

11. Василевский И. И., Маркелов Е. М., Пампутис Н. П. Обоснование расчлененных операций при обтурационном илеусе толстой кишки // Острые хирургические заболевания брюшной полости. Ростов-на-Дону, 1991. С. 29–30.

A. N. LISCHENKO, V. M. NOVIKOV

SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED MALIGNANT COLON'S GROWTH

We have analyzed 1414 patients with malignant colon's growth. The flow of the disease had

complicated with acute colon's obstruction in 1057 (74,7%) cases, perforation and general peritonitis in 159 (11,2%) cases, haemorrhage in 135 (9,6%) cases, intratumoral and perifocal inflammation in 63 (4,5%) cases.

Type of surgical corrections depended on localization of tumor and kind of complications. Lethality after radical treatment of the malignant colon's growth with the bowels obstruction makes 28,8%.

Key words: malignant colon's growth, acute colon's obstruction.

А. М. МАНУЙЛОВ, А. И. ШАДИЕВ, Е. А. БОЛДОВСКАЯ

ВЛИЯНИЕ ЭНТЕРОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА И РАДИКАЛЬНУЮ ДУОДЕНОПЛАСТИКУ

Кафедра хирургии, урологии, травматологии и ортопедии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета, г. Краснодар

Язвенная болезнь в настоящее время является одним из самых распространенных заболеваний органов пищеварения. Успехи современной фармакотерапии заметно не повлияли на частоту развития осложнений, требующих хирургического лечения, при этом 15–20% больных оперируются по экстренным показаниям или в плановом порядке (Комаров Ф. И. с соавт., 1992; Панцырев Ю. М., 1995).

Язвенный дефект желудка или двенадцатиперстной кишки возникает вследствие нарушения равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного сока и факторами защиты слизистой оболочки. Такая схема патогенеза язвенной болезни была предложена в 1959 году Shay и остается справедливой и по настоящее время.

Считается, что сама язва – это результат нарушения равновесия кислотно-пептической агрессии и защитных свойств слизистой оболочки желудка и ДПК (Баранская Е. К., 2000; Васильев Ю. В., 2002; Авакмян В. А. с соавт., 2003; Дель-Валль Д., 1999). Каждая функция всегда выполняется конкретной структурой (Саркисов Д. С., 1987). Среди хирургов пока нет единого мнения об оптимальной хирургической тактике у пациентов с осложненным течением язвенной болезни (Брискин Б. С. с соавт., 1991; Оноприев В. И. с соавт., 2001; Хэм А. В. с соавт., 1983).

Попытки излечения язвенной болезни путем резекции желудка или ваготомии не приводят к снижению летальности и заметно ухудшают качество жизни (Горбунов В. Н. с соавт., 1998; Гринберг А. А. с соавт., 1996; Крылов Н. Н. с соавт., 1998).

Показания к хирургическому лечению не ограничивают диапазон выбора тактики в лечении осложненной дуоденальной язвы. Пожалуй, еще более остро стоит вопрос, какое хирургическое вмешательство необходимо предпринять в той или иной конкретной ситуации (Мануйлов А. М. с соавт., 2001).

Большая частота пострезекционных и постваготомических патологических синдромов заставляет хирургов искать альтернативные пути лечения язвенной болезни и ее осложнений.

В последние два десятилетия в мировой клинической литературе прогрессивно увеличивается число работ, освещающих качество жизни (КЖ) пациентов. Под этим термином чаще всего понимают индивидуальную способность к функционированию в обществе и комплекс физических, эмоциональных, психических и интеллектуальных характеристик человека (Viefhues H. et al., 1991). Само понятие КЖ вошло в клиническую практику в 1982 г., когда А. McSweeney (1982) выделил

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	<20	20–29	30–39	40–49	50–59	>60	Всего
Мужчины, %		5 (5,2%)	11 (11,4%)	29 (30,2%)	12 (12,5%)	10 (10,4%)	67 (69,7%)
Женщины, %		2 (2,1%)	7 (7,3%)	11 (11,5%)	4 (4,2%)	5 (5,2%)	29 (30,3%)
ИТОГО		7 (7,3%)	18 (18,7%)	40 (41,7%)	16 (16,7%)	16 (15,6%)	96 (100%)

