

УДК 616 – 036.868.37.002 – 036.12] – 071.1(100)

Стешенко А.А.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКОВ EORTC QLQ - C30, EORTC QLQ - PAN28 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

В статье проанализированы результаты оценки качества жизни 68 больных хроническим панкреатитом в отдаленном периоде после хирургического лечения, распределенных на две группы. В первую группу включены 49 (72,1%) пациентов, которым выполнялась разработанная паренхимосохраняющая операция. Во вторую группу включены 19 (27,9%) больных, которым выполнены стандартные резекционные вмешательства (операции Бегера, Фрея, пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция). Средний возраст составил 52 года. Мужчин было 53 (77,9%), женщин — 15 (22,1%). Качество жизни больных оценивалось с использованием международных опросников: Европейской организации по изучению и лечению рака EORTC – опросник QLQ - C30 V.3 – общий опросник и QLQ - PAN28 – частный опросник. Материалы проведенного исследования качества жизни у больных хроническим панкреатитом после разных типов хирургического лечения по всем шкалам EORTC QLQ – C30 V3.0 и EORTC QLQ – PAN28 показали достоверно более высокое качество жизни в отдаленном периоде в группе больных после паренхимосохраняющей операции, что подтверждает ее эффективность.

Ключевые слова: хронический панкреатит, хирургическое лечение, качество жизни.

В настоящее время стандартом оценки эффективности консервативного и/или оперативного лечения различных заболеваний является обязательное определение качества жизни больного после полученного вида терапии [4, 5]. Рядом авторов в качестве общего опросника оценки качества жизни (КЖ) у больных хроническим панкреатитом (ХП) рекомендовано использование общего международного опросника MOS SF-36 [2, 3, 5]. Его значимость обусловлена возможностью оценивания КЖ у респондентов с разными нозологическими формами и сравнением его показателей с таковыми у здоровых лиц. По данным большинства зарубежных исследований, больным ХП рекомендовано использовать комбинацию общего опросника EORTC QLQ-C30 и специфического (частного) EORTC QLQ - PAN26 [9, 11, 12, 13]. Изначально PAN26 был разработан для больных раком поджелудочной железы (ПЖ), поэтому в последние пять лет этот опросник был заменен на EORTC QLQ - PAN28, разрабатываемый конкретно для больных ХП [9, 14, 15].

Европейская организация по изучению и лечению рака (EORTC) была основана в 1962 как международная организация. В 1980 году этой организацией была инициировано исследование по изучению качества жизни (QL), и с 1986 года введена программа по развитию и интеграции крупномасштабных клинических исследований с участием разработчиков разных специальностей.

В настоящее время для оценки качества жизни у больных хроническим панкреатитом широкое распространение получило использование шкал общего опросника EORTC QLQ - C30 V3.0 определяющее его высокую эффективность [6, 8, 10]. Его применение не требует согласительных документов, так как все исследования по разработке завершены, полностью

оформлены адаптированные русскоязычные варианты опросника, а также методы расчета и оценки данных (2000 г).

Интервьюирование пациентов проводится при непосредственной беседе путем самостоятельного заполнения опросника пациентом. Заполнение опросника PAN28 на данном этапе его разработки в неанглоязычных странах должно проводиться только в присутствии интервьюера, который по ходу заполнения помогает пациенту, не владеющему английским языком, понять значение вопросов. Это связано с тем, что официальных переведенных версий этого опросника пока не существует. Процесс многоязычного перевода будет проводиться только QL-отделом центра EORTC. Использование специфического опросника PAN28 в исследованиях возможно только после официального оформления договора с центром QL EORTC [1, 7, 15].

Цель исследования

Оценить результаты изучения качества жизни интервьюированных в отдаленном периоде после хирургического лечения по поводу хронического панкреатита с использованием общего опросника EORTC QLQ - C30 и частного EORTC QLQ - PAN28.

