

УДК 616.342-002.44-089

О.А. Краснов

E-mail: xo1@mail.ru

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ, У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПЕРФОРАТИВНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

МУЗ «Городская клиническая больница № 3
им. М.А. Подгорбунского», г. Кемерово

ВВЕДЕНИЕ

Проблема хирургического лечения язвенной болезни (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДК) становится все более актуальной не только в России, но и за рубежом. А такое грозное осложнение ЯБ ДК, как прободение, встречается у пациентов наиболее трудоспособного возраста. Ежегодно в Европе от осложнений ЯБ умирает более 20 тысяч пациентов. В России количество операций по поводу перфоративной язвы ДК за последние годы увеличилось в 1,5-2 раза. [8, 9].

История хирургического лечения перфоративных язв начинается с XIX века, когда в 1880 г. Miculicz впервые ушил перфоративную язву ДК, а в 1897 г. Ф.Ф. Либих первым успешно выполнил такую операцию в России [11]. В настоящее время в арсенале абдоминальных хирургов имеется целый ряд способов и модификаций оперативного лечения перфоративных язв ДК, от органосохраняющих (с использованием различных видов ваготомий, дренирующих операций) до резекционных, включая видеолaparоскопические технологии, применяющиеся с 90-х годов прошлого века. Все известные операции, включая органосохраняющие, имеют как достоинства, так и недостатки. В частности, при отмене простого ушивания, несмотря на успехи современного медикаментозного лечения ЯБ ДК, у 85% пациентов наступает рецидив заболевания, а у 10 – 15% больных возврат заболевания регистрируется даже на фоне проводимого консервативного лечения [8, 9]. Частота рецидивов язвы после селективной ваготомии в сроки от 10 лет остается относительно высокой и достигает, по данным большинства авторов, 10-15% и более [6,14].

Использование пилоропластики и стволовой ваготомии приводит к рецидивам в меньшем числе наблюдений (около 7%) [7], однако парасимпатическая денервация органов брюшной полости, которая неизбежна при такой операции, характеризуется большой частотой развития постваготомических расстройств [6,12].

После селективной проксимальной ваготомии (СПВ) быстрее восстанавливается трудоспособность

оперированных больных, гораздо реже развиваются демпинг-синдром, диарея, желудочный стаз [4, 7], что выгодно отличает ее от вмешательств со стволовой и селективной ваготомией. М.И. Кузин с соавт. (1986) не наблюдали ни одного рецидива заболевания на протяжении 5 лет [3]. Наряду с указанными плюсами следует отметить, что механическая СПВ в видеолaparоскопическом исполнении является длительным, технически сложным, дорогостоящим оперативным вмешательством и может выполняться в ограниченном числе лечебных учреждений [1, 8].

Критерии оценки результатов лечения пациентов с ЯБ ДК широко известны. Основным из них является процент рецидивов при том или ином способе операции, который напрямую зависит от уровня кислотно-протеолитической активности желудка. Однако даже при отсутствии рецидива, как описывалось выше, после операций могут развиваться специфические постваготомические расстройства. Всё это в совокупности влияет на степень комфортности человека как в своем внутреннем мире, так и в рамках общества – на качество жизни. За последние годы интерес ученых к понятию «качество жизни» значительно возрос. В современной литературе используется термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (КЖСЗ), и он является неотъемлемым элементом медицины сегодняшнего дня, мерой эффективности лечения в значительном количестве клинических исследований. Использование этого показателя стало повсеместным, и его важность в оценке успешности или неудачи лечения уже не вызывает сомнений. С 1995 г. во Франции функционирует международная некоммерческая организация по изучению КЖСЗ – Институт МАРІ, занимающийся координацией работ по разработке анкет и их культурной адаптации к различным языковым и экономическим формациям. В России для апробации, валидации, культурной адаптации для отечественного использования создан и функционирует Межнациональный Центр исследования качества жизни (МЦИКЖ, г. Санкт-Петербург) [2]. Как известно, принципиально существует два типа опросников – общие и специальные (частные). Каждый из них в отдельности имеет свои недостатки. В частности, общие опросники, направленные на оценку здоровья населения, позволяют сравнивать КЖСЗ в популяционных группах как здоровых людей, так и пациентов с другими хроническими заболеваниями, но не учитывают важные клинические изменения. Специальные опросники, созданные для отдельных заболеваний, отражают проблемы, наиболее важные для конкретной нозологической формы, и могут не учитывать неспецифические эффекты [2].

Для того, чтобы иметь на руках объективные данные по всем сферам жизнедеятельности и в то же время адекватно оценить изменения КЖСЗ в зависимости от эффективности конкретного метода операции для групп больных, рекомендуется одновременное использование двух опросников – общего и специального.

