

УДК 616.342

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АГРЕССИВНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**© С.А. Афендулов, Г.Ю. Журавлев, К.М. Кадиров**

Ключевые слова: язвенная болезнь; круглосуточная рН-метрия; качество жизни; оперативное лечение.

Обследовано 739 пациентов с язвенной болезнью и 50 человек условно-добровольцев. Определен процент неблагоприятного течения язвенной болезни у этой категории пациентов. Отдаленные результаты изучены у 102 (57,3 %) из 178 больных, которым было показано оперативное лечение. У этих больных в сравнении с пациентами с несложной язвенной болезнью изучали качество жизни.

ВВЕДЕНИЕ

Успехи консервативного лечения больных хронической язвой двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) очевидны. По данным авторов, преимущественно терапевтов-гастроэнтерологов, она позволяет добиться рубцевания язвы практически в 100 % наблюдений [1–3]. Эрадикация *Helicobacter pylori* в комплексной терапии ЯБ ДПК уменьшает количество рецидивов [4, 5]. Общим результатом сказанного является повсеместное снижение количества плановых хирургических вмешательств у больных ЯБ ДПК.

Однако на практике результаты оказываются несколько иными. В России рецидивы ЯБ ДПК в течение 1–5 лет после проведения консервативной терапии развиваются более чем у 90 % больных, значительно снижая их индекс качества жизни [6, 7]. У многих больных рецидив сопровождается развитием опасных для жизни осложнений – кровотечения, перфорации, стеноза, что требует, зачастую, неотложного хирургического вмешательства [8–11]. Одна из причин появления осложненных форм ЯБ ДПК – не восприимчивость больного к антисекреторным препаратам, что с позиции доказательной медицины можно определить посредством рН-метрии [12, 13]. Отсюда, обоснованно возникает вопрос о необходимости упреждающего хирургического вмешательства у таких пациентов.

В работе были поставлены задачи определить группы пациентов, консервативное лечение которых будет бесперспективным, и определить для них показания к упреждающей операции. Особое внимание уделено изучению качества жизни больных с агрессивным течением заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для исследования состояния желудочной секреции посредством компьютерного анализа 24-часового ацидогастромониторинга аппаратом АГМ-24 МП “ТАСТ-РОСКАН-24”. Обследовано 739 пациентов, в т. ч.: 139 (18,8 %) больных с обострением хронической язвы двенадцатиперстной кишки, 306 (41,4 %) – с кровоточащей хронической пилородуоденальной язвой, 185 (25 %) больных, которым ранее было выполнено уш-

ивание перфоративной язвы и 59 (8 %) – с пилородуоденальным стенозом. Кроме того, для контроля были обследованы 50 (6,8 %) добровольцев, ранее не страдавших заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки и не предъявляющих никаких «желудочных» жалоб.

Отдаленный результат изучен у 102 (57,3 %) из 178 больных, которым, по нашим данным, было показано оперативное лечение, но по разным причинам не было произведено. Выводы о необходимости оперативного вмешательства делали по определению агрессивности течения язвенной болезни, с учетом данных круглосуточной рН-метрии.

При изучении отдаленных результатов больные проходили традиционный объем обследования. Систематизировал полученные данные и проводил оценку состояния больного один и тот же врач. Кроме объективных признаков рецидива язвы оценивался критерий уровня качества жизни больного по методикам Д. Авдеева, Х. Пезешкиан (1993), Н.Н. Крылова (1997), и анкете The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), которая выделяет три основных статуса компонента качества жизни – психологический, социологический и медицинский.

При проведении круглосуточной рН-метрии параллельно исследовали чувствительность пациентов к различным антисекреторным препаратам. Во время исследования выполняли тесты Холандера, Кея, комбинированный тест медикаментозной ваготомии, изучали время консумции пищи и скорость опорожнения желудка. Анализ полученных результатов показал, что при выраженной базальной гиперацидности (рН 0,9–1,2), резистентности к H₂ блокаторам гистаминовых рецепторов или значительном снижении их терапевтического эффекта (до 2–4 часов), отрицательном атропиновом тесте и уменьшении щелочного времени Хеллера (до 5–10 минут), вероятность развития осложнений ЯБ ДПК составляет 92–95 %. В этом случае консервативное лечение признавали бесперспективным.

Таким образом, нами разработана методика, которая позволяет в течение суток спрогнозировать вероятность развития осложненных форм ЯБ ДПК и выработать рекомендации (поставить показания) для проведения превентивного хирургического вмешательства.

