

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.62-003.7-056.4

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА
ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

*С.В. Тарасенко, О.В. Зайцев, А.А. Копейкин,
Т.С. Рахмаев, А.А. Натальский, И.В. Баконина*

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Рязань

Произведено сравнительное изучение качества жизни по шкале SF-36 трех групп пациентов: 1-я – больные язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (n=44), 2-я и 3-я – респонденты, перенесшие, соответственно, резекцию желудка в модификации Бильрот-I (n=75) и Бильрот-II (n=34). Качество жизни пациентов, перенесших резекцию желудка как по Бильрот-I, так и по Бильрот-II, оказалось достоверно выше качества жизни пациентов, страдающих язвенной болезнью. Качество жизни пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-I, по шкалам физического функционирования и общего показателя здоровья достоверно выше качества жизни пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II. Сравнительное изучение качества жизни респондентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-I в трубковидном и классическом вариантах не выявило достоверных различий ни по одной шкале SF-36.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, резекция желудка, качество жизни.

Оценка качества жизни пациентов, оперированных по поводу язвенной болезни, является принципиально важной составляющей мониторинга эффективности лечения и, следовательно, позволяет определить показания к выполнению того или иного варианта оперативного вмешательства [2,4]. Резекция желудка и в настоящее время остается одной из наиболее частых операций по поводу осложненной язвенной болезни, но литературные данные о качестве жизни больных с резецированным желудком противоречивы, поэтому особый интерес представляют дальнейшие работы в этом направлении.

Цель исследования: Провести сравнительный анализ качества жизни пациентов, страдающих язвенной болезнью, и пациентов, перенесших различные модификации резекции желудка.

Материал и методы

Путем случайного отбора сформировано три исследуемых группы:

1-я группа – пациенты, страдающие язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (44 человека). Критерием включения являлось: эндоскопически подтвержденное обострение язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки в течение 12 месяцев, предшествующих исследованию. Критерии исключения: анамнестически подтвержденная связь обострения язвенной болезни с приемом НПВС, тяжелые сопутствующие заболевания (сахарный диабет, онкологические заболевания).

2-я группа – пациенты, перенесшие резекцию желудка по Бильрот-I (75 человек) в двух модификациях – классической (43 пациента) и трубковидной (32 человека),

3-я группа – пациенты, перенесшие резекцию желудка по Бильрот-II (34 человека).

Критериями исключения для 2-й и 3-й группы являлись: срок менее 1 года с момента операции, тяжелые сопутствующие

заболевания, отсутствие документально подтвержденных сведений о модификации выполненной резекции желудка.

Подробная характеристика групп пациентов дана в таблице 1.

Таблица 1

Клиническая характеристика больных, включенных в исследование

Параметры	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Число пациентов, n	44	75	34
Возраст (M±σ), лет	37,92±18,21	43,05±14,14	41,25±13,37
Время с момента операции (M±σ), лет	-	3,41±2,76	3,14±2,33

Изучение качества жизни проводилась при помощи общего опросника Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) [6]. В ходе обследования пациенты самостоятельно заполняли анкету. Статистическая обработка результатов выполнялась на персональном компьютере с использованием пакета анализа программы “Excel 2007”, рассчитывалось среднее арифмети-

ческое и стандартное отклонение для каждой из групп. Анализ достоверности различий проводился при помощи критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования по шкале SF-36 представлены в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительные результаты качества жизни пациентов, страдающих язвенной болезнью, и респондентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-I и по Бильрот-II

	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Физическое функционирование (PF)	74,59 ±21,86	76,13 ±19,88	75,06 ±21,51
Роловое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	53,48 ±20,15	60,93 ±18,51*	54,21 ±14,13**
Интенсивность боли (BP)	52,84 ±13,18	58,31 ±11,65*	57,62 ±11,88*
Общее состояние здоровья (GH)	54,05 ±14,83	59,95 ±14,52*	54,21 ±12,96**
Жизненная активность (VT)	52,82 ±16,74	59,44 ±15,37*	58,76 ±14,37*
Социальное функционирование (SF)	65,30 ±14,67	68,44 ±14,99	68,97 ±15,22
Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	51,41 ±20,11	58,55 ±20,22*	58,97 ±19,43*
Психическое здоровье (MH)	59,89 ±15,67	58,31 ±11,65	59,03 ±12,90

