, был разработан на кафедре факультетской хирургии ВолГМУ в 2004 г. и прошел все необходимые процедуры по валидации. Он представлен оригинальной картой, которая состоит из 17 вопросов, объединенных в 9 шкал. Опросник содержит в себе два модуля. Вопросы специфического модуля позволяют выявить симптомы основного заболевания и его последствий. Вопросы универсального модуля предназначены для оценки компонентов качества жизни,

являющихся общими для больных с самыми разнообразными заболеваниями. В основу оценки результатов заложена стандартная 5-ранговая шкала R. Licert. Каждый вопрос оценивается в баллах, которые суммируются при объединении в шкалы. Чем ниже полученное значение, тем лучше качество жизни [2, 9].

Опрос пациентов проводили путем интервьюирования либо самостоятельного заполнения предлагаемых карт. Полученные данные нами были подвергнуты статистической обработке с расчетом достоверности величин с применением методов непараметрической статистики и корреляционного анализа в программном пакете SPSS версии 14.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На основе полученных при объективном исследовании данных мы выделили три группы пациентов, имеющих различные отдаленные результаты (табл.1).

I группу составили пациенты с *хорошими отдаленными результатами* ($n = 58$). При опросе респонденты считали себя практически здоровыми. Трудоспособность у них была сохранена в прежнем объеме. Они не нуждались в дополнительном приеме лекарственных препаратов и не придерживались строгой диеты. У этих больных при инструментальном и физикальном обследовании нами не выявлен ни один из исходов ранее перенесенного панкреонекроза и ни одного последствия оперативных вмешательств и манипуляций.

II группу составили больные с *удовлетворительными отдаленными результатами* ($n = 52$). При опросе пациенты отмечали периодически рецидивирующий на фоне погрешностей в диете болевой синдром. Однако трудоспособность при этом у них была сохранена.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от вида операции и характера отдаленных результатов

Характер операций	Отдаленные результаты, абс. (%)			Итого
	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные	
Миниинвазивные операции (МИО)	48 (57,8)	35 (42,1)	0	83
Традиционные лапаротомии (ТЛ)	10 (27,8)	17 (47,2)	9 (25)	36
Всего:	58 (49)	52 (43)	9 (25)	119

Они периодически прибегали к фермент-заместительной терапии и нуждались в диетическом питании. В ходе обследования у некоторых мы

выявили комбинацию исходов ранее перенесенного деструктивного панкреатита либо последствие хирургического вмешательства.

В III группу вошли респонденты с *неудовлетворительными отдаленными результатами* ($n = 9$). Они предъявляли жалобы на рецидивирующий без видимой причины болевой синдром в эпигастрии. Больные придерживались строгой диеты и периодически нуждались в госпитализации в стационар для курса консервативной терапии. Трудоспособность была стойко утрачена на протяжении длительного времени. При инструментальном исследовании мы выявили сочетание нескольких исходов перенесенного панкреонекроза и последствий хирургического вмешательства. В эту группу вошли пациенты, оперированные только традиционным лапаротомным доступом.

Таким образом, больные, оперированные по поводу панкреонекроза, в отдаленном послеоперационном периоде в большинстве случаев достигают хорошего (49 %) и удовлетворительного (44 %) уровня здоровья. И лишь в 7 % наблюдений отдаленные результаты хирургического лечения неудовлетворительны и требуют продолжения консервативной терапии, а зачастую и повторных операций для ликвидации исходов панкреонекроза и последствий хирургических вмешательств.

На основании полученных данных субъективного исследования больных мы изучили их общее и специфическое качество жизни (КЖ).

Для того чтобы выявить связь между объективно верифицированными отдаленными результатами лечения пациентов и качеством их жизни, мы сохранили деление групп, принятое в первом разделе исследования.

При изучении результатов анкетирования в I группе больных с *хорошими отдаленными результатами лечения*, несмотря на относительное благополучие, отмечено снижение общего КЖ по всем шкалам как физического, так и психического функционирования (рис. 1).

Наиболее выраженными оказались изменения по шкалам ролевого физического функционирования (РФФ) и ролевого эмоционального функционирования (РЭФ). Однако следует отметить, что основную лепту в снижении показателей общего КЖ внесла подгруппа пациентов, оперированных "традиционным" доступом. В ней отмечено снижение всех показателей шкал опросника по отношению к популяционной норме: физического функционирования (ФФ) – на 14,6 %, РФФ – на 53 %, РЭФ – на 50,6 %, общего здоровья (ОЗ) – на 13,8 % и интенсивности боли (ИБ) – на 11,2 %.