Таблица 1

Интегральный показатель качества жизни у больных язвенной болезнью

Показатели (%)	«Благоприятное» течение ЯБ	«Агрессивное» течение ЯБ		
		При неосложненной ЯБ	Кровотечение в анамнезе	Ушивания язвы в анамнезе
Работа	63,2±3,4	51,1±3,5	52,2±4,6	52,1±6,2
Семья	66,1±4,5	60,2±5,1	58,8±11,2	61,3±4,5
Здоровье	71,5±3,5	51,3±5,8	48,3±6,6	50,5±4,4
Достаток	68,3±6,5	61,5±3,1	60,4±4,4	59,3±3,7
Питание	71,5±5,2	58,3±2,5	54,4±6,8	57,7±7,3
Сексуальная функция	67,5±6,6	60,1±5,1	61,2±4,2	63,3±7,3
Духовные потребности	60,5±4,1	62,3±6,6	61,6±2,6	60,4±5,5
Душевный покой	64±5,1	55,4±3,8	53,2±3,7	48,9±5,1
Тревожность	64,3±3,8	59,2±4,4	60,3±8,2	54,3±4,8
Защищенность	66,1±6,6	60,0±5,6	61,4±5,6	60,3±4,4
Общение	70,4±4,5	55,4±6,6	58,7±4,4	60,2±9,2
Отдых	58,8±5,4	53,6±5,6	51,4±6,5	56,4±5,6

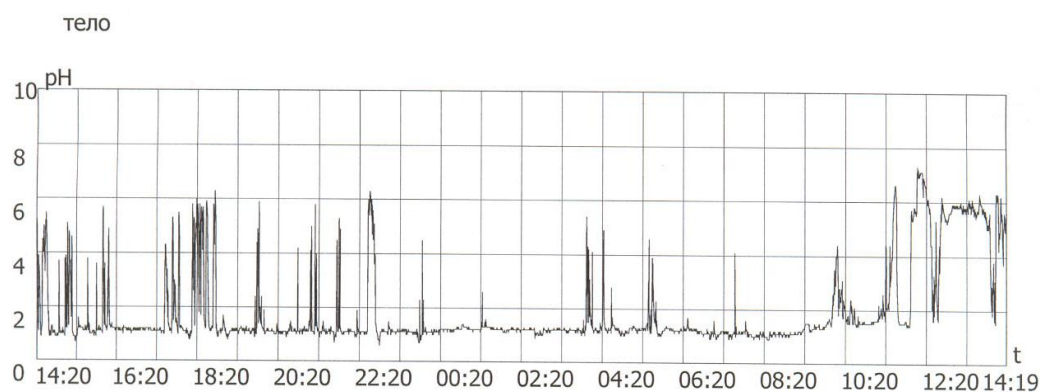


Рис. 1. Круглосуточная рН метрия у «здорового» обследуемого

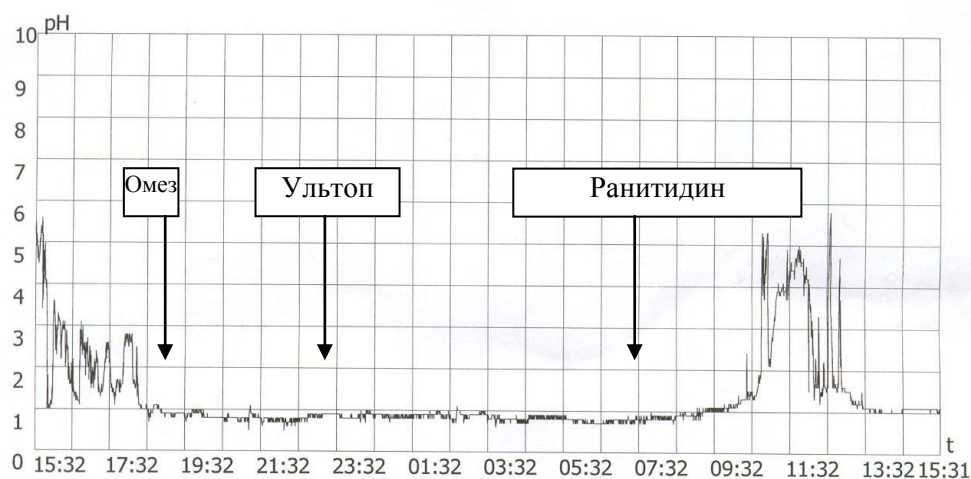


Рис. 2. Круглосуточная рН-метрия больного В., через 14 суток после лапароскопического ушивания прободной язвы ДПК

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Гиперацидное состояние наблюдали как у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, так и у здоровых обследованных (добровольцев). При этом, как видно из рис. 1, выраженная гиперацидность у одного и того же больного в разные промежутки времени

сочетается и с умеренно выраженной гиперацидностью, нормоцидностью и даже гипоацидностью.