* – статистически достоверная разница ($p \leq 0,05$) по сравнению с группой больных язвенной болезнью

** – статистически достоверная разница ($p \leq 0,05$) по сравнению с группой больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-I

Качество жизни пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-I, по большинству шкал превышает показате-

ли пациентов, страдающих язвенной болезнью: по шкале физического функционирования – на 2,1%, по шкале роле-

вого физического функционирования – на 13,9%, по шкале боли – на 10,9%, общего здоровья – на 10,3%, по шкале жизнеспособности – на 12,5%, социального функционирования – на 4,8%, ролевого эмоционального функционирования – на 13,9%. По шкале психологического здоровья выявлено незначительное снижение показателя – на 2,6%. Статистически значимые различия получены по шкалам ролевого физического и эмоционального функционирования, интенсивности боли, общего состояния здоровья и жизненной активности.

Качество жизни пациентов, перенесших резекцию желудка в модификации Билрот-II, также по большинству показателей превосходит показатели больных язвенной болезнью: по шкале физического функционирования – на 0,6%, по шкале ролевого физического функционирования – на 1,4%, по шкале боли – на 9%, общего здоровья – на 0,3%, по шкале жизнеспособности – на 11,3%, социального функционирования – на 5,6%, ролевого эмоционального функционирования – на 14,7%. Статистически достоверные отличия выявлены по шкалам боли, жизнедеятельности и ролевого эмоционального функционирования.

Произведено сравнение параметров качества жизни больных, радикально оперированных по поводу язвенной болезни со средними показателями популяционной выборки городского населения РФ. Популяционные показатели взяты из литературных данных [1], при этом средний возраст респондентов выборки ($42,3 \pm 15,0$ лет) примерно соответствовал среднему возрасту исследуемых пациентов.

Оказалось, что качество жизни пациентов после хирургического лечения язвенной болезни по нескольким шкалам даже превышает показатели здоровых лиц. Это превышение более характерно для группы пациентов перенесших резекцию желудка по Билрот-I и наблюдалось по шкалам ролевого физического функционирования, общего состояния здоровья, жизненной активности и ролевого эмоционального функционирования. Факт

«супернормального» качества жизни больных язвенной болезнью в ремиссии был отмечен ранее и другими исследователями [3]. Объяснением этому может служить то, что в периоде ремиссии язвенной болезни происходит полное восстановление ранее нарушенных функций. Наблюдается феномен психологического маятника, когда после длительно протекающего заболевания вдруг появляется возможность нормально питаться, боли исчезают, повышается физическая активность, что ведет к гипероценке больным своего физического, эмоционального и социального статуса [4,5].

Таким образом, у пациентов в отдаленном послеоперационном периоде после резекции желудка по Билрот-I, уровень качества жизни превосходил аналогичный показатель у респондентов, страдающих язвенной болезнью. Особенно отличались в лучшую сторону характеристики физического состояния, которое у больных язвенной болезнью по сравнению со здоровыми людьми серьезно ограничивало повседневную и трудовую деятельность. У больных язвенной болезнью значительной интенсивности достигал болевой синдром, была существенно снижена активность больных и повышена их утомляемость, следствием этого явилось выраженное ограничение жизненной активности. В то же время, отсутствовало значимое снижение социальной активности, как в группе оперированных, так и не оперированных больных, что свидетельствует об отсутствии социальной редукции по сравнению со здоровыми лицами. Радикальное оперативное лечение язвенной болезни способствовало достоверному восстановлению жизненной активности пациента, значительному улучшению эмоционального настроения.

При сравнении качества жизни пациентов, перенесших разные модификации резекции желудка, выяснилось, что по большинству шкал уровень жизни пациентов, перенесших резекцию желудка по Билрот-I, превышал аналогичные показатели пациентов, имевших в анамнезе резекцию желудка по Билрот-II. Наибо-

лее значительные и статистически достоверные отличия наблюдались по шкалам ролевого физического функционирования (11%) и общего здоровья (9,6%). Это наблюдение свидетельствует о существенных адаптационных резервах организма, позволяющих нивелировать ряд функциональных нарушений, обусловленных заболеванием. Более всего у больных страдало ролевое функционирование, что отражало значительное ограничение объема их повседневной деятельности. Вероятно, это связано с более частым развитием пострезекционных синдромов после резекции желудка по Бильрот-II, более глубоким вмешательством в жизнь организма.