Материалы и методы исследования

В работе проанализированы результаты хирургического лечения 68 больных хроническим панкреатитом в отдаленном периоде до 5 лет. Все больные распределены на две группы. В первую группу включены 49 (72,1%) пациентов, которым выполнялась разработанная в клинике паренхимосохраняющая операция. Во вторую группу включены 19 (27,9%) больных, которым выполнены стандартные резекционные вмешательства (операции Бегера, Фрея, пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция). Средний возраст составил 52 года. Мужчин бы-

ло 53 (77,9%), женщин — 15 (22,1%).

Распределение по формам ХП (калькулезный, псевдотуморозный, фиброзно-кистозный, фиброзно-дегенеративный) выполнялось по классификации А.А. Шалимова и соавт. (1997).

У 49 (72,1%) больных первой группы выполнена разработанная в клинике и защищенная патентом Украины паренхимосохраняющая операция: продольная тотальная панкреатовирсунгодуюденопапиллотомия с формированием продольного панкреатикоеюнодуюденоанастомоза на короткой петле по Ру либо в виде изолированного анастомоза (рис.1). Мужчин было 43, женщин — 6, возраст больных — от 18 до 63 лет.

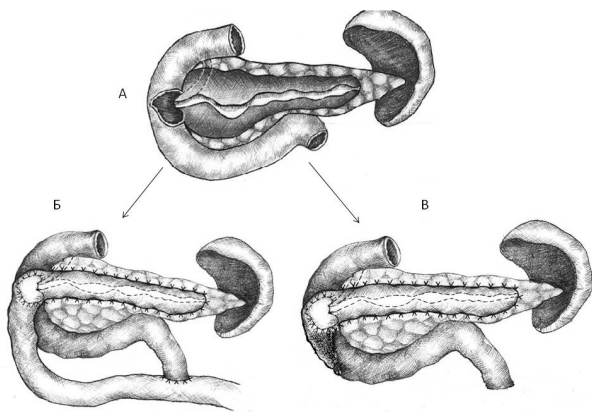


Рис.1. Продольная тотальная панкреатовирсунгодуюденопапиллотомия (А) с продольной панкреатикоеюнодуюденоанастомозией на короткой петле по Ру (Б) либо в виде изолированного анастомоза (В).

Диаметр вирсунгова протока от 4 до 8 мм определялся у 24 (48,9%) больных, от 9 до 12 мм — у 25 (51,1%). Билиарная гипертензия наблюдалась у 14 (28,6%) пациентов, при этом диаметр общего желчного протока до 15 мм был у 11 пациентов, 15-20 мм — у 3, механическая желтуха (показатели общего билирубина крови более 20 мкмоль/л) определялась у 7. Тяжелый болевой синдром наблюдался у всех больных. Панкреатогенный диабет легкой и средней степени отмечался у 23 (46,9%) пациентов, выраженная внешнесекреторная недостаточность ПЖ — у 34 (69,4%). В Запорожском институте клинической патологии гистологическими и иммуногистохимическими методами у всех больных проведено исследование сегментов тканей ПЖ, взятых из области головки, тела и хвоста.

Во второй группе — у 19 (27,9%) больных, выполнялись стандартные резекционные вмешательства: операция Бегера — у 6 (31,6%), операция Фрея — у 7 (36,8%), пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция — у 6 (31,6%). Показатели общего билирубина, диаметр вирсунгова протока были сопоставимыми с данными первой группы.

Для оценки эндокринной функции поджелудочной железы (ПЖ) определялись — гликозилированный гемоглобин, С-пептид, эндогенный инсулин, тест толерантности к глюкозе; для

оценки экзокринной функции — панкреатическая эластаза-1 кала; также определялись — паратгормон, онкомаркер СА — 19-9, иммуноглобулин G; выполнялись КТ, УЗИ, ФЭГДС, рентгеноскопия с пассажем бария.