При проведении круглосуточной рН-метрии в группе добровольцев не наблюдали отсутствия антисекреторного эффекта от ранитидина. Препарат действовал на всех больных с повышенной кислотностью, причем у подавляющего большинства – более 8 часов.

В группе с неосложненным течением ЯБ ДПК оказались не восприимчивы к ранитидину 6 % обследованных, только у 20 % из них препарат действовал более 8 часов. В то же время это оказалось на порядок выше в сравнении с группой больных осложненным течением ЯБ ДПК. У этих пациентов получены следующие результаты: не наблюдали действие Н-2 блокаторов в группе больных кровоточащей язвой ЯБ ДПК в 15 % случаев, у больных со стенозом – у 23,8 %, с перфорацией – у 25,2 %.

Из 283 больных с неосложненным течением ЯБ ДПК операция была показана 26 (9,1 %) пациентам. При этом 116 (41 %) пациентов, находившихся на лечении в хирургической клинике, поступали с выраженным болевым синдромом, подозрением на острый панкреатит, более чем 50 % из них имели длительный язвенный анамнез. Из них у 18 (15,5 %) выставили показания к превентивной операции. Другие 167 (59 %) пациентов были обследованы в гастроэнтерологической клинике. Поступали с обострением язвенной болезни не чаще 1 раза в 2–4 года, этим больным показания к операции были выставлены лишь у 7 (4,2 %) человек.

Из 185 больных, перенесших ушивание прободной язвы ДПК, показания к упреждающей операции установили у 54 (29,2 %). У 82 (44,3 %) пациентов обследование проводили через 10–15 суток после ушивания перфорации. У этих больных показатели кислой желудочной секреции были наиболее агрессивные, а не восприимчивости к антисекреторным препаратам наибольшей. По нашему мнению, эти результаты не являются истинными, так как не было достигнуто состояния стойкой ремиссии. Наиболее объективные результаты обследования были получены спустя 1,5 и более месяцев после операции. Они мало отличались от состояния кислой желудочной секреции у этих же пациентов спустя год и более после операции (рис. 2, 3). Таким образом, в целом, после операции 29,3 % больных с агрессивным течением ЯБ ДПК поставлены показания к упреждающей операции. Спустя год и более требовали радикального упреждающего оперативного лечения лишь 14,3 % больных. После проведенной антихеликобактерной терапии и индивидуального подбора антисекреторных препаратов этот процент снизился уже до 4,8 %. Возможно такое несоответствие связано с большим, чем мы думаем процентом перфорации острых язв.

У 102 (57,3 %) больных из 178, которым определили показания к операции, мы изучали уровень качества жизни (КЖ). По определению ВОЗ (1995, 1996), под КЖ понимают способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни. Кроме объективных показателей агрессивного или обычного течения ЯБ ДПК, мы в обязательном порядке учитывали индекс КЖ при постановке больному показаний к оперативному лечению.

По данным круглосуточной рН-метрии, выделены группы больных с «благоприятным» и «агрессивным» течением заболевания, кому была показана операция – с неосложненным течением язвенной болезни, с кровотечением и ушиванием перфорации в анамнезе, и была проведена их сравнительная характеристика КЖ (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что в отдаленном периоде после выписки больного с агрессивным течением язвенной болезни из стационара снижаются показатели качества жизни, и эти параметры существенно ниже в сравнении с больными, у которых язвенная болезнь протекает благоприятно. Мы не выявили существенной разницы в индексе качества жизни у больных с агрессивным течением заболевания в группах с «не осложненным» течением язвенной болезни и у пациентов с кровотечением и ушиванием прободной язвы.

Изучение показателей КЖ показало, что у этих больных отчетливо проявляется синдром социально-психологической дезадаптации. Сексуальная активность и эректильная составляющая были снижены во всех группах больных с агрессивным течением заболевания. Зачастую больные это связывали с приемом антисекреторных препаратов. У многих это стало причиной отказа от приема этих препаратов.