Во всех трех исследуемых группах средний показатель психического здоро-

вья практически не отличался от среднего в популяции. Этот результат не подтверждает распространенного мнения о более выраженных психосоматических реакциях как у пациентов, страдающих язвенной болезнью, так и у пациентов, перенесших резекцию желудка.

Для изучения качества жизни пациентов, перенесших трубковидную резекцию желудка по Бильрот-I, проведена сравнительная оценка их показателей по шкалам опросника SF-36 с показателями пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-I в классическом варианте. Для этого группа пациентов, имевших в анамнезе резекцию по Бильрот-I, разделена на две соответствующие подгруппы (табл. 3).

Таблица 3

Сравнительные результаты качества жизни пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-I в различных модификациях

	Бильрот-I в классическом варианте, М±σ (n=43)	Трубковидная резекция по Бильрот-I, М±σ (n=32)
Физическое функционирование (PF)	75,30±21,61	77,12±17,98
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	60,27±18,11	61,72±19,31
Интенсивность боли (BP)	58,30±13,95	58,32±8,37
Общее состояние здоровья (GH)	58,83±13,19	61,28±16,14
Жизненная активность (VT)	58,47±16,13	60,60±14,65
Социальное функционирование (SF)	68,03±15,27	68,92±14,96
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	58,03±22,59	59,16±17,38
Психическое здоровье (MH)	58,30±13,95	58,32±8,37

Очевидно, что показатели обеих подгрупп по всем шкалам были очень близки друг к другу, и ни по одной шкале статистически достоверных различий выявлено не было.

Выводы

1. Качество жизни пациентов, перенесших резекцию желудка как по Бильрот-I, так и по Бильрот-II, достоверно выше качества жизни пациентов, страдающих язвенной болезнью.

2. Качество жизни пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-I, по шкалам физического функционирования и общего показателя здоровья достоверно выше качества жизни пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II.

3. Уровень качества жизни пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-I в трубковидном и классическом варианте, достоверно не отличается.

Литература

1. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 / В.Н. Амирджанова [и др.] // Науч.-практ. ревматология. – 2008. – №1. – С. 36-48.
2. Афендулов С.А. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни / С.А. Афендулов, Г.Ю. Журавлев, А.Д. Смирнов // Хирургия. – 2006. – №5. – С. 26-30.
3. Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до и после хирургического лечения / Д.М. Кадыров [и др.] // Хирургия. – 2009. – №10. – С. 15-19.
4. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
5. Maslow A.H. Motivation and personal / A.H.Maslow. – New York: Harper, 1970. – 96 с.
6. Health survey: Manual and interpretation guide / J.E. Ware [et al.]; The Health Institute, New England Medical Center. – Boston, 2003. – 189 p.

THE LIFE QUALITY OF THE PATIENTS WHO HAVE SUSTAINED THE PARTIAL GASTRECTOMY CONCERNING THE PEPTIC ULCER

*S.V. Tarasenko, O.V. Zaitsev, A.A. Kopeykin, T.S. Rahmaev,
A.A. Natalsky, I.V. Bakonina*

A life quality comparative studying on scale SF-36 of three groups of patients is made: 1st – peptic ulcer disease patients (n=44), 2nd and 3rd – the respondents who have sustained, accordingly, a partial gastrectomy by Bilrot-I (n=75) and Bilrot-II (n=34). A life quality of the patients who have sustained a partial gastrectomy both on Bilrot-I, and on Bilrot-II, has appeared authentically above quality of a life of the patients, suffering a peptic ulcer. A life quality of the patients who have sustained a partial gastrectomy by Bilrot-I, on scales of physical functioning and the general health is authentic above quality of a life of the patients who have sustained a partial gastrectomy by Bilrot-II. Comparative studying of quality of a life of the respondents who have sustained a partial gastrectomy by Bilrot-I in tubular and classical variants has not taped authentic differences on one scale SF-36.

Key words: gastric ulcer and duodenal ulcer, gastric resection, quality of life.

Зайцев О.В. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России, г. Рязань.
E-mail: root@ryazgmu.ryazan.ru.

Тарасенко С.В. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России, г. Рязань.
E-mail: root@ryazgmu.ryazan.ru.