Качество жизни больных оценивалось с использованием международных опросников: Европейской организации по изучению и лечению рака EORTC — опросник QLQ - C30 V.3 — общий опросник и QLQ - PAN28 — частный опросник.

Результаты и их обсуждение

В первой группе (n = 49) летальных исходов после операций не было. У 4 (8,1%) больных наблюдалось осложнение — кровотечение из зоны панкреатикоеюноанастомоза, потребовавшее релапаротомии. В течение первых 6 - 12 месяцев после операции размеры ранее увеличенной головки поджелудочной железы, по данным КТ, прогрессивно уменьшались и у 46 (93,8%) пациентов пришли к норме (d = 29-31 мм). Проявления панкреатогенного диабета легкой степени через 3 года после операции оставались у 6 (12,2%) больных, до операции — были у 23 (46,9%) (P<0,05). Только 9 (18,4%) пациентов продолжали принимать ферментные препараты в виде заместительной терапии, до операции их было 34 (69,4%) (P<0,05).

Во второй группе (n = 19) умер 1 (5,3%) больной после пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции (несостоятельность панкреатоеюноанастомоза), еще у 2 (10,5%) — было кровотечение из зоны панкреатоеюноанастомоза, что потребовало релапаротомии (после операции Бегера — у 1, Фрея — у 1). В отдаленном периоде (до 5 лет) абдоминальная боль прекратилась у больных после пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции и операции Бегера, но у всех наблюдалась внешнесекреторная недостаточность и проявления панкреатогенного диабета. После операции Фрея болевой синдром оставался у 6 (31,6%) (P<0,05), экзокринная недостаточность — у 5 (26,3%) (P<0,05), эндокринная недостаточность у 6 (31,6%) пациентов (P<0,05).

Для оценки качества жизни после оперативных вмешательств использовался общий опросник EORTC QLQ - C30 V.3, включающий 30 вопросов, собранных в 5 функциональных шкал, 3 симптоматические шкалы, шкалу глобального статуса здоровья и 6 отдельных показателей, при этом ни один из пунктов опросника не повторяется дважды в разных шкалах. Все шкалы и отдельные показатели оцениваются в пределах от 0 до 100. В функциональных шкалах и шкале глобального статуса здоровья более высокий показатель означает более высокий уровень здоровья или функции, а в симптоматических шкалах более высокий уровень показателей соответствует более высокому уровню симптоматики проблемы.

Сравнительная оценка качества жизни боль-

ных хроническим панкреатитом после операции с использованием данного опросника представлена в таблице 1.

При оценке шкалы глобального статуса здоровья отмечалось достоверно более высокое

удовлетворение пациентов от своего здоровья – 70,525 в группе после паренхимосохраняющих операций ($P<0,05$), в отличие от пациентов, перенесших резекционные вмешательства – 62,85.

Таблица 1.
Сравнительная таблица оценки качества жизни в группах больных хроническим панкреатитом после операций в отдаленном периоде (5 лет), по данным общего опросника EORTC QLQ - C30 V.3.

	Паренхимосохраняющие операции		Резекционные операции		p*
	n	среднее значение	n	среднее значение	
GHS/QI Глобальный статус здоровья	49	70,525	19	62,85	0,3234
Функциональные шкалы					
PF2 Физическое функционирование	49	69,4	19	59,725	0,1415
RF2 Ролевое функционирование	49	79,7	19	68,15	0,1742
EF Эмоциональное функционирование	49	90,075	19	71,3125	0,4171
CF Когнитивное функционирование	49	84,075	19	76,4875	0,2561
SF Социальное функционирование	49	84,9125	19	68,9	0,4346
Симптоматические шкалы и отдельные показатели					
FA Усталость (10,12,18)/3	49	22,875	19	29,125	0,6574
NV Тошнота и Рвота (14,15)/3	49	13,1625	19	29,8125	0,5132
PA Боль (9,19)/3	49	18,7125	19	30,5125	0,6035
DY Одышка (8)/3	49	14,5625	19	22,8875	0,0968
SL Бессонница (11)/3	49	18,7125	19	35,3625	0,1657
AP Снижение аппетита (13)/3	49	18,7125	19	41,6125	0,657
CO Запор (16)/3	49	16,625	19	24,95	0,2533
DI Диарея (17)/3	49	16,6375	19	39,5375	0,0976
FI Финансовые трудности (28)/3	49	14,55	19	47,8625	0,7758