Целью нашего исследования было изучение качества жизни, связанного со здоровьем, у больных, перенёсших органосохраняющие операции по поводу перфоративных язв двенадцатиперстной кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для исследования было сформировано 5 групп больных, оперированных по поводу перфоративной язвы ДК в хирургическом отделении №1 МУЗ «ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского» г. Кемерово за период с 1999 по 2005 гг. Пациентам первых трёх групп выполнялась лапаротомия с ушиванием перфоративной язвы ДК, при этом в группе 1 ваготомия не проводилась (n=41); больным группы 2 (n=118) дополнительно проведена СПВ методом скелетирования по Holle-Hart [13]; в группе 3 (n=152) ушивание перфоративной язвы ДК дополнялось СПВ методом химической денервации. Пациентам двух других групп выполнялось видеолaparоскопическое ушивание перфоративной язвы ДК. Группу 4 составили 56 больных (с изолированным ушиванием). Пациентам группы 5 (n=64) дополнительно проводилась видеолaparоскопическая комбинированная ваготомия по оригинальной авторской методике (RU 2268658 С2), которая заключалась в выполнении задней стволовой ваготомии и передней СПВ методом химической денервации.

Возраст оперированных больных варьировал от 16 до 67 лет ($46,2 \pm 1,42$).

Из исследования исключены пациенты женского пола, лица, которым когда-либо выполнялись другие операции на органах брюшной полости, пациенты с имевшейся несостоятельностью швов в раннем послеоперационном периоде, с возникшими послеоперационными вентральными грыжами и с сопутствующей патологией в стадии декомпенсации.

Также была создана группа относительно здоровых жителей г. Кемерово в количестве 30 человек, с которыми проводилось сравнение групп оперированных больных. Пациенты изученных групп были полностью сопоставимы по всем параметрам.

КЖСЗ у оперированных пациентов оценивалось по двум опросникам. В качестве общего использовался «The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey» (MOS SF-36), разработанный J.E. Ware (1992, 1993, 1998) [16, 17], адаптированный МЦИКЖ в 1999 г. и состоящий из 36 вопросов, которые позволяют количественно определить КЖСЗ пациента по восьми критериям: физическая активность, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, физическая боль, общее восприятие здоровья, жизнедеятельность, социальная активность, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, психическое здоровье.

В качестве специального опросника использовался «Gastrointestinal Symptom Rating Scale» (GSRS), разработанный I. Wiklund в 1998 г. и адаптированный для отечественного использования МЦИКЖ. Он состоит из 15 вопросов, позволяющих оценить следующие параметры: абдоминальная боль, рефлюкс-синдром, диарейный синдром, диспепсический синдром, синдром запоров, суммарное измерение параметров [2, 5, 15].

Анкетирование пациентов проводилось путем рассылки писем с бланками опросников в сроки через 1 месяц, полгода, 1, 3 и 5 лет после операции.

Показатели, полученные в ходе исследований, обработаны методами вариационной статистики. Результаты исследования представлены в виде среднего значения (M) и стандартной ошибки среднего (m) изучаемых показателей. При нормальном распределении (проверяемом по критерию Колмогорова-Смирнова) статистическая значимость различий показателей