Показатели КЖ (PUDQ) у больных, перенесших различные хирургические вмешательства по поводу осложненной язвенной болезни ДПК, находящихся в отдалённом послеоперационном периоде, в сроках более одного года

Шкала	Показатель			
	Резекция по Бильрот-1	Резекция по Бильрот-2	РДП + СПВ	РДП
Как часто вы чувствовали боли в животе?	4,1±1,19	2,8±1,31	4,9±1,19	5,1±1,28
Как часто вы чувствовали усталость, снижение трудоспособности?	4±1,05	3,2±1,75	4,4±1,34	5±1,05
Как часто вы не могли выполнять свою работу из-за болезни?	5,1±1,1	3,5±1,84	4,2±1,31	5,2±1,03
У вас был упадок сил?	5,1±1,19	2,9±1,72	4,4±1,42	5±1,05
Вы принимали противоязвенные препараты?	3,4±2,17	2,6±1,83	4,4±1,42	4,6±1,77
Вам приходилось увеличивать дозу противоязвенных препаратов?	4,7±1,15	2,7±1,88	4,7±1,15	5,3±1,05
Вам приходилось отменять свои встречи из-за болезни?	4,5±1,26	3±1,82	5,2±1,03	4,7±1,56
Вы испытывали проблемы на отдыхе из-за болезни?	3,7±1,94	2,4±1,89	4,5±1,43	4,9±1,19
У вас плохой сон?	3,8±1,47	3±2,05	4,6±1,26	4,6±1,17
У вас было плохое настроение?	4,4±1,17	2,4±1,83	4,3±1,06	4,5±1,18
Вы не могли расслабиться и освободиться от напряжения?	3,3±1,15	2,5±1,84	4,4±1,42	5±1,05
Как часто вы были опечалены или расстроены?	4,5±1,08	2,7±1,88	4,5±1,35	4,6±1,26
Как часто вы чувствовали голод?	4±1,41	4,0±1,49	4,1±1,19	5±1,05
У вас были сексуальные проблемы из-за язвенной болезни?	4,6±1,5	3,8±1,87	4,6±1,95	5,2±1,22
Как часто вы чувствовали раздражение?	3,9±1,37	2,7±1,88	4,4±1,42	5,1±1,1
Как часто вы чувствовали недостаток внимания к вам окружающих?	4,2±1,47	3,4±1,77	4,5±1,43	5,2±1,03
Как часто вы испытывали неудовлетворенность собой и чувствовали себя несчастным(ой)?	4,5±1,58	3±1,82	4,6±1,51	5,1±1,1
ВСЕГО	71,8±1,36	50,6±1,79	76,2±1,34	84,1±1,2

Примечание: цифрами обозначена степень выраженности симптомов в баллах от 0 до 6 по шкале (постоянно – 0, большую часть времени – 1, часто – 2, иногда – 3, редко – 4, очень редко – 5, никогда – 6).

4 аспекта КЖ: эмоциональное функционирование, социальное функционирование, повседневная активность и проведение досуга. Качество жизни включает 3 основных компонента: функциональная способность, восприятие, симптомы болезни и последствия лечения (Оноприев В. И., Корочанская Н. В. с соавт., 2001).