* U Mann Whitney test

По результатам показателей максимальная разница наблюдалась в функциональных шкалах эмоционального функционирования: 90,075 для первой группы и 71,3125 - для второй ($P<0,05$), а также в шкале социального функционирования соответственно – 84,9125 и – 68,9 ($P<0,05$), что отражало только незначительное проявление дискомфорта либо неудобств в группе после паренхимосохраняющих операций. Такие данные соотносились с показателями симптоматических шкал и по отдельным показателям. Так, при оценке шкалы боли для больных, перенесших паренхимосохраняющую операцию, показатель составил - 18,7125 ($P<0,05$), а для группы после резекционных операций – 30,5125. Оценивая шкалы отдельных показателей, можно проследить отражение прогрессирования экзокринной недостаточности ПЖ в группе после резекционных операций: так показатель шкалы «диарея» составил – 39,5375, что отвечает более высокому проявлению признака, чем в группе после паренхимосохраняющих операций – 16,6375 ($P<0,05$). Оценка данных шкалы снижения аппетита определяла более высокий показатель в группе пациентов, перенесших резекционные операции, – 41,6125, что, вероятно, было связано с рядом ограничений в послеоперационном периоде; показатель в первой группе составил – 18,7125 ($P<0,05$).

Качество жизни больных ХП после паренхимосохраняющих и резекционных вмешательств изучено также при помощи специального опросника QLQ - PAN28, созданного только для данного заболевания (согласительный договор с Mr Colin Johnson, Southampton, U K подписан в 2013).

Данный опросник разрабатывается на основе ранее созданного PAN 26. PAN28 является частным опросником для больных хроническим панкреатитом и включает 28 вопросов, собранных в восемь шкал, с учетом, что основным этиологическим фактором ХП является алкоголь (в опросник включены вопросы, касающиеся отношения пациентов к употреблению алкоголя как до операции, так и после операции). Согласно инструкции алгоритма расчета, все 26 вопросов собраны в шкалы: панкреатическая боль (Pancreatic pain), симптомы нарушения пищеварения (Digestive symptoms), симптомы усиленной перистальтики (Altered bowel habit), «гепатические» симптомы (Hepatic), шкала общего отношения к своему телу (Body image), шкала активности (Activity), шкала удовлетворенности от полученного лечения (Satisfaction with health care), шкала половой активности (Sexuality). Учитывая активную разработку данного опросника, протоколом расчета разрешено формировать дополнительные шкалы, исходя из общей инструкции QLQ - C30 и PAN28. Нами сформирована дополнительная шкала отношения пациентов к приему алкоголя (9-я) с линейной трансформацией расчета. Эта шкала формируется из двух вопросов (49 и 50, которые окончательно формируют 28 вопросов PAN28): сложность исключения алкоголя и степень желания отказа от приема алкоголя, что формирует интегральный показатель перекрестных вариантов ответов. Для первых пяти (симптоматических) шкал более высокий показатель определяет худшее качество жизни. Для этих шкал, а также для шкалы удовлетворения от лечения используется линейная трансформация стандартного

предварительного расчет, формируя ранги от 0 до 100.

Показатели шкалы половой активности рассчитываются таким образом, что более высокий показатель отображает лучшую функцию.