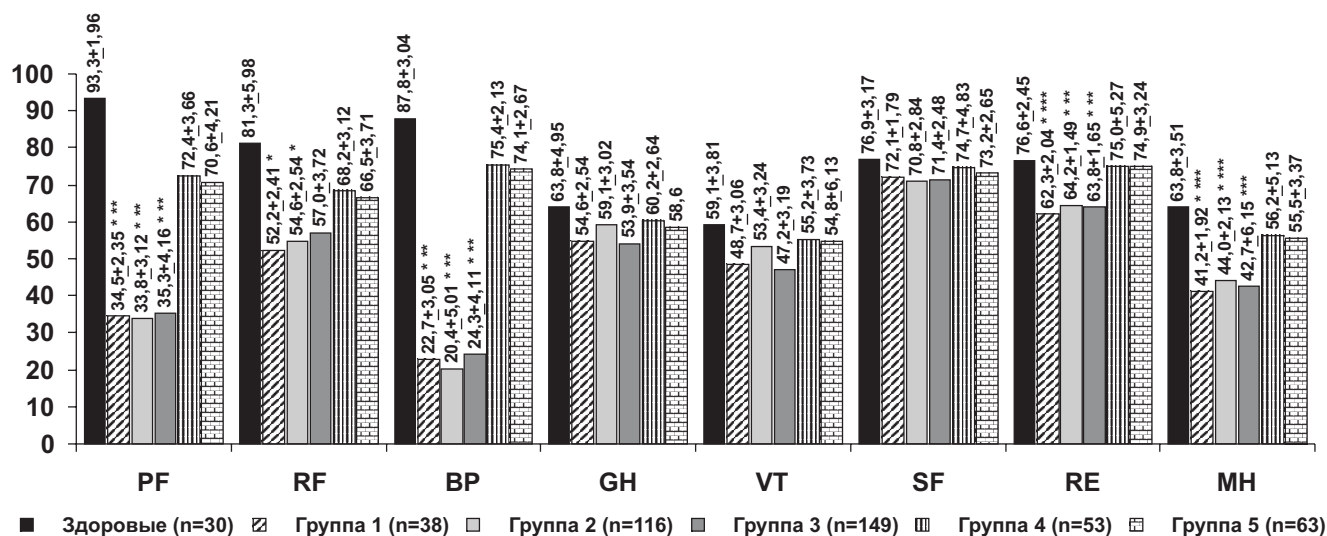


Рис. 1. Результаты изучения КЖСЗ по опроснику «MOS SF-36» в изучаемых группах через 1 месяц после операции

Примечание: * – $p < 0,001$ – достигнутый уровень значимости различий показателя по сравнению с группой здоровых.

** – $p < 0,001$; *** – $p < 0,05$ – достигнутый уровень значимости различий показателя по сравнению с группами видеолaparоскопических операций

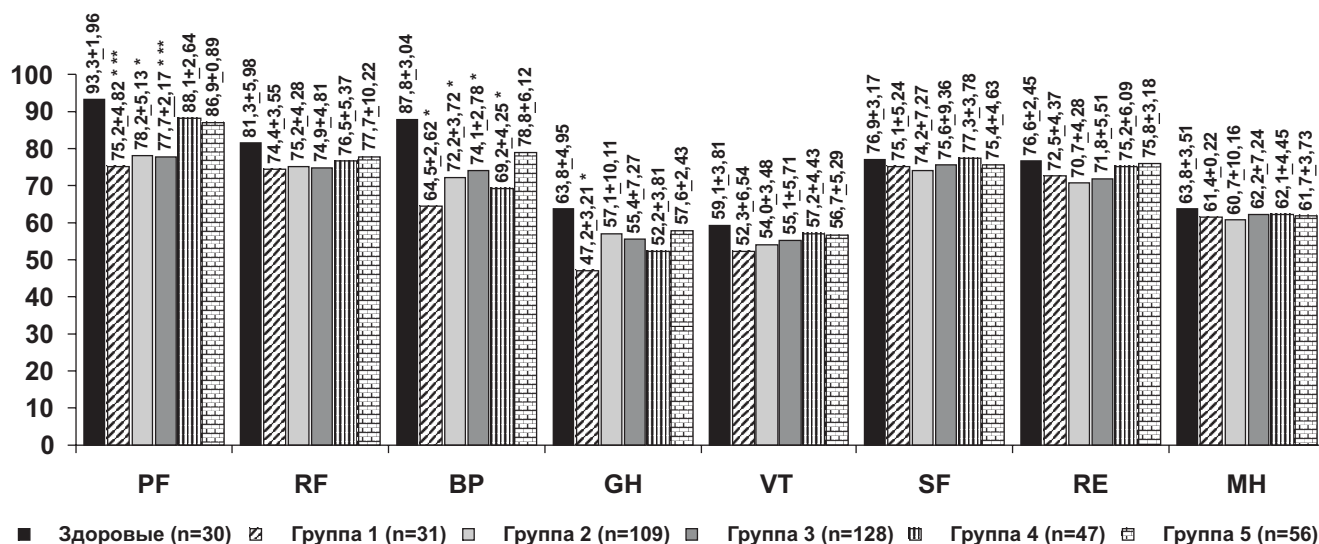


Рис. 2. Результаты изучения КЖСЗ по опроснику «MOS SF-36» в изучаемых группах через 6 месяцев после операции

Примечание: * – $p < 0,001$ – достигнутый уровень значимости различий показателя по сравнению с группой здоровых.

** – $p < 0,05$ – достигнутый уровень значимости различий показателя по сравнению с группами видеолaparоскопических операций