И напротив, в группе больных, оперированных с использованием малоинвазивных методов, получены показатели по шкалам социального функционирования (СФ), психического здоровья

(ПЗ), ОЗ и ИБ, близкие к популяционной норме. Отклонения по шкалам РЭФ (13,2 %) и РФФ (19,5 %) мы расценили как умеренные.

Анализируя результаты анкетирования пациентов, используя специальный опросник, мы обнаружили незначительное снижение *специфического КЖ* у больных с хорошими отдаленными результатами (рис. 2).

Сравнительный анализ специфического КЖ между подгруппами с "традиционными" оперативными вмешательствами и МИО выявил более лучшие показатели в последней по шкалам диспепсии (Д), питания (П), социальной адаптации (СА) и эмоционального функционирования (ЭФ).

Таким образом, уровень КЖ у лиц с хорошими отдаленными результатами, несмотря на отсутствие исходов панкреонекроза и последствий перенесенного хирургического вмешательства, уступает популяционной норме. Тенденция к снижению КЖ была отчетлива при оценке общего здоровья пациентов. Определение специфического КЖ этой же группы больных показало, что данное снижение КЖ связано не только с общесоматическими и социальными проблемами пациентов, но и с ранее перенесенным деструк-

тивным панкреатитом. Сравнение полученных результатов в подгруппах с "традиционными" и миниинвазивными вмешательствами отчетливо указывало на преимущество последних. Лица этой подгруппы по уровню КЖ, как правило, приближались к уровню жизни популяционной нормы.

Во II группе больных с *удовлетворительными отдаленными результатами лечения* общее КЖ было снижено по всем шкалам опросника на 10–52 % от популяционной нормы. Наиболее выраженное снижение отмечено по шкалам ФФ (34,1 %), РФФ (52,1 %), ИБ (22,3 %), ОЗ (28,6 %), РЭФ (37,5 %), ПЗ (8,3 %). Однако КЖ по шкалам жизнеспособности (Ж), СФ и ПЗ приближалось к популяционной норме. Примечательно то, что существенных различий в КЖ у пациентов II группы в зависимости от характера оперативных вмешательств нами не обнаружено (рис. 3).

Показатели специфического КЖ однозначно указывали на его снижение по шкалам ОЗ, СА, ЭФ, абдоминальной боли (АБ) и жизненной активности (ЖА) относительно популяционной нормы. Однако в этой же группе отмеченное снижение показателей по шкалам Д, П и желтухи менее выражено (рис. 4).

Ошибка! Объект не может быть создан из кодов полей редактирования. Ошибка! Объект не может быть создан из кодов полей редактирования.

Рис. 1. Профиль общего КЖ в группе хороших отдаленных результатов после ТЛ и МИО

Рис. 2. Профили специфического КЖ популяционной нормы и больных с хорошими отдаленными результатами после ТЛ и МИО

Ошибка! Объект не может быть создан из кодов полей редактирования. Ошибка! Объект не может быть создан из кодов полей редактирования.

Рис. 3. Профиль общего КЖ больных в группе удовлетворительных отдаленных результатов

Рис. 4. Профили специфического КЖ популяционной нормы и больных с удовлетворительными отдаленными результатами после "традиционных" и миниинвазивных вмешательств

Таким образом, в группе пациентов с удовлетворительными отдаленными результатами нами было отмечено снижение КЖ как общего, так и специфического. Причем столь очевидная диссоциация показателей среди пациентов с "традиционными" и миниинвазивными вмешательствами в I и во II группах была нивелирована. Последнее мы расцениваем как следствие возникновения у пациентов исходов панкреонекроза и последствий хирургического лечения.

В III группе больных с *неудовлетворительными отдаленными результатами* общее КЖ снижено на 25–72 % относительно популяционной нормы. Отклонение от последнего отмечено по всем шкалам как физического, так и психического компонентов здоровья (рис. 5).

Ухудшение показателей физического здоровья общего КЖ было связано со снижением устойчивости к физической нагрузке, изменением образа жизни после операции, возникновением исходов панкреонекроза и последствий хирургического вмешательства. Как следствие, у паци-

ентов развивается эмоциональная нестабильность и социальная дезадаптация в обществе.

Специфическое КЖ, в отличие от общего, было снижено, КЖ – менее выражено. Отклонение от популяционной нормы составило 11–36 % ($p < 0,05$) (рис. 6).

Ошибка! Объект не может быть создан из кодов полей редактирования.

Рис. 5. Профиль общего КЖ популяционной нормы и больных с неудовлетворительными отдаленными результатами после "традиционных" вмешательств

Ошибка! Объект не может быть создан из кодов полей редактирования.