При анализе показателей (таблица 2) по шкале панкреатической боли, которая включает четыре вопроса с детализацией болевого синдрома, отмечалась достоверная разница баллов: первая группа пациентов (после паренхимосохраняющей операции) – 7,114, вторая группа (пациенты после резекционной операции) – 34,615 ($P<0,05$), что свидетельствовало о практическом отсутствии болевого синдрома у больных после паренхимосохраняющих операций в отдаленном периоде. В шкалу оценки симптомов нарушения пищеварения входят шесть вопросов, касающихся изменения характера пита-

ния, дискомфорта при принятии определенного вида продуктов, диспепсии: первая группа – 17,414, вторая группа – 33 ($P<0,05$), что указывало на выраженное прогрессирование внешне-секреторной дисфункции ПЖ после резекционных операций. Среднее значение показателей шкалы усиленной перистальтики у больных первой группы – 21,4; второй – 28,915 ($P<0,05$); по шкале половой активности соответственно – 19,014 и 21,952 ($P<0,05$). Существенные различия отмечались при оценке шкалы удовлетворения от полученного лечения: после паренхимосохраняющих операций показатель составил – 57,446, у больных второй группы – 38,557 ($P<0,05$). При оценке отношения пациентов к приему алкоголя также отмечалась достоверная разница в группах: первая группа – 29,559, вторая – 31,547 ($P<0,05$).

Таблица 2.

Сравнительная таблица оценки качества жизни в группах больных хроническим панкреатитом после операций в отдаленном периоде (5 лет) на основе опросника EORTC QLQ - PAN28.

	Паренхимосохраняющие операции		Резекционные операции		p*
	n	Среднее значение	n	Среднее значение	
Pancreatic pain- Панкреатическая боль	49	7,114	19	34,615	0,165414
Digestive symptoms - Симптомы нарушения пищеварения	49	17,414	19	33	0,233083
Altered bowel habit- Симптомы усиленной перистальтики	49	21,4	19	28,915	0,428571
Hepatic - «гепатические» симптомы	49	19,014	19	27,152	0,387218
Body image - шкала общего отношения к своему телу	49	14,257	19	22,768	0,387218
Activity- шкала активности	49	22,585	19	32,863	0,327068
Sat HC- шкала удовлетворения от полученного лечения	49	57,446	19	38,557	0,635875
Sexuality- шкала половой активности	49	19,014	19	21,952	0,424812
Forming Scale (Alcohol)- шкала отношения пациентов к приему алкоголя	49	29,559	19	31,547	0,464554

* U Mann Whitney test

Материалы проведенного исследования качества жизни у больных хроническим панкреатитом после разных типов хирургического лечения на основе современных международных опросников последней генерации (EORTC QLQ – C30 V3.0, EORTC QLQ – PAN28) подтверждают эффективность паренхимосохраняющих операций, сберегающих функциональный резерв поджелудочной железы (экзо-, эндокринная функции). В то же время, резекционные вмешательства, удаляя часть паренхимы поджелудочной железы, усугубляют ее функциональную недостаточность.

Выводы

1. Качество жизни больных хроническим панкреатитом в отдаленном периоде после предложенной паренхимосохраняющей операции по всем шкалам международных опросников EORTC QLQ - C30 V.3, EORTC QLQ - PAN28 достоверно лучше в сравнении с оперативными вмешательствами резекционного типа.

2. Использование общего опросника EORTC QLQ - C30 с симптоматическими шкалами и отдельными показателями в сочетании с частным опросником EORTC QLQ - PAN28 является наиболее оптимальным методом оценки каче-

ства жизни у больных хроническим панкреатитом.

3. Разработанная паренхимосохраняющая операция является методом выбора в хирургии хронического панкреатита с панкреатической и билиарной протоковой гипертензией и по ряду позиций может рассматриваться как возможная альтернатива резекционным вмешательствам (операции Бегера, Фрея, панкреатодуоденальная резекция).