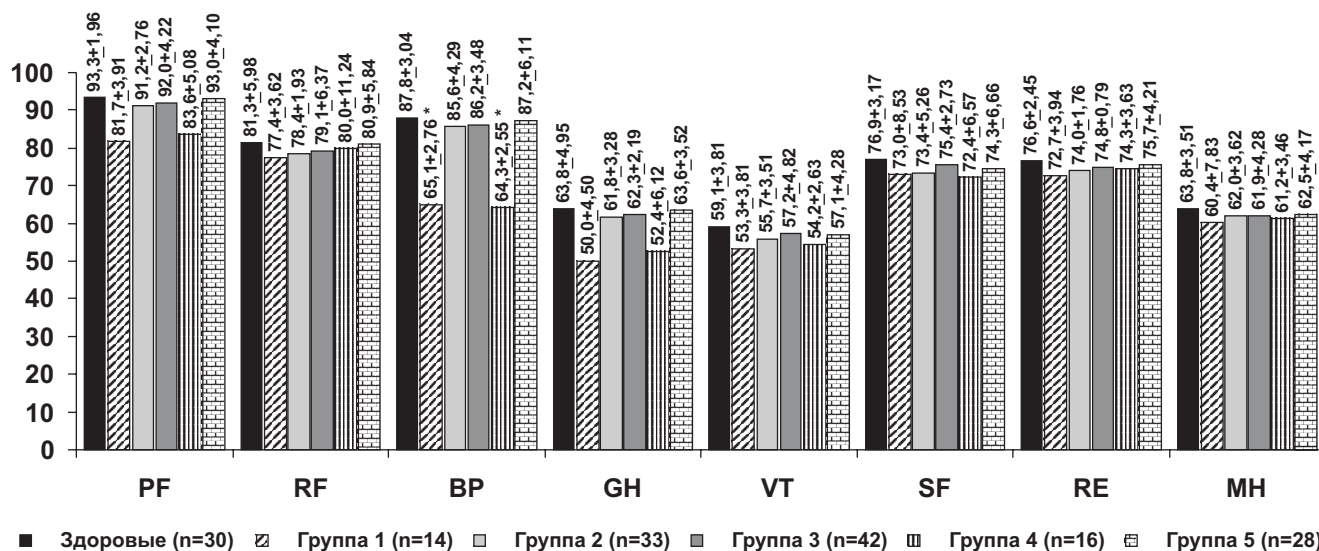


Рис. 3. Результаты изучения КЖСЗ по опроснику «MOS SF-36» в изучаемых группах через 5 лет после операции

Примечание: * – $p < 0,001$ – достигнутый уровень значимости различий показателя по сравнению с группой здоровых и группами с ваготомией

между группами определяли с помощью t-критерия Стьюдента. Критический уровень значимости p принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты анкетирования по общему опроснику MOS SF-36 представлены на рис. 2-6.

Через месяц после оперативного вмешательства (рис. 1) во всех группах имеется статистически значимое снижение показателей по критериям PF (физическое функционирование – субъективная оценка респондентом объема своей повседневной физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья на момент опроса), RF (ролевое физическое функционирование – субъективная оценка респондентом сте-

пени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной проблемами со здоровьем), BP (боль – роль субъективных болевых ощущений респондента в ограничении его повседневной деятельности). При этом статистически значимо различаются показатели между группами больных, которым выполнялась лапаротомия (группы 1, 2, 3), и группами больных, которым выполнялись видеолaparоскопические вмешательства (группы 4, 5). Такое различие между показателями связано со сроками послеоперационного периода, в которые снижается физическая активность пациентов и проявляются различные виды соматических болевых ощущений, более выраженных у больных с лапаротомией в анамнезе. Кроме указанных критериев имеется вполне объяснимое снижение показателей по психологическому здоровью (MH – субъектив-

