

55,8%. При этом каждый стационар отличает собственная политика распределения расходов, связанных с фармакотерапией ХОБЛ [12].

Необходимость активного проведения собственных фармакоэкономических исследований в России проистекает также и из того, что наряду с их незаменимостью для здравоохранения экстраполирование результатов зарубежных авторов не вполне корректно. Причиной тому служит, в частности, значительное отличие российской системы здравоохранения от здравоохранения США и западноевропейских стран, на чью долю приходится более 90% подобных работ, посвященных рассматриваемой проблеме.

Проведенный анализ отечественного и зарубежного опыта в области фармакоэкономических оценок лекарственной терапии больных ХОБЛ по материалам доступных литературных источников указал на необходимость в большем количестве данных исследований в России. Существующие трудности в лекарственном обеспечении граждан РФ неэффективно преодолевать только лишь увеличением ассигнований без четкой схемы оптимизации, базирующейся на совместном анализе клинической эффективности и экономической целесообразности медикаментозной помощи. В свою очередь недостаточный объем финансирования и потребность в рациональном использовании ограниченных финансовых ресурсов являются основными предпосылками к применению методов фармакоэкономики. К сожалению, несмотря на все приведенное многообразие существующих подходов к такой оценке, в отечественном здравоохранении на сегодняшний день данный инструмент используется лишь частично. Открытым остается вопрос о совершенствовании с обозначенных позиций механизма функционирования системы льготного лекарственного обеспечения, так как в большинстве своем подобные исследования посвящены анализу лишь стационарной помощи. В результате, в настоящее время необходимость интенсифицировать применение фармакоэкономического анализа в России особенно остро ощущается на амбулаторном этапе лечения, где обеспечиваются медикаментами отдельные категории пациентов с ХОБЛ. Безусловно, внедрение оптимальных подходов к лечению на основании данных фармакоэкономики позволит, с одной стороны, повысить качество терапии, а с другой – рационально использовать денежные средства, выделяемые для лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан РФ, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде НСУ и страдающих ХОБЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айсанов З.Р., Кокосов А.Н., Овчаренко С.И. и др. Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа // РМЖ. – 2001. – № 1. – С. 9–33.
2. Вознесенский Н.А. Длительная терапия флуимуцилом (N-ацетилцистеином) при хронической обструктивной болезни легких: исследование BRONCUS // Пульмонология и аллергология. – 2003. – № 4. – С. 15–17.
3. Воробьев П.А., Белевский А.С., Тюрина И.В., Авксентьева М.В. Клинико-экономический анализ ведения больных с хронической обструктивной болезнью легких в условиях типичной практики // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2004. – № 3. – С. 42–45.
4. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких / Пер. с англ.; под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Атмосфера, 2003. – 96 с.
5. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких / Пер. с англ.; под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Атмосфера, 2006. – 98 с.
6. Игнатьев В.А., Титова О.Н., Гуляева О.И. ХОБЛ: эпидемиология и экономический ущерб // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2007. – № 4. – С. 37–46.
7. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких / Под ред. Чучалина А.Г. – М.: Изд-во "Атмосфера", 2004. – 256 с.
8. Комиссинская И.Г., Степченко А.А., Ворона И.С. Фармакоэкономические аспекты лечения ревматоидного артрита // Курский научн.-практич. вестн. "Человек и его здоровье". – 2008. – № 3. – С. 122–129.
9. Павленко С.С., Павленко Н.С., Куделя Л.М. и др. Исследование эффективности лечения больных хронической обструктивной болезнью легких препаратом Спирива (тиотропия бромид) в Новосибирской области // Пульмонология. – 2005. – № 4. – С. 92–96.
10. Прикладная фармакоэкономика: учеб. пособие / Под ред. В.И. Петрова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 336 с.
11. Протокол ведения больных "Хроническая обструктивная болезнь легких" // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 1. – С. 5–119.
12. Тарасенко И.В., Светлый Л.И., Кулес В.Г., Лопухова В.А. Оценка применения лекарственных средств для лечения больных хронической обструктивной болезнью легких в стационарах курского региона // Клиническая фармакология и терапия. – 2006. – № 15 (4). – С. 85–86.
13. Цветкова О.А., Белов А.А., Буянова О.Е. и др. Эффективность и безопасность терапии атровентом и беродуалом у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ишемической болезнью сердца // Пульмонология. – 2002. – № 3. – С. 100–106.