Литература

1. Солодовников А.Г. Модуль PAN-26 опросника QLQ-C30 (EORTC) для оценки качества жизни у больных с хроническим панкреатитом / А.Г. Солодовников, С.Ю. Алферов // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы 60 межвузовской научно-практической конференции молодых ученых и студентов Екатеринбург, 2005г. : Изд-во УГМА, 2005. – С. 341-343.
2. Феценко Ю.И. Процедура адаптации международного опросника качества жизни MOS SF-36 в Украине. Опыт применения у больных бронхиальной астмой / Ю.И. Феценко // Украинский пульмонологический журнал. – 2002. – №3. – С.9-11.
3. Хабирова Н.Г. Особенности качества жизни у больных хроническим панкреатитом с избыточной массой тела / Н.Г. Хабирова // ДонНМУ Университетская клиника. – 2008. – Т.4, №2. – С. 77-79.
4. Ширинская Н.В. Психологический статус и оценка качества жизни у больных хроническим панкреатитом / Н.В. Ширинская, А.Е. Росляков // Вестник Клуба панкреатологов. – 2009. – №1. – С. 79-82.
5. Beger H.G. Diseases of the Pancreas / H.G. Beger, S. Matsuno, J.L. Cameron. – Berlin Heidelberg : Springer-Verlag, 2008. – 905 p.

6. Fayers P.M. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd edition) / P.M. Fayers, N.K. Aaronson, K. Bjordal, M. Groenvold, D. Curran, A. Bottomley on behalf of the EORTC Quality of Life Group. Brussels. – EORTC, 2001.
7. Fitzsimmons D. Symptoms and quality of life in chronic pancreatitis assessed by structured interview and the EORTC QLQ-C30 and QLQ-PAN26 / D. Fitzsimmons, S. Kahl, G. Butturini, M. van Wyk [et al.] // American Journal of Gastroenterology. – 2005. – №100. – P. 918-926.
8. Pezzilli R. Quality of life in patients with chronic pancreatitis / R. Pezzilli, A.M. Morselli Labate, R. Ceciliato Frulloni L. [et al.] // Dig Liver Dis. – 2005. – V. 37. – P. 181-189.
9. Takayuki A. Long-term Outcomes after Frey's Procedure for Chronic Pancreatitis With an Inflammatory Mass of the Pancreatic Head with Special reference to Locoregional Complications / A. Takayuki, U. Eiji, M. Akira [et al.] // J Nippon Med Sch. – 2013. – №80. – P. 148-154.
10. Wehler M. Factors associated with health-related quality of life in chronic pancreatitis / M. Wehler, R. Nichterlein, B. Fischer [et al.] // Am J Gastroenterol. – 2004. – V. 99. – P.138-146.
11. Mokrowiecka A. Clinical, emotional and social factors associated with quality of life in chronic pancreatitis / A. Mokrowiecka, D. Pinkowski, E. Malecka-Panas, C. D. Johnson // Pancreatol. – 2010. – №10. – P. 39-46.
12. Koller Michael. Translation procedures for standardised quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach / Michael Koller, Aaronson, K. Neil [et al.] // European Journal of Cancer. – 2007. – №43. – P. 1810-1820.
13. Johnson C.D. Quality of life after pancreatectomy / C.D. Johnson, F. Howse, D. Fitzsimmons, S. Harris, [et al.] // Annals of Surgical Oncology. – 2007. – №14. – P. 750-751.
14. Johnson C.D. Combined scaling of the responses of patients with pancreatic disease to the Eortc Qlq C30 and Qlq Pan26 / C.D. Johnson, P. Roussou, S. Harris, R. Pickering // Pancreas. – 2006. – №33. – P. 472.
15. Johnson C.D. Quality of life after surgery for chronic pancreatitis / C.D. Johnson, D. Fitzsimmons // Pancreatol. – 2006. – №5. – P. 497-498.

Реферат

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ОПИТУВАЛЬНИКІВ EORTC QLQ - C30, EORTC QLQ - PAN28 У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Стешенко А.О.

Ключові слова: хронічний панкреатит, хірургічне лікування, якість життя.