Рис. 6. Профиль специфического КЖ популяционной нормы и больных с неудовлетворительными отдаленными результатами после "традиционных" вмешательств

Полученные результаты указывали на значительное снижение КЖ респондентов не только за счет исходов и последствий хирургических вмешательств, но и усугубления других сомати-

ческих недугов на фоне имеющихся морфологических и функциональных расстройств ПЖ.

ра того или иного способа хирургического вмешательства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом:

1. Пациенты, оперированные по поводу панкреонекроза, в отдаленном периоде, как правило, сохраняют трудоспособность. Лишь в 7% наблюдений нами отмечена стойкая утрата трудоспособности, что обусловлено наступлением исходов панкреонекроза и последствий оперативных вмешательств. Во всех случаях это были лица, перенесшие традиционные лапаротомные вмешательства.

2. Хорошие и удовлетворительные результаты достигаются чаще всего у лиц, оперированных с использованием миниинвазивных технологий.

3. КЖ пациентов, перенесших панкреонекроз, несмотря на хорошие отдаленные результаты, снижено, причем уровень КЖ в равной степени зависит как от общесоматических и социальных проблем, так и от исходов панкреонекроза и последствий оперативных вмешательств.

4. КЖ больных с хорошими отдаленными результатами, как правило, у лиц с МИО приближено к популяционной норме.

5. Показатели КЖ, несмотря на субъективность собранной информации, вполне объективно отражают состояние общего здоровья пациента и служит дополнительным поводом для выбора
УДК 616.33–002.44–005.1–08

ЛИТЕРАТУРА

1. *Нестеренко Ю. А., Лаптев В. В., Михайлу-сов С. В.* Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. – М.: БИНОМ-Пресс, 2004. – 304 с.

2. *Новик А. А., Ионова Т. И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС, Звездный мир, 2002. – 320 с.

3. *Савельев В. С., Филимонов М. И., Гельфанд Б. Р.* и др. Острый панкреатит как проблема urgentной хирургии и интенсивной терапии // *Cons. Med.* – 2000. – Т. 2, № 1.

4. *Савельев В. С., Филимонов М. И., Бурневич С. З.* // *Анналы хирургии.* – 2003. – № 3. – С. 30–35.

5. *Толстой А. Д., Багненко С. Ф., Красногоров В. Б.* и др. // *Хирургия.* – 2005. – № 7. – С. 19–23.

6. *Филимонов М. И., Бурневич С. З., Игнатенко Ю. Н.* // *Анналы хирургии.* – 2004. – № 3. – С. 26–29.

7. *Endlicher E., Volk M., Feuerbach S., et al.* // *Hepato-gastroenterology.* – 2003. – Vol. 50 (54). – P. 2225–2228.

8. *Ware J. E., Show K. K., Kosinski M., et al.* SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / The Health Institute, New England Medical Center. – Boston: Mass, 1993.

9. *Ware J. E., Kosinski M., Keller S. D.* SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual // The Health Institute, New England Medical Center. – Boston: Mass, 1994.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Н. А. Никитин, Т. П. Коршунова

Кировская государственная медицинская академия

Предложены пути оптимизации лечебной тактики при гастродуоденальных язвенных кровотечениях на основе балльной оценки прогноза риска рецидива кровотечения в стационаре и учета роли ассоциированной с *Helicobacter pylori* микрофлоры в генезе его рецидива. Сравнительный анализ применения оптимизированной тактики у 301 больного показал ее эффективность по сравнению с применением у 333 больных тактики, декларативно принятой на 8 Всероссийском съезде хирургов.

Ключевые слова: гастродуоденальные язвенные кровотечения, лечение.

OPTIMISATION OF TREATMENT OF GASTRODUODENAL ULCEROUS HEMORRHAGES

N. A. Nikitin, T. P. Korshunova

Abstract. Authors propose upgraded treatment of patients with gastroduodenal ulcerous hemorrhage using a score-based prognostic system for prediction of hemorrhage recurrence in in-patient settings, and estimation of the role played by *H. pylori*- associated microflora in the development of hemorrhage recurrence. A comparative analysis of the results of upgraded treatment in 301 patients proved its effectiveness in comparison with treatment of the 333 patients using conventional tactics adopted at the 8th all-Russian Surgeons' Congress.

Key words: gastroduodenal hemorrhage, treatment.

В структуре летальности от язвенной болезни гастродуоденальные язвенные кровотечения (ГДЯК) занимают первое место [5, 9, 11]. Нередко

причиной развития летального исхода выступает принятие решения о выполнении операции на фоне рецидива кровотечения в стационаре, ко-