14. Buist S.A. The Economic Burden of COPD. Proceeding of the satellite symposium N1 "The Impact of COPD". 9th European Respiratory Society Annual Congress. Madrid, 1999. – P. 8–11.
15. Carone M., Ambrosino N., Bertolotti G. et al. Quality of life evaluation and survival study: a 3-yr prospective multinational study on patients with chronic respiratory failure // *Monaldi Arch. Chest Dis.* – 2001. – Vol. 56, N 1. – P. 17–22.
16. Domingo-Salvany A., Lamarca R., Ferrer M. et al. Health-related quality of life and mortality in male patients with chronic obstructive pulmonary disease // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2002. – Vol. 166. – P. 680–685.
17. Jones P.W., Quirk F.H., Baveystock C.M., Littlejohns P. A selfcomplete measure of health status for chronic airflow limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire // *Am Rev. Respir. Dis.* – 1992. – Vol. 145. – P. 1321–1327.
18. Oga T., Nishimura K., Tsukino M. et al. Analysis of the factors related to mortality in chronic obstructive pulmonary disease: role of exercise capacity and health status // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2003. – Vol. 167. – P. 544–549.
19. Oostenbrink J.B., Rutten-van Molken M.P.M.H., van Noord J.A., Vincken W. One-year cost-effectiveness of tiotropium versus ipratropium to treat chronic obstructive pulmonary disease. // *Eur. Respir. J.* – Vol. 23. – 2004. – P. 241–249.
20. Rutten-van Molken M., Oostenbrink J. Cost of Exacerbation. Proceeding of the symposium "Prevention and Management of Exacerbations of COPD". World Congress on Lung Health and 10th European Respiratory Society Annual Congress. Florence; 2000.
21. Spencer M., Briggs A.H., Grossman R.F., Rance L. Development of an economic model to assess the cost effectiveness of treatment interventions for chronic obstructive pulmonary disease. PMID: 15960557 [PubMed – indexed for MEDLINE].
22. Spencer S., Jones P.W. Time course of recovery of health status following an infective exacerbation of chronic bronchitis // *Thorax.* – 2003. – Vol. 58, N 7. – P. 589–593.
23. Ware J.J., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med. Care* 1992; 30: 473–83; The EuroQol Group. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life // *Hlth Policy.* – 1990. – Vol. 16. – P. 199–208.

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

© *Иванов С.В., Григорьев С.Н., Щербакова С.С., Заикина И.Д., Машенцева В.В., Захарова Т.В.*

Кафедра хирургических болезней № 1, кафедра хирургических болезней ФПО
Курского государственного медицинского университета, Курск;
Курская областная клиническая больница, Курск
E-mail: proff-ivanov@yandex.ru

До настоящего времени проблема хирургического лечения хронического панкреатита остается актуальным разделом хирургической панкреатологии. Это связано с ростом заболеваемости данной патологии, неудовлетворенностью результатов оперативного лечения. При решении вопроса об оперативном вмешательстве по поводу хронического панкреатита и его осложнений в виде кист большинство хирургов считает устранение причины заболевания и ликвидацию внутрипротоковой гипертензии, применяя в связи с этим паллиативные операции – внутреннее дренирование протоковой системы, кист поджелудочной железы, малоинвазивные манипуляции (эндоскопические и миниинвазивные операции под контролем УЗИ). При грубых необратимых изменениях паренхимы поджелудочной железы и главного панкреатического протока многие авторы рекомендуют различные по объему резекции ПЖ. Однако по данным литературы не существует единого мнения в показаниях к операциям на ПЖ. Также проблема современной хирургии хронического панкреатита заключается в сложности правильного выбора метода оперативного вмешательства при хроническом панкреатите. Выбор операции определяется на основании субъективного мнения хирурга. Таким образом, отсутствие единого мнения в показаниях к операциям на поджелудочной железе при хроническом панкреатите послужило основанием заняться этой проблемой. Цель работы – определение показаний к различным видам операций при хроническом панкреатите на основании ранговой системы. В клинике хирургических болезней № 1 в ОКБ г. Курска за период с 1998 по 2008 гг. выполнено 32 панкреатодуоденальных резекций, 12 – корпорокаудальных резекций, 19 – продольных панкреатоjejunостомий, 157 – перкутанных дренирований кист поджелудочной железы. Проведен многофакторный анализ и разработана ранговая система, с помощью которой определены показания к различным видам оперативного вмешательства при хроническом панкреатите.

Ключевые слова: хронический панкреатит, панкреатодуоденальная резекция, продольная панкреатоjejunостомия, корпорокаудальная резекция, перкутанное дренирование, ранговая система, система баллов.

THE CHOICE OF OPERATIVE METHOD AT CHRONIC PANCREATITIS

Ivanov S.V., Grigorjev S.N., Scherbakova S.S., Zaikina I.D., Mashentseva V.V., Zakharova T.V.