У статті проаналізовано результати оцінки якості життя 68 хворих на хронічний панкреатит у віддаленому періоді після хірургічного лікування, розподілених на дві групи. У першу групу включені 49 (72,1 %) пацієнтів, яким виконувалася розроблена паренхімозберігаюча операція. У другу групу увійшли 19 (27,9 %) хворих, яким виконані стандартні резекційні втручання (операції Бегера, Фрея, пілорозберігаюча панкреатодуоденальна резекція). Середній вік склав 52 роки. Чоловіків було 53 (77,9 %), жінок - 15 (22,1 %). Якість життя хворих оцінювалася з використанням міжнародних опитувальників EORTC QLQ - C30 V.3 (загальна версія) та QLQ - PAN28 - специфічна версія для хронічного панкреатиту. Матеріали проведеного дослідження якості життя у хворих на хронічний панкреатит після різних типів хірургічного лікування за всіма шкалами EORTC QLQ - C30 V3.0 і EORTC QLQ - PAN28 показали достовірно більш високу якість життя у віддаленому періоді в групі хворих після паренхімозберігаючих операцій, що підтверджує її ефективність.

Summary

EVALUATING QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS AFTER SURGICAL TREATMENT BY QUESTIONNAIRES EORTC QLQ - C30, EORTC QLQ - PAN28

Steshenko A.A.

Keywords: chronic pancreatitis, surgical treatment, quality of life.

Introduction: The clinical evaluation of the benefits of surgery treatments for chronic pancreatitis should include the assessment of patient activity, emotional activities, and well-being. Health-related quality of life is becoming a major issue in the evaluation of patients with chronic or difficult diseases where the aim of the intervention is to keep patients either symptom-free, to reduce the discomfort caused by the disease.

In this article we present the study on evaluating quality of life in patients with chronic pancreatitis after parenchymapreserving operations.

Objective. The aim of the study is to assess quality of life in patients with chronic pfncreatitis who underwent parenchymapreserving operations versus resected methods of surgery by common questionnaire EORTC QLQ - C30 and private EORTC QLQ - PAN28.

Materials and Methods. We analyzed the results of surgical treatment in 68 patients with chronic pancreatitis in the late period of 5 years follow up the surgery. All patients were divided into two groups. The first group included 49 (72.1%) patients who underwent parenchyma preserving operations. The second group included 19 (27.9%) patients who underwent standard resection intervention (Beger procedure, Frey procedure, pyloruspreserving pancreatoduodenectomy). The average age was 52 years. There were 53 males (77.9%) and 15 (22.1%) women.

Quality of life was assessed by the EORTC QLQ-C30 and QLQ-PAN28 forms.

The patients were interviewed by direct conversation according patient self-report questionnaire. Filling in the questionnaire PAN28 at this stage in non-English speaking countries should only be conducted in the presence of the interviewer, who helps the patient, who does not know English language, to understand the meaning of questions. This is due to the fact that the official translated version of the questionnaire is not there yet. The process multilingual translation will be carried out only QL-center department EORTC. The use of a specific questionnaire PAN28 in research is only possible after the official registration of the contract with the center QL EORTC.

Results: The study groups were homogeneous with respect to age, gender, preoperative and intraoperative factors, and complications.

Quality of life in patients with chronic pancreatitis after different types of surgery for all scales of EORTC

QLQ - C30 V3.0 and EORTC QLQ - PAN28 showed significantly better quality of life in the long term follow up period in patients underwent parenchymapreserving operations, confirming its effectiveness.

Conclusions. Quality of life in patients with chronic pancreatitis in the remote term follow up after parenchymapreserving surgery, on all the scales of international questionnaires EORTC QLQ - C30 V.3, EORTC QLQ - PAN28, was significantly better compared to surgical interventions as resection methods. Parenchymapreserving surgery is the treatment of choice for chronic pancreatitis with pancreatic and biliary ductal hypertension and can be considered as a possible alternative to resection surgery (Beger procedure, Frey procedure, pyloruspreserving pancreatoduodenectomy).