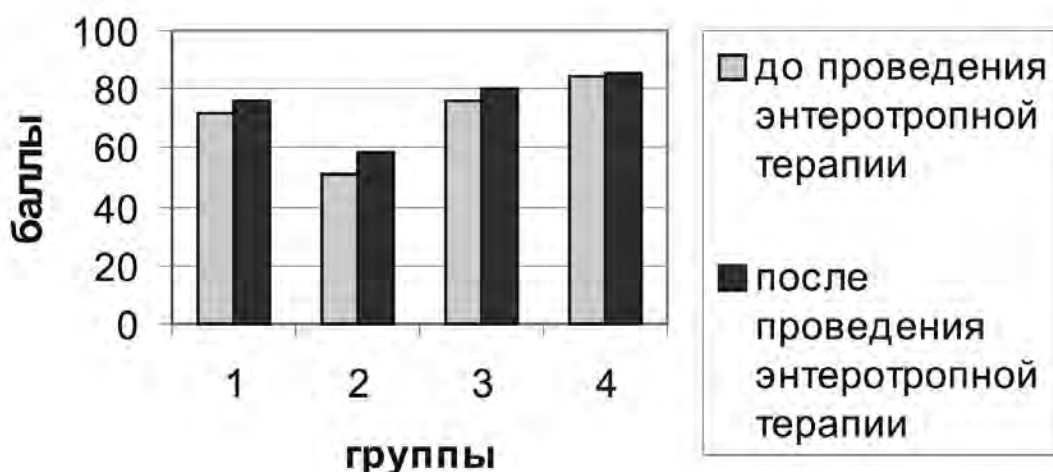
Материалы и методы исследования

В основу данной работы положены результаты обследования 96 пациентов, оперированных ранее по поводу осложненного течения язвенной болезни, в период с мая 1999 года по август 2004 года. Все они находились на лечении в первом, втором и третьем экстренных хирургических отделениях больницы скорой

**Показатели КЖ после проведения энтеротропной терапии
у больных, перенесших различные хирургические вмешательства
по поводу осложненной язвенной болезни ДПК,
находящихся в отдалённом послеоперационном периоде,
в сроках более одного года**

Шкала	Показатель			
	Резекция по Бильрот-1	Резекция по Бильрот-2	РДП + СПВ	РДП
Как часто вы чувствовали боли в животе?	4,3±1,15	3,3±0,94	5,1±0,99	5,2±1,13
Как часто вы чувствовали усталость, снижение трудоспособности?	4,2±0,95	3,6±1,95	4,7±1,33	5,1±0,87
Как часто вы не могли выполнять свою работу из-за болезни?	5,5±0,52	3,9±1,37	4,3±1,25	5,3±0,82
У вас был упадок сил?	5,2±1,03	3,2±1,81	4,6±1,17	5,1±0,84
Вы принимали противоязвенные препараты?	3,8±1,87	2,9±1,85	4,7±1,41	4,7±1,57
Вам приходилось увеличивать дозу противоязвенных препаратов?	4,9±1,1	3,1±1,66	4,8±1,03	5,4±0,84
Вам приходилось отменять свои встречи из-за болезни?	4,7±1,06	3,5±1,35	5,3±0,82	4,8±1,39
Вы испытывали проблемы на отдыхе из-за болезни?	4,1±1,72	3,1±1,859	4,8±1,13	5±1,05
У вас плохой сон?	4,1±1,37	3,8±1,61	4,7±1,15	4,7±1,06
У вас было плохое настроение?	4,6±0,96	3±1,63	4,4±0,96	4,6±1,07
Вы не могли расслабиться и освободиться от напряжения?	3,7±0,94	3±1,69	4,6±1,17	5,1±0,87
Как часто вы были опечалены или расстроены?	4,6±1,07	2,7±1,88	4,7±1,06	4,8±1,13
Как часто вы чувствовали голод?	4,3±1,05	4,1±1,37	4,3±0,94	5,1±0,88
У вас были сексуальные проблемы из-за язвенной болезни?	4,9±1,19	4,2±1,39	4,7±1,88	5,3±1,06
Как часто вы чувствовали раздражение?	4,1±1,2	3,3±1,63	4,6±1,17	5,2±0,91
Как часто вы чувствовали недостаток внимания к вам окружающих?	4,8±1,54	4±1,49	4,7±1,15	5,3±0,82
Как часто вы испытывали неудовлетворенность собой и чувствовали себя несчастным(ой)?	4,5±1,58	3,6±1,64	4,8±1,15	5,2±0,92
ВСЕГО	76,3±1,17	58,6±1,57	79,8±1,17	85,9±0,96

Примечание: цифрами обозначена степень выраженности симптомов в баллах от 0 до 6 по шкале (постоянно – 0, большую часть времени – 1, часто – 2, иногда – 3, редко – 4, очень редко – 5, никогда – 6).



Динамика индекса качества жизни по критерию PUDQ в исследуемых группах до и после применения энтеротропной терапии

Примечание: 1 – резекция по Б-1,
2 – резекция по Б-2,
3 – РДП+СПВ,
4 – РДП.