Surgical Diseases N 1 Department, Surgical Diseases of FPE Department of the Kursk State Medical University, Kursk;
Kursk Regional Clinical Hospital, Kursk

The problem of chronic pancreatitis surgical treatment is still an actual part of pancreatology nowadays. This problem is bound up with the increase of this pathology morbidity and unsatisfactory results of surgical treatment. When solving the question about surgical treatment of chronic pancreatitis and its complications (cysts) most surgeons choose the liquidation of the disease cause and intraduct hypertension, using palliative operations – internal draining of the duct system, pancreatic cysts and small invasive manipulations (endoscopic and mini invasive operations under ultrasonography control). When intensive, nonreversible changes of pancreatic parenchyma and the main pancreatic duct occur many surgeons recommend resecting different in size parts of pancreas. However, according to the literary sources there is no a unified point of view about indications to pancreas surgery. The choice of the kind of operation is determined on the basis of subjective surgeon's opinion. So, the absence of direct indications to pancreas surgery at chronic pancreatitis is the reason to study this problem. The aim of the work is to determine the indications to different operations at chronic pancreatitis in accordance to the rank system. In Clinic Surgery N 1 of KRCH (Kursk) from 1998 to 2008 years there were performed 32 pancreatoduodenectomies, 12 – corporocaudal resections, 19 – lateral pancreatojejunostomies, 157 – percutant drainages of pancreatic cysts. There has been held a multifactor analysis and the rank system has been created; the indications to the different kinds of operative treatment at chronic pancreatitis were determined with its help.

Keywords: chronic pancreatitis, pancreatoduodenectomy, lateral pancreatojejunostomy, corporocaudal resection, percutant drainage, point system.

До настоящего времени проблема хирургического лечения хронического панкреатита (ХП) остается актуальным разделом хирургической панкреатологии. Это связано с ростом заболеваемости данной патологии, неудовлетворенностью результатом оперативного лечения [2, 9, 10]. При решении вопроса об оперативном вмешательстве

по поводу хронического панкреатита и его осложнений в виде кист большинство хирургов считают устранение причины заболевания и ликвидацию внутрипротоковой гипертензии, применяя в связи с этим паллиативные операции – внутреннее дренирование протоковой системы, кист поджелудочной железы, малоинвазивные

манипуляции (эндоскопические и миниинвазивные операции под контролем УЗИ) [3, 5, 8]. При грубых необратимых изменениях паренхимы поджелудочной железы и главного панкреатического протока многие авторы рекомендуют различные по объему резекции поджелудочной железы (ПЖ) [1, 4]. Однако по данным литературы не существует единого мнения в показаниях к операциям на ПЖ. Также проблема современной хирургии хронического панкреатита заключается в сложности правильного выбора метода оперативного вмешательства при данной патологии [4, 6]. Выбор операции определяется на основании субъективного мнения хирурга. Таким образом, отсутствие единого мнения в показаниях к операциям на ПЖ при хроническом панкреатите послужило основанием заняться этой проблемой.

Цель работы – определение показаний к различным видам операций при хроническом панкреатите на основании ранговой системы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинике хирургических болезней № 1 в ОКБ г. Курска за период с 1998 по 2008 г. 220 больным с хроническим панкреатитом выполнены различные по объему оперативные вмешательства (табл. 1). Из 220 пациентов 33 (15%) женщины и 187 (85%) – мужчин, большинство которых были в возрасте от 30 до 50 лет. Прооперированные больные с хроническим панкреатитом (ХП) разделены на 2 группы. К первой группе отнесли 186 пациентов, которые находились на стационарном лечении с 1998 по 2007 г., ко второй – 34 больных, находившихся на лечении с 2008 г. Необходимость в разделении больных на группы возникла в связи с разработкой и применением на практике ранговой системы для определения показаний к оперативным вмешательствам при ХП.

Гастропанкреатодуоденальную резекцию (ГПДР) выполняли по методу Уиппла при псевдокалькулезе головки поджелудочной железы с интенсивным болевым синдромом или частыми обострениями – у 10 больных; при наличии гипертонии в системе вирсунгова протока (у 25 пациентов) и внепеченочных желчных путей (при симптомах хронического панкреатита) – 18; при кистах головки поджелудочной железы (невозможность или неэффективность перкутанного дренирования) при симптомах хронического панкреатита – у 12 больных; при подозрении на опухоль ПЖ – в 6 случаях.

При наличии истинных кист тела и хвоста поджелудочной железы при симптоматике хронического панкреатита (невозможность или неэффективность перкутанного дренирования), псевдокалькулезе хвоста и тела ПЖ и невозможности исключения рака хвоста поджелудочной железы производили корпорокаудальную резекцию (ККР).

Продольная панкреатоеюностомия (ППЕС) выполнялась по методу Пьестова-Джилльби у 17 больных с клиникой ХП, сопровождалась постоянным интенсивным болевым синдромом и УЗИ-признаками гипертонии в системе вирсунгианова протока; при наличии камней вирсунгианова протока – у двух пациентов.