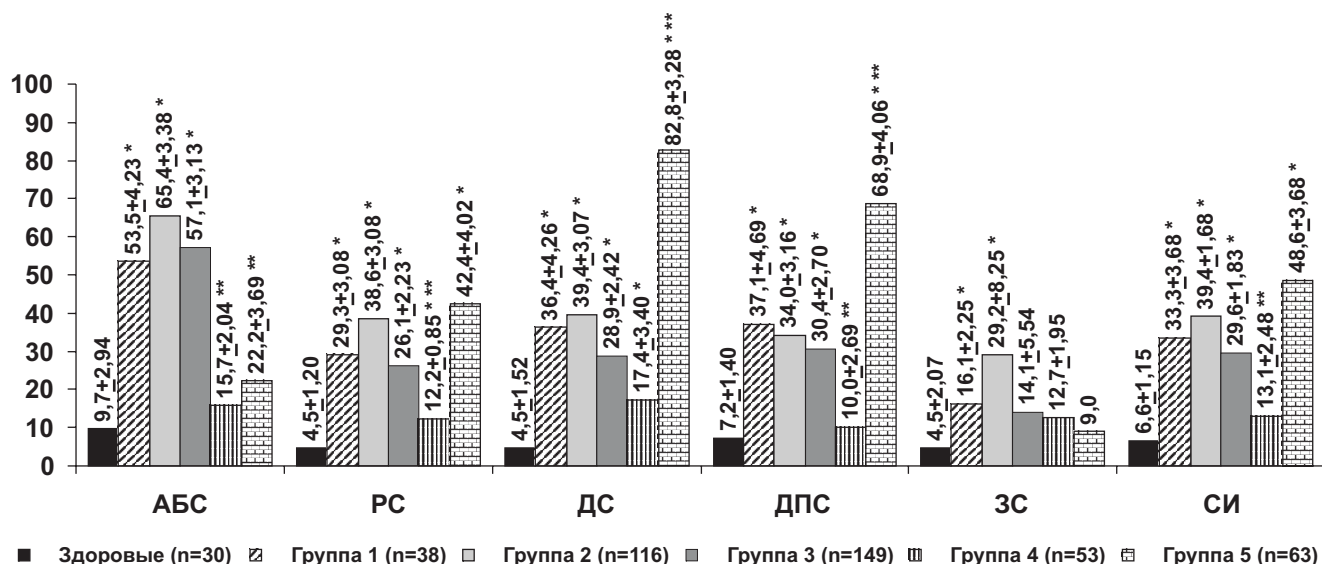


Рис. 4. Результаты изучения КЖСЗ по опроснику «GRSR» в изучаемых группах через 1 месяц после операции

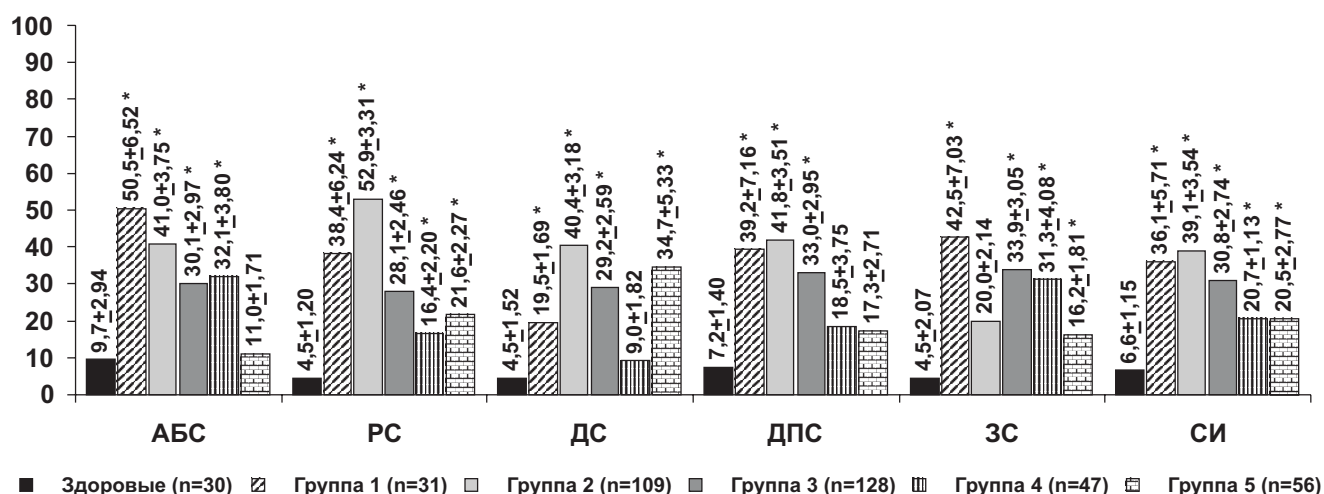
Примечание: * - $p < 0,001$ – достигнутый уровень значимости различий показателя по сравнению с группой здоровых.** - $p < 0,001$ – достигнутый уровень значимости различий показателя по сравнению с группами видеолaparоскопических операций

Рис. 5. Результаты изучения КЖСЗ по опроснику «GRSR» в изучаемых группах через 6 месяцев после операции

Примечание: * - $p < 0,001$ – достигнутый уровень значимости различий показателя по сравнению с группой здоровых

ная оценка респондентом своего настроения) и роли эмоциональных проблем в жизнедеятельности (RE) между группами больных после лапаротомии (группы 1, 2, 3) и видеолaparоскопии (группы 4, 5; $p < 0,05$).

Изучение КЖСЗ по опроснику MOS SF-36 через 6 месяцев после операций по поводу перфоративной язвы ДК (рис. 2) показывает приближение показателей по всем критериям к диаграмме относительно здоровых людей, при этом наиболее низкие результаты получены у больных с изолированным ушиванием перфоративной язвы (группы 1, 4).