Из 102 больных 45 (44,1 %) были оперированы в плановом порядке после многократного рецидивирования язвенной болезни или возникновения осложнения, убедившись в правильности наших прогнозов и рекомендаций оперативного лечения в прошлом.

Еще 20 (19,6 %) пациентов были оперированы в экстренном порядке в течение 1–3 лет после обследования, в т. ч. 9 – по поводу прободной язвы, 7 – по поводу кровотечения и 4 – по поводу пилородуоденального стеноза.

Несмотря на то, что язвенная болезнь рецидивирует 1–3 раза в год, по-прежнему отказываются от операции 29 (28,4 %) больных. Эти пациенты вынуждены часто находиться на больничном листе, хотя справедливо следует отметить, что 20 человек из них не работают.

У 8 (7,9 %) больных в течение 2–4 лет не наблюдали рецидива язвенной болезни. Пациенты поменяли образ жизни, комплаенс их высокий, согласно подобранной схеме лечения принимают лекарственные препараты. Индекс КЖ по критериям материального достатка, тревожности, питания, положения в обществе превышает 65 %.

ВЫВОДЫ

Таким образом, было установлено, что более 90 % больным с агрессивным течением ЯБ ДПК необходимо настойчиво рекомендовать превентивное плановое оперативное лечение. Одно из главных препятствий в решении этого вопроса состоит в том, что оценка результатов лечения язвенной болезни у врача и пациента, зачастую, носит противоположный характер. Разрешить эту проблему можно посредством определения качества жизни больного, которое должно осуществляться не заинтересованным лицом (врачом). Оказалось, что у всех пациентов с агрессивным течением язвенной болезни снижаются показатели качества жизни. При этом у больных, перенесших кровотечение из язвы или ушивание перфорации, наличие преобладание синдрома социально-психологической дезадаптации. Лишь менее чем у 10 % пациентов с высоким комплаенсом возможна выработка комплаенс-стратегии. Она позволяет, с учетом качественной реабилитации с индивидуальным подбором антисекреторных препаратов перестроить профиль личности пациента, повысить у

