

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ

© 2006 г. Н.В. Корочанская, В.И. Оноприев, С.Р. Генрих, Н.А. Буложенко, Е.Н. Борздых

В настоящее время язвенная болезнь (ЯБ) – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов. По данным мировой статистики, ее распространенность среди взрослого населения достигает 6–10 % [1].

В консервативной терапии хронических язв желудка и 12-перстной кишки за последние годы достигнуты значительные успехи. Применение нового поколения противоязвенных препаратов позволило добиться заживления язвенного дефекта более чем у 90 % больных [2], а их пролонгированное назначение – стойкой ремиссии у 60–70 % [3]. На этом фоне в последние годы наблюдается тенденция к значительному сокращению количества плановых операций при ЯБ, однако ожидаемого сокращения процента осложненных форм заболевания не происходит. Напротив, отмечается резкое увеличение числа больных с осложненными формами гастродуоденальных язв [1].

Несмотря на развитие органосберегающих технологий в хирургическом лечении ЯБ (радикальная дуоденопластика, СПВ, гастропластика), многие хирурги продолжают применять и совершенствовать такую калечащую операцию, как резекция желудка. По данным различных авторов [4, 5], у 15–40 % больных, перенесших ее, в раннем и позднем периодах после операции развиваются выраженные функциональные и органические нарушения, приводящие к стойкой утрате трудоспособности и нередко к инвалидности, что обосновывает необходимость разработки новых методов медикаментозной и хирургической коррекции пострезекционных синдромов.

*Цель работы* – улучшение клинических результатов и параметров качества жизни у больных с постгастрорезекционными синдромами.

*Материалы и методы.* С 1997 г. в Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии находятся под наблюдением 86 больных, перенесших резекцию желудка по способу Бильрот II по поводу ЯБ. Наряду с комплексным обследованием больных с применением клинических, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых и морфологических методов исследования, а также тщательной предоперационной подготовкой к реконструктивным вмешательствам, большое внимание уделяется нами психометрическому тестированию больных, изучению динамики параметров качества жизни (КЖ).

Исследовательская группа ВОЗ предложила использовать КЖ как критерий оценки эффективности и качества медицинской помощи, адекватности лечения. Измерить же эффективность лечения можно, по мнению экспертов ВОЗ, изучая КЖ больных до и после лечения по сравнению со здоровыми. Трансформация параметров КЖ оценивалась нами с помощью опросников MOS-SF-36 и GIQLI до и в различные

сроки после операции. Психометрическое тестирование пациентов производится с применением госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и шкалы тревоги Спилбергера. По литературным данным [6], среди наиболее часто выполняемых операций на желудке самый низкий уровень КЖ имеют больные после «классической» резекции 2/3 желудка по Бильрот II, что подтверждают полученные нами результаты: значительное снижение КЖ больных по шкалам ролевого физического функционирования, витальности, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования. Выявлена также высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств у данной категории больных. В связи с этим в комплексной предоперационной подготовке и послеоперационной реабилитации нами применялся препарат с выраженным противотревожным (анксиолитическим) эффектом – сульпирид в среднесуточной дозировке 150 мг. В ряду основных психотропных эффектов сульпирида наряду с нейролептическим указываются активирующее (антиастеническое) и антидепрессивное действия. При этом сульпирид не только эффективен для купирования психических расстройств, но и положительно влияет на соматические функции [7]. В качестве реконструктивных применяются операции, разработанные в РЦФХГ и предусматривающие воздействие на основные патогенетические варианты развития постгастрорезекционных расстройств: формирование арефлюксных конструкций в области пищеводно-желудочного и желудочно-кишечного переходов (создание арефлюксной кардии и концевопетлевого гастроэнтероанастомоза), а также включение в пассаж ДПК.

Результатом комплексного медикаментозного и хирургического лечения пациентов с постгастрорезекционными синдромами явилось улучшение морфофункционального состояния эзофаго-гастро-дуодено-панкреатобилиарного комплекса, а также повышение КЖ больных по шкалам: ролевое физическое функционирование – на 18 %; витальность – на 25; социальное функционирование – на 29; ролевое эмоциональное функционирование – на 20 %, а также регресс тревожно-депрессивных расстройств (30 % и более снижение суммарного балла по оценочным шкалам).

*Заключение.* Таким образом, только комплекс мероприятий (предоперационная подготовка, реконструктивная операция, восстанавливающая нарушенные топографо-анатомические взаимоотношения органов, послеоперационная реабилитация, диспансерное наблюдение) позволяет повысить показатели КЖ у больных с постгастрорезекционными расстройствами.

### Литература

1. Кузин Н.М., Алимов А.Н. Селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой в лечении дуоденальных стенозов у больных ЯБ ДПК // Хирургия. 1997. № 4. С. 38–43.
2. Шептулин А.А. Язвенная болезнь – расширять ли показания к хирургическому лечению? // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2003. № 5. С. 4–6.
3. Лосев Р.З., Чирков Ю.В. Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв // Вестн. хирургии. 1996. № 6. С. 28 – 31.
4. Гобашко А.И. и др. Показания и технические особенности резекции желудка по способу Ру. СПб., 1996.
5. Михайлов А.П. и др. Лечение больных с постгастрорезекционными синдромами // Вестн. хирургии. 1999. Т. 158. № 4. С. 56–59.
6. Крылов Н.Н., Кузин М.И. К методике оценки результатов операций на желудке // Хирургия. 2000. № 2. С. 17–20.
7. Смулевич А.Б., Ильина Н.А., Батулин К.А. Терапия тревожно-депрессивных расстройств в психиатрической и общемедицинской сети: опыт применения препарата «Промасульпин» // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. Т. 6. № 3. С. 128 – 130.