Диаграммы больных по шкалам опросника MOS SF-36 через 1, 3 и 5 лет после операции очень схожи. При их изучении обращает на себя внимание стойкое снижение показателей по шкале ВР (боль) в группах после изолированного ушивания перфоративных язв (группы 1, 4), статистически значимо отличаю-

щиеся от групп после выполненных операций в сочетании с ваготомией (группы 2, 3, 5). Такое снижение показателей мы связываем с наличием у больных с изолированным ушиванием перфоративной язвы ДК абдоминального болевого синдрома, обусловленного течением и обострениями ЯБ ДК, которая либо не поддавалась последующей консервативной терапии, либо последняя не проводилась вовсе (рис. 3). Наличие болевого синдрома отразилось на статистически незначимом снижении показателей по шкалам GH (общее здоровье) и VT (жизнеспособность – субъективная оценка респондентом его жизненного тонуса), которые, как нам кажется, напрямую зависят от изменений результатов по шкале ВР. По другим шкалам опросника показатели приближались к диаграмме относительно здоровых жителей города.

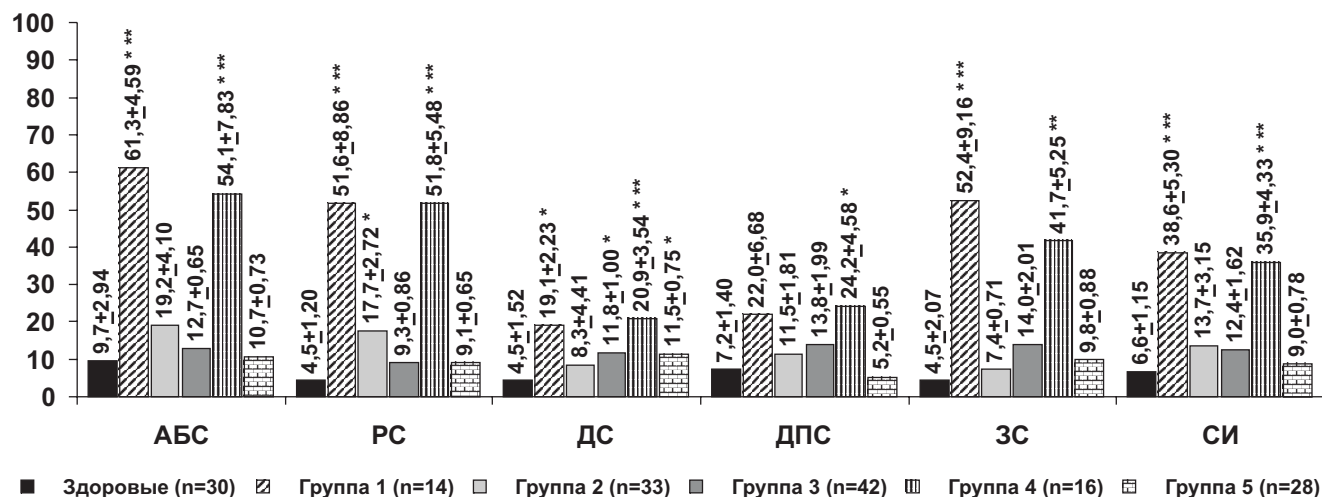


Рис. 6. Результаты изучения КЖСЗ по опроснику «GSR» в изучаемых группах через 5 лет после операции

Примечание: * - $p < 0,001$ – достигнутый уровень значимости различий показателя по сравнению с группой здоровых.

** - $p < 0,001$ – достигнутый уровень значимости различий показателя по сравнению с группами после ваготомии

Таким образом, анализируя полученные данные по КЖСЗ у больных после разных видов операций по поводу перфоративных язв ДК, в первый месяц после операции отмечается снижение показателей по группам шкал, объединяющих параметр «физического здоровья» (PF, RF, BP, GH) и «психического здоровья» (VT, SF, RE, MH). При этом у больных, оперированных видеолaparоскопическим методом, показатели несколько выше (лучше), чем в группах больных после полостных операций. Через 6 месяцев после операции у всех групп больных отмечено улучшение показателей по всем шкалам. В сроки наблюдения за больными до 5 лет отмечается стойкое статистически значимое снижение показателей по шкале боли (BP) у групп пациентов, которым не выполнялась патогенетически обоснованная при ЯБ ДК ваготомия (группы 1 и 4).

Результаты анкетирования оперированных пациентов, проведенного по специальному опроснику GSR, представлены на рис. 7-10. В отличие от предыдущего опросника на изображенных диаграммах результаты по изучаемому параметру тем лучше, чем они ниже. Для сравнения показана диаграмма показателей группы относительно здоровых жителей города.