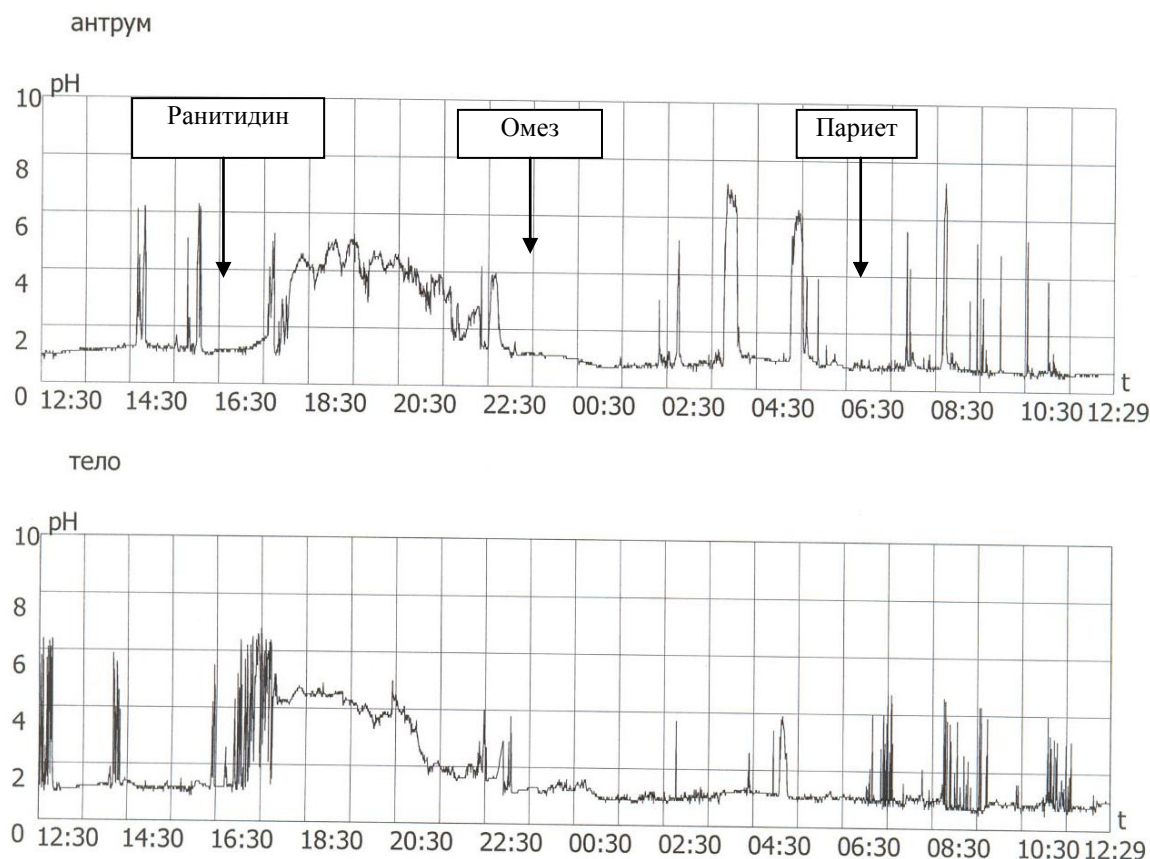


Рис. 3. Круглосуточная рН-метрия того же больного В., через 1,2 года после лапароскопического ушивания прободной язвы ДПК

них мотивацию на исцеление, а врачам надеяться на относительно благоприятное течение язвенной болезни в будущем. В остальных наблюдениях (более 90 %) необходимо настойчиво работать с пациентами по разъяснению необходимости в оперативном лечении, что нам удалось сделать лишь у 44 % больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазебник Л.Б., Васильев Ю.В., Григорьев П.Я., Malfertheiner P., Иванников И.О. Терапия кислотозависимых заболеваний (первое Московское соглашение, 5.02.03) // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2003. № 4.
2. Циммерман Я.С. Хронический гастрит и язвенная болезнь (Очерки клинической гастроэнтерологии) Выпуск первый // Пермь: Перм. гос. мед. академия, 2000. 256 с.
3. Шептулин А.А. Базисная лекарственная терапия язвенной болезни // Рус. мед. журн. 1998. № 7. С. 412-417.
4. Григорьев П.Я., Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И. и др. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения болезней органов пищеварения. М.: Б.и., 1998. 46 с.
5. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Инфекция *Helicobacter pylori*: современное состояние проблемы // Русский медицинский журнал. 1996. № 3. С. 149-151.
6. Минушкин О.Н. Язвенная болезнь: Некоторые клинические аспекты // Новый мед. журнал. 1996. № 1/2. С. 16-19.
7. Оноприев В.И., Корочанская Н.В., Бендер Л.В., Клименко Л.И. Критерии качества жизни в хирургическом лечении и медикаментозной реабилитации больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Краснодар, 2001. 176 с.
8. Кузин М.И., Кузин Н.М., Езоров А.В. Экономическая эффективность консервативного и хирургического методов лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста // Хирургия. 1991. № 3. С. 14-19.
9. Hoffmann J., Jensen H.E. et al. Prospective controlled vagotomy treatment for duodenal ulcer // Ann. Surg. 1989. V. 209. № 1. P. 40-45.
10. Tobin M. et al. Delayed gastric emptying after laparoscopic anterior highly selective and posterior truncal vagotomy // Am. J. Gastroenterol. 1995. V. 90. № 5. P. 810-811.
11. Ozmen V., Muslumanoglu M., Igci A., Bugra D. Laparoscopic treatment of duodenal ulcer by bilateral truncal vagotomy and endoscopic balloon dilatation // J. Laparoendosc. Surg. 1995. № 2. P. 6.
12. Ильченко А.А., Селезнева Э.Я., Сильвестрова С.Ю. рН-метрия в оценке ингибиторов протонной помпы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003. № 3. С. 78-83.
13. Welage L.S., Berardi R.R. Evaluation of omeprazole, lansoprazole, pantoprazole, and rabeprazole in the treatment of acid-related diseases // J. Amer. Pharm. Assoc. (Wash). 2000. V. 40 (1). P. 52-62.
14. Крылов Н.Н. Кто должен определять уровень качества жизни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1996. Т. 6. № 4. С. 318.

Поступила в редакцию 1 июня 2011 г.

Afendulov S.A., Zhuravlev G.Y., Kadirov K.M. PATIENTS WITH AGGRESSIVE ULCERATIVE DISEASE'S QUALITY OF LIFE

739 patients with ulcerative disease are studied and 50 conditional volunteers are examined. Percentage of unfavorable ulcerative disease is defined at this patient category.

Far results are studied in 102 (57.3 %) out of 178 cases in which surgery was prescribed. This patient's quality of life was studied in comparison with asymptomatic gastric ulcer.

Key words: ulcerative disease; constant pH-metry; quality of life; surgery.