медицинской помощи г. Краснодара. Возраст больных составил от 22 до 87 лет, 67 мужчин и 29 женщин. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

В зависимости от методов оперативного лечения все больные были разделены на четыре группы.

Первая группа – 11 больных, которым выполнена резекция желудка с восстановлением непрерывности ЖКТ по Бильрот-1.

Вторая группа – 26 больных, которым выполнена резекция желудка по Бильрот-2.

Третья группа – 22 больных, которым произведена радикальная дуоденопластика с выполнением селективной проксимальной ваготомии (СПВ).

Четвертая группа – 37 больных, которым произведена радикальная дуоденопластика без выполнения СПВ.

Больные были сопоставимы по характеру основного заболевания, предоперационной функции печени, общему объему и технике выполнения оперативного вмешательства, а также общему удовлетворительному состоянию в отдаленном послеоперационном периоде.

Кроме того, исследования проводились у 20 практически здоровых людей из числа контрольной группы в возрасте от 24 до 36 лет.

Все больные, находящиеся в отдаленном послеоперационном периоде, получали наряду с основным комплексом адаптационных лечебных мероприятий энтеротропную терапию на протяжении двух месяцев.

Всем больным проводилось обследование, включающее в себя: анализы крови и мочи, эзофагогастро-дуоденоскопия (ЭГДС), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости.

Качество жизни (КЖ) оценивали с помощью специфического опросника PUDQ. Он состоит из 17 вопросов, считается одной из наиболее часто используемых методик оценки КЖ больных ЯБ ДПК (Оноприев В. И., Корочанская Н. В., Бендер Л. В., Клименко Л. И., 2001). Ответы на вопросы оценивались по шкале (от 0 до 6 баллов). Гипотетический диапазон результатов опросника PUDQ составляет от 0 до 204 баллов (чем больше баллов, тем выше уровень качества жизни). Исследование КЖ выполнялось у больных, перенесших хирургическое лечение, путём почтовой рассылки или в стационаре в момент госпитализации. Анкеты больные заполняли самостоятельно. Его целью являлось формирование объективного суждения о КЖ больных, перенесших хирургическое лечение, в отдаленные сроки послеоперационного периода, с определением проблем, присущих этой группе больных и отрицательно сказывающихся на КЖ.

Результаты исследования

В результате исследования качества жизни (КЖ) у больных, перенесших хирургическое лечение и находящихся в отдаленном послеоперационном периоде (более 1 года), были получены данные, представленные в таблице 2.

Индекс качества жизни в 1-й группе у больных с резекцией желудка по Бильрот-1 составил $71,8 \pm 1,36$ балла. Во 2-й группе, где непрерывность пищеварительного тракта восстановлена путем формирования гастроэнтероанастомоза по Бильрот-2, – $50,6 \pm 1,79$ балла. В 3-й группе, у больных, перенесших радикальную дуоденопластику с выполнением селективной проксимальной ваготомии, – $76,2 \pm 1,34$ балла. У больных в 4-й группе, перенесших радикальную дуоденопластику, индекс качества жизни составил $84,1 \pm 1,2$ балла.

Всем больным в основной группе выполнено исследование индекса качества жизни PUDQ и после проведения энтеротропной терапии.

Влияние энтеротропной терапии на КЖ больных, перенесших хирургическое лечение, находящихся в отдалённом послеоперационном периоде (более 1 года), представлено в таблице 3 и на графике.

Обсуждение

Как видно из таблицы 2, КЖ больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-2, находящихся в отдалённом послеоперационном периоде, значительно ниже аналогичных показателей, характерных для больных, перенесших другие типы хирургического лечения. Лучшие показатели КЖ отмечены в группе больных, перенесших РДП.

При более детальном рассмотрении результатов, приведённых в таблице 2, формируется возможность определить причины, ответственные за эти изменения.

Хотя разница в значениях показателей, описывающих КЖ, между рассматриваемыми группами больных наблюдается во всей структуре применяемой оценочной системы, наиболее выраженные отличия регистрируются в разделах, относящихся к симптоматическим шкалам и отдельным пунктам, описывающим наличие и выраженность симптоматики.

Это, в свою очередь, указывает на существование у больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-2, характерных жалоб, в том числе и прямого абдоминального генеза, сохраняющихся на протяжении длительного времени послеоперационного периода и оказывающих влияние и в какой-то степени определяющих их КЖ.