Перкутанное дренирование выполнено 157 больным с кистами поджелудочной железы (у 78 из них – трансгастральное дренирование кист). При этом данное вмешательство производили при наличии одиночных кист с признаками инфицирования – у 54 (34,4%) пациентов и у 103 (65,6%) больных с кистами, возраст которых составлял менее 4 – 5 мес. с толщиной стенки (по данным УЗИ, компьютерной томографии) 2 – 3 мм. Кисты локализовывались в головке ПЖ – 73 (46,5%), в теле и хвосте – 83 (52,9%) и у одного больного во всех отделах. Размеры кист варьировали от 2 см до гигантских (более 15 см в диаметре).

Таблица 1

Виды операций при хроническом панкреатите

Вид операции	Число больных (1998–2007 гг.)	Число больных (с 2008 г.)
Гастропанкреатодуоденальная резекция	32	0
Корпорокаудальная резекция	11*	1*
Продольная панкреатоеюностомия	18*	1*
Перкутанное дренирование кист ПЖ	68	11
Трансгастральное перкутанное дренирование кист ПЖ	57*	21*
Всего:	186*	34*

Примечание: * – $p < 0,05$ при сравнении показателей 1-й и 2-й групп.

С 2004 г. сотрудниками отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения (РХМДЛ) ОКБ г. Курска у 78 (49,7%) больных при расположении одиночной кисты в проксимальных отделах железы и интимном соприкосновении ее с задней стенкой желудка производили трансгастральное перкутанное дренирование. Из них у 42 (53,8%) – ставили дренажи с последующим их удалением через 2–3 недели и у 36 (46,2%) – со стентированием (цистогастродуоденальным, цистовирсунгодуденальным). Дренирование производили под контролем УЗИ под местной анестезией. Доступом в эпигастрии трансгастрально пунктировали кисту и главный панкреатический проток (ГПП) с последующей цисто- и вирсунгографией. Дренаж, как правило, с памятью формы устанавливали в полость кисты, имеющей сообщение с ГПП, что подтверждали фистулографией. Если полость кисты разобщалась, т.е. ГПП и соустье закрывались (выявляли при контрольной фистулографии), то после санации кист (кистозных полостей) и уменьшения ее размеров до дренажного кольца дренаж удаляли. Через 10–14 дней (когда воспалительные процессы стихали) у больных с потерями панкреатического сока более 40 мл в сутки эндоскопически производили трансформацию наружного дренажа во внутренний цистовирсунгодуденальный или цистогастродуоденальный стент.

Нами проведен многофакторный анализ и разработана ранговая система, в основе которой лежат клинические признаки объективизируемые субъективными, объективными, инструментальными данными (УЗИ, ФГДС, ЭРПХГ, КТ, рентгенологическое исследование).

Данная работа консультирована сотрудниками кафедры программного обеспечения вычислительной техники Курского технического универ-

ситета д.т.н. Довгалем В.М. и к.т.н. Невзоровой М.В. Нами использовалась компьютерная программа "Навигатор", которая позволяет распределить признаки в многомерном пространстве и их классифицировать. Идея состоит в том, чтобы разбить множество разнообразных наблюдений на однородные группы с помощью определенных признаков, отражающих существо задачи и провести дальнейшее исследование в каждой группе отдельно [7].

С помощью этой программы при системном компьютерном анализе из 32 клинических критериев, встречающихся при хроническом панкреатите, выбраны 13 наиболее существенных, имеющих определяющее значение в выборе хирургической тактики. К ним отнесли:

- выраженность болевого синдрома;
- локализация болевого синдрома;
- характер болевого синдрома;
- наличие механической желтухи;
- размеры поджелудочной железы;
- размеры главного панкреатического протока;
- наличие вирсунголитиаза;
- кальциноз ПЖ;
- размеры холедоха;
- наличие желчной гипертензии;
- дистальный блок холедоха;
- кисты поджелудочной железы;
- подозрение на опухоль;

Выделенные критерии ХП ранжированы от 0 до 4. При этом в многомерном пространстве выделено 4 класса, соответствующие различным видам операций: ПДР, ККР, ППЕС, перкутанное дренирование кист.

Для каждого клинического критерия на основании экспертной оценки с учетом частоты встречаемости и значимости для разных классов определен весовой коэффициент (табл. 2).

Таблица 2

Весовые коэффициенты

Клинические критерии	Весовой коэффициент
Болевой синдром:	
▪ локализация	25
▪ выраженность	20
▪ характер	15
Наличие желтухи	35
Размеры ПЖ	75
Размеры ГПП	60
Вирсунголитиаз	30
Кальциноз ПЖ	65
Размеры холедоха	50
Желчная гипертензия	45
Блок холедоха	40
Кисты ПЖ	55
Подозрение на опухоль ПЖ	70