Через 1 месяц после оперативного вмешательства (рис. 4) имеется ухудшение показателей по шкале абдоминального болевого синдрома (АБС) у пациентов групп, в которых выполнялась лапаротомия. Напротив, у пациентов с выполненной видеолaparоскопической операцией отмечены более низкие (лучшие) показатели. Так, у больных с выполненным изолированным видеолaparоскопическим ушиванием перфоративной язвы ДК (группа 4) и у группы относительно здоровых людей показатели по АБС статистически значимо не отличаются друг от друга. Имеется статистически значимое повышение этого показателя в группах после лапаротомии по сравнению с группой относительно

здоровых людей ($p < 0,001$). Очевидно, такие данные свидетельствуют о малой травматичности видеолaparоскопических видов операций. В группах 1, 2 и 3 показатели по другим шкалам (РС, ДС, ДПС, СИ) опросника в меньшей степени, но, тем не менее, статистически значимо отличаются от соответствующих в группе относительно здоровых ($p < 0,001$). Показатели по синдрому запоров (ЗС) колеблются, вероятно, за счет наличия разной степени выраженности нарушения микрофлоры кишечника на фоне проведенной антибактериальной терапии у больных всех групп. Диаграмма пациентов группы 5 отличается от других. Обращает на себя внимание выраженность синдромов диареи (ДС), диспепсии (ДПС) и рефлюкс-синдрома (РС). В данном случае указанные изменения показателей по сравнению с другими группами мы связываем с выполнением комбинированной ваготомии, которая является сочетанием передней СПВ методом химической денервации и задней стволовой ваготомии. Оценивая данные инструментальных методов диагностики у больных этой группы, нами выявлено в первый месяц послеоперационного периода возникновение так называемого постваготомического синдрома, проявляющегося ускорением пассажа пищи по кишечнику и гастростазом, проявляющихся клинически диспепсией, диареей, дуодено-гастральным и гастро-эзофагальным рефлюксами. Как видно из рис. 5, эти нарушения в группе 5 пациентов через 6 месяцев после операции уменьшаются, выводя на «передние» позиции группу 2 (больные после лапаротомии, СПВ методом скелетирования). Анализируя график, нельзя не обратить внимания на то, что параметры АБС у больных группы 5 и группы относительно здоровых людей уже через полгода не отличаются друг от друга. Этот же параметр в других группах больных снижается, статистически значимо отличаясь от группы относительно здоровых ($p < 0,001$).

Практически идентичные результаты получены в группах больных через год после операции. Наиболее интересно было оценить параметры качества жизни у оперированных больных через 5 лет после операции (рис. 6). Изученные в отдалённые сроки после операции результаты опроса больных по GSRS показывают стойкое статистически значимое ухудшение по шкалам АБС, РС и ЗС у больных с изолированным ушиванием перфоративной язвы ДК как по сравнению с группой относительно здоровых лиц, так и с другими группами оперированных больных. Очевидно, что нарушения по указанным шкалам связаны исключительно с гиперсекрецией желудка. Описанные факты лишней раз свидетельствуют о необходимости выполнения ваготомии в лечении перфоративных язв ДК.

Группа 5 заслуживает особого внимания. Результаты опроса пациентов с выполненной видеолапароскопической комбинированной ваготомией с ушиванием перфоративной язвы в отдалённые сроки наблюдения максимально приближаются к изученным параметрам относительно здоровых людей, по всем шкалам статистически значимо не отличаясь от них.

Резюмируя, следует сказать, что изучение качества жизни по специальному опроснику GSRS у больных после операций по поводу перфоративных язв ДК в первый месяц послеоперационного наблюдения показывает ухудшение показателей по шкале абдоминального болевого синдрома, в большей степени выраженного у пациентов после перенесенной лапаротомии. У больных после проведенной комбинированной ваготомии, являющейся сочетанием передней СПВ и задней стволовой ваготомии, в первый месяц наиболее выражены синдромы диареи и диспепсии. Указанные изменения уменьшаются через 6 месяцев после операции и полностью нивелируются в отдалённые сроки (до 5 лет), не отличаясь от показателей относительно здоровых людей. У пациентов после выполненного изолированного ушивания перфоративной язвы ДК (как видеолапароскопического, так и лапаротомного) отмечается стойкое ухудшение показателей по шкалам АБС, РС и ЗС, наблюдающееся в сроки до 5 лет.