После применения энтеротропной терапии длительностью два месяца у больных, перенесших различные виды хирургического лечения, показатели КЖ улучшились, что указывает на влияние энтеротропной терапии на КЖ больных, перенесших хирургическое лечение, в отдалённом послеоперационном периоде (табл. 3).

Из графика видно, что проведение энтеротропной терапии оказывает положительное влияние на качество жизни больных и может быть рекомендовано для включения его в комплекс адаптационных, лечебных мероприятий.

Заключение

В результате проведённого исследования можно сделать следующие выводы:

1. КЖ больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-2, находящихся в отдалённом послеоперационном периоде, значительно ниже аналогичных показателей, характерных для больных, перенесших другие типы хирургического лечения.

2. Лучшие показатели КЖ отмечены в группе больных, перенесших РДП.

3. После применения энтеротропной терапии у больных, перенесших различные виды хирургического лечения, показатели КЖ улучшились.

4. Проведение энтеротропной терапии может быть рекомендовано для включения ее в комплекс адаптационных лечебных мероприятий.

Поступила 21.03.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакимян В. А., Скороходов Е. В., Авакимян А. В. Применение кватерала при лечении гастродуоденальных язв, осложнённых кровотечением // Кубанский научный медицинский вестник. 2003. № 6 (67). С. 11–13.
2. Брискин Б. С., Корниенко А. А., Маламуд И. З. Принципы и обоснование лечебной тактики при язвенных кровотечениях // Хирургия. 1991. № 5. С. 41–45.
3. Горбунов В. Н., Ситник А. П., Корнеев Н. Н., Гордеев С. А., Столярчук Е. В., Уржумцева Г. А. Сравнительные результаты хирургического лечения прободных и кровоточащих пилорoduоденальных язв // Хирургия. 1998. № 9. С. 14–17.
4. Гринберг А. А., Затевахин И. И., Щеголев А. А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. М., 1996. С. 149.
5. Крылов Н. Н. Лечение пострезекционных синдромов // Русский медицинский журнал. 1998. Т. 6, № 7. С. 22–25.
6. Мануйлов А. М., Лищенко А. Н. Технологические стандарты дуоденопластики в хирургическом лечении осложненной язвы двенадцатиперстной кишки // Мат. Всерос. научно-практ. конф., г. Ейск, 2001. С. 44–46.
7. Новикова Н. Н. К вопросу о распространенности язвенной болезни желудка и ДПК в Краснодарском крае // Социальная медицина на рубеже XXI века. Краснодар: Советская Кубань, 1999. С. 106–110.
8. Оноприев В. И., Генрих С. Р., Сериков С. Г., Попандопуло К. И. Пути повышения эффективности лечения язвенной болезни ДПК, осложненной кровотечением // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2001. Т. 11, № 5, прил. 15. С. 31.
9. 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.
10. Панцырев Ю. М., Сидоренко В. И., Чернякевич С. А. и др. Результаты стволовой и селективной проксимальной ваготомии в сочетании с дренирующими желудок операциями при язвенном пилорoduоденальном стенозе // Вестн. хирургии. 1989. № 8. С. 12–16.
11. Хэм А. В., Кормак Д. Г. Гистология. М.: Мир, 1983. Т. 4. С. 126–137.

**A. M. MANUJLOV, A. I. SHADIEV,
E. A. BOLDOVSKAYA**

INFLUENCE ENTEROTROPIC THERAPIES ON THE QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WHO HAVE TRANSFERRED A RESECTION OF A STOMACH AND RADICAL DUODENOPLASTIC

Influence of enterotropic therapy is studied on quality of life (QL) of the patients, carrying surgical treatment, in a remote postoperational period. Researches are conducted for 96 patients of carrying operative treatment. QL estimated by the questionnaire of PUDQ to and after conducting of enterotropic therapy, during two months. The best indexes of QL are marked in the group of patients of carrying radical duodenoplastic (RDP). A conclusion is done, that conducting of enterotropic therapy is rendered by positive influence on quality of life of patients and it can be recommended for plugging of him in the complex of measures of adaptations, medical.