УДК:617-002.3:616.5-002:576.8.097.29:616-079:616-08:615

Умеров Э.Э.

ИЗМЕНЕНИЕ МАРКЕРОВ ЭНДОТОКСИКОЗА У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ И ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ РАНАМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА НА ФОНЕ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им.С.И. Георгиевского», г. Симферополь

В статье проанализированы изменения маркеров эндогенной интоксикации у больных с трофическими язвами и гнойно-некротическими ранами нижних конечностей различного генеза на фоне местной терапии. Биохимические исследования проведены у 114 больных с трофическими язвами и гнойно-некротическими ранами при хронической артериальной и венозной недостаточности и сахарном диабете, составивших три клинических группы. При проведении курса лечения каждая клиническая группа была разделена на подгруппы, в которых использовалась стандартная местная терапия и перевязочный материал с антибактериальными свойствами. В качестве маркеров эндотоксикоза спектрофотометрически исследовали уровни среднемолекулярных пептидов. В процессе лечения отмечено снижение показателей эндогенной интоксикации во всех клинических группах больных. Однако у больных, которым применяли стандартную местную терапию, процесс стабилизации этих показателей носил менее выраженный характер. В то же время, включение в базисную местную терапию перевязочного материала с антибактериальными свойствами позволило существенно снизить уровень эндогенной интоксикации уже в ранние сроки лечения. В свою очередь это обстоятельство способствовало ускорению выздоровления больных и сокращению сроков лечения.

Ключевые слова: эндогенная интоксикация, трофические язвы, местное лечение

Работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ ГУ «КГМУ им. С.И. Георгиевского» в рамках научной тематики кафедры хирургии № 2. Шифр темы: 05/12, № Государственной регистрации: 0112U003087.

Вступление

Термин «трофическая язва» широко распространен в медицине, носит собирательный характер и не имеет регистра в международной классификации болезней [2,8]. Трофическая язва (ТЯ) или длительно незаживающая рана, как правило, возникает у пациентов с нарушениями трофики и иннервации кожи, обусловленными различными патологическими процессами: хроническими нарушениями артериального (ХАН) и венозного кровообращения (ХВН), микроангиопатией при сахарном диабете (СД). Высокая распространенность длительно незаживающих ран приходится на экономически развитые страны. В США хроническими язвами различной этиологии страдают до 6,5 миллионов пациентов [2,3,6]. Частота заболевания в России и Западной Европе составляет от 1 до 4% населения и остается неизменной многие годы [2,3]. Среди российских граждан насчитывается более 2,5 миллионов пациентов с трофическими язвами нижних конечностей [2,8].

В последние десятилетия, достигнут значительный прогресс в понимании молекулярных механизмов основных фаз нормального и

осложненного раневого процесса [2], а современные взгляды на лечение гнойных ран базируются на сформированных в последние годы представлениях, что все раны независимо от их происхождения и локализации, развиваются по единым биологическим законам [5]. В тоже время на заживление ран любой этиологии значительное влияние оказывает эндогенная интоксикация [9]. Патогенез эндогенной интоксикации (ЭИ) при гнойно-воспалительных хирургических заболеваниях сложен. В основе ЭИ лежит интенсивное поступление из очага воспаления и деструкции в системы циркуляции (кровь, лимфу, интерстициальную жидкость) в высоких концентрациях продуктов патологического метаболизма, экзо- и эндотоксинов, продуктов жизнедеятельности и деградации бактерий, ферментов, биологически активных веществ, продуктов клеточной и белковой деградации [5]. Объективная оценка тяжести синдрома ЭИ возможна при комплексном изучении маркеров, характеризующих это общепатологическое состояние с применением интегральных диагностических показателей и индексов [4]. Общепринятыми универсальными маркерами ЭИ являются среднемолекулярные пептиды (СМО), используемые