ВЫВОДЫ

Исследование КЖСЗ является новой современной методологией здравоохранения, прекрасно дополняющей традиционные методики. Изучение КЖСЗ по общим и специальным анкетам-опросникам в хирургической гастроэнтерологии является достаточно чувствительным инструментом, оценивающим субъективное восприятие респондентом состояния своего здоровья по разным направлениям физического и ментального здоровья. Хирургическое лечение перфоративной язвы ДК обязательно должно сопровождаться одним из видов ваготомии как самым современным, патогенетически обоснованным подходом к проблеме лечения ЯБ ДК в целом. Ваготомия существенно улучшает КЖСЗ больных в сроки наблюдения до

5 лет. Проведение видеолапароскопического ушивания перфоративной язвы в сочетании с комбинированной ваготомией показывает наилучшие результаты при изучении КЖСЗ в сроки до 5 лет, что позволяет рекомендовать эту методику в лечебных учреждениях, имеющих возможность проводить видеолапароскопические вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Леликов А.С. и др. Лапароскопическая ваготомия: оперативные принципы и эффективность // Эндокопическая хирургия. 1998. № 2. С. 44-49.
2. Кудряшова И.В. Ранняя диагностика хронического панкреатита с позиции использования ультразвуковой томографии и индекса качества жизни: учебно-методические рекомендации. Смоленск, 2003.
3. Кузин М.И., Постолов П.М., Вердиева Ш.Г. Результаты селективной проксимальной ваготомии у больных с гиперсекрецией // Хирургия. 1986. № 4. С. 3-7.
4. Лахтина В.П., Бабкова И.В. Отдаленные результаты селективной проксимальной ваготомии // Селективная проксимальная ваготомия в хирургии язвенной болезни. Москва, 1983. С. 77-82.
5. Оценка качества жизни больного в медицине / А.А. Новик, С.А. Матвеев, Т.И. Ионова и др. // Клин. мед. 2000. № 2. С. 10-13.
6. Панцырев Ю.М., Сидоренко Б.И., Михалев А.И. Селективная проксимальная ваготомия с ушиванием перфоративного отверстия в хирургии прободных дуоденальных язв // Избранные вопросы неотложной хирургии органов пищеварения. Харьков, 1991. С. 12-14.
7. Помелов В.С., Ганжа П.Ф. Органосохраняющие операции и сроки заживления дуоденальных язв // Хирургия. 1990. № 3. С. 110-115.
8. Эндоскопия желудочно-кишечных кровотечений: новые технологии и возможности / Э.В. Луцевич, Э.Н. Праздников, М.В. Семенов и др. // Сборник, посвященный 70-летию В.М. Могучева. Москва, 2001. С. 53-62.
9. Alizadeh N., Buhler L., Huber O. Conservative treatment of gastroduodenal peptic ulcer perforations: indications and results // Schweiz. Med. Wochenschr. 1997. – Bd 89, S suppl. S. 17-19.
10. Boey I., Branicki F.J., Alagaratnam T.T. Proximal gastric vagotomy: The preferred operation for perforations in acute duodenal ulcer // Ann. Surg. 1988. Vol. 208. P. 169-171.
11. Ceneviva R., de Castro E., Silva J.O. Simple suture with or without proximal gastric vagotomy for perforated duodenal ulcer // Brit. J. Surg. 1986. Vol. 73. P. 427-430.
12. Greco R.S., Cahow C.E. Alternatives in the management of acute perforated duodenal ulcers // Amer. J. Surg. 1974. Vol. 127. P. 109-114.
13. Holle F., Hart W. Neue Wege der Chirurgie des Gastroduodenal ulcus // Med. Klin. 1967. V.62. №12. P. 441-450.
14. Moreno G., Narbona A., Chardo D. Proximal gastric vagotomy: a prospective study of 829 patients with 4-year follow-up // Acta Chir. Scand. 1993. V.149. P. 69-74.
15. Quality of life during acute and intermittent of gastroesophageal reflux disease with omeprazol compared with ranitidine. Results from a multicentre clinical trial. The European Study Group / I. Wiklund, K.D. Bardhan, S. Muller-Lissner et al. // Ital. J. Gastroenterol Hepatol. 1998. V. 30. № 1. P. 19-27.

16. Ware J.E. Measuring patients' views: the optimum outcome measure. SF 36: a valid, reliable assessment of health from the patient's point of view // BMJ. 1993. V. 306. P. 1429-1430.
17. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item short-form health survey // Med. Care. 1992. V. 30. № 6. P. 473-483.

STUDYING QUALITY OF PATIENT'S LIFE AFTER THE SURGERY OF PERFORATIVE DUODENAL ULCER

O.A. Krasnov

SUMMARY

Studying quality of life of patients after the surgery of perforative pyloroduodenal ulcer early and late after operative period was performed using questionnaires

“MOS SF-36” and “GSRS” in 431 male patients in the follow-up period (to 5 years) after sewing of perforative pyloroduodenal ulcer with the different kinds of the videolaparoscopic vagotomy including the original author's method and without it. The study results revealed, that early surgery, quality of the life is higher in patients who underwent videolaparoscopic surgeries, but late after the surgery it is higher in patients who underwent one of the kinds of vagotomy. The best results were received in patients undergone videolaparoscopic sewing of the perforative ulcer combined with vagotomy.