

УДК 617-089.844

Н.Н. Крылов,

д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой хирургии
медико-профилактического факультета Первого
МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

О.В. Бабкин,

канд. мед. наук, доц., доц. кафедры хирургии
медико-профилактического факультета Первого
МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Д.О. Бабкин,

ассистент кафедры хирургии меди-
ко-профилактического факультета Первого МГМУ
имени И.М. Сеченова Минздрава России

N.N. Krylov,

Dr. med. Sciences, Professor, head. Department of surgery
of faculty of preventive medicine of the First Sechenov
Moscow State Medical University

O.V. Babkin,

Cand. med. Sciences, Assoc. Prof., Assoc. Prof.
Department of surgery of faculty of preventive medicine
of the First Sechenov Moscow State Medical University

D.O. Babkin,

assistant Department of surgery medical-prophylactic
faculty of the First MGMU named I.M. Sechenov Russian
Ministry of Health

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER RADICAL SURGERY FOR PERFORATED DUODENAL ULCERS

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Бабкин Олег Владимирович, канд. мед. наук, доц.,
доц. кафедры хирургии меди-ко-профилактическо-
го факультета Первого МГМУ имени И.М. Сечено-
ва Минздрава России

Адрес: 117535, Москва, Росошанский пр., д. 5,
корп. 1, кв. 158

Телефон: + 7 926 317-77-15

e-mail: olegvlad52@yandex.ru

Статья поступила в редакцию: 29.02.2016 г.

Статья принята к печати: 25.04.2016 г.

CONTACT INFORMATION:

Oleg Babkin, Cand. med. Sciences, Assoc. Prof., Assoc. Prof.

Department of surgery of faculty of preventive medicine of the First
Sechenov Moscow State Medical University

Address: d. 5, korp. 1, 158 sq., Rossoshanskaya etc., Moscow, Russia,
119481

Tel.: + 7 926 317-77-15

e-mail: olegvlad52@yandex.ru

The article received: February 29, 2016.

The article approved for publication: April 25, 2016.

Аннотация. Для определения оптимального вида радикального оперативного вмешательства в лечение больных с перфоративными язвами использовали ИКЖ у больных через 5–10 лет после операции. Лучшие показатели ИКЖ отмечены после СПВ $114,0 \pm 1,3$ баллов, которые статистически достоверно отличаются от средних показателей качества жизни после других радикальных оперативных вмешательств: СТВ+ПП – $98,67 \pm 3,5$ баллов; резекция желудка в модификации Ру – $101,83 \pm 4,2$ баллов; резекция желудка в модификации Бальфура – $98,2 \pm 3,57$ баллов; резекция желудка в модификации Гофмейстера – Финстерера $82,5 \pm 2,71$ баллов ($p > 0,05$). Это обусловлено тем, что после СПВ, в отличие от других радикальных операций, сохраняется привратник. В лечении больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки предпочтение лучше отдавать функционально-сберегающим операциям (СПВ). При невозможности ее выполнения целесообразно выполнять резекции желудка в модификации по Ру или Бальфуру, при их выполнении желчь не поступает в культю желудка и не оказывает воздействия на слизистую, провоцируя «щелочной» рефлюкс-гастрит и эзофагит. Такой дифференцированный подход к лечению больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки является профилактикой развития болезней оперированного желудка.

Abstract. To determine the optimal type of radical surgery in the treatment of patients with perforated ulcers IQL used in patients 5–10 years after the operation. The best results are marked IQL after SPV 114.0 ± 1.3 ballov which statistically significantly different from the average quality of life after the other radical surgical interventions: TV + PP – 98.67 ± 3.5 ballov; Gastrectomy modification Roux – 101.83 ± 4.2 ballov; Gastrectomy modification Balfour – 98.2 ± 3.57 ballov; Gastrectomy modification Hofmeister – Finsterer – 82.5 ± 2.71 ballov ($p > 0.05$). This is due to the fact that after SPV unlike other radical surgery saved gatekeeper. In the treatment of patients with duodenal ulcer better to give preference SPV. At impossibility of its performance it is advisable to perform gastrectomy in a modification or Roux Balfour, when executed by the bile does not flow in the stump of the stomach and has no effect on the mucous membrane, causing “alkaline” reflux esophagitis and gastritis. Such a differentiated approach to the treatment of patients with duodenal ulcer disease is the prevention of diseases of operated stomach.

Ключевые слова. Качество жизни, резекция желудка, ваготомия.

Keywords. Quality of life, gastrectomy, vagotomy.

Введение. В современной литературе продолжается оживленная дискуссия о преимуществах резекционных или органосберегающих операций в лечении осложненных дуоденальных язв. Сторонники органосберегающих операций видят преимущество последних в малой травматичности и низкой послеоперационной летальности. Сторонники выполнения резекцией желудка при осложненных дуоденальных язвах недостаток органосберегающих операций видят в большом числе рецидивов язвенной болезни после этих операций [1, 2]. В то же время частота пострезекционных синдромов сопоставима с частотой постваготомических синдромов [3, 4].

Применявшиеся до последнего времени в оценке результатов хирургического лечения больных язвенной болезнью шкалы Визик и Джонсона отражают в основном количественный характер результатов лечения и не позволяют в полной мере ответить на вопрос о преимуществах или недостатках определенного метода, оценить его эффективность [5].

Актуальность. Современные технологии изменили методы лечения осложненных дуоденальных язв. Необходим новый механизм оценки лечения, который позволит найти истину и выявить преимущества каждой операции или метода лечения. К такому механизму относится определение качества жизни пациента после проведенного лечения, который находит все больше сторонников [6, 7].

Обоснование. Качество жизни позволяет объективно оценить достоинства или недостатки определенного метода лечения, так как пациент сам оценивает свое состояние после проведенного лечения.

Цель работы. Определить оптимальный вид радикального оперативного вмешательства в лечении больных с перфоративными язвами, применение которого является профилактикой развития болезни оперированного желудка.

Материал и методы исследования. Для определения качества жизни мы использовали модифициро-

ванный вопросник ИКЖ ФХК, который разработал Н.Н. Крылов. ИКЖ ФХК (индекс качества жизни факультетской клиники ММА имени И.М. Сеченова) позволяет изучить как общий уровень качества жизни, так и отдельные его компоненты у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при проведении консервативного лечения, так и эффективность различных вариантов хирургического лечения. Вопросник состоит из 38 вопросов. В варианты ответов заложена стандартная 5-ранговая шкала Likert. Чем выше итоговая сумма, тем выше уровень КЖ. ИКЖ ФХК содержит два блока вопросов: универсальный и специфический. Универсальный блок позволяет оценить качество жизни у больных с различной патологией. Специфический блок позволяет охарактеризовать состояние больного, обусловленное основным заболеванием (пептической язвой), а также последствия хирургических вмешательств.

Качество жизни изучали у 110 пациентов в сроки от 5 до 10 лет после перенесенных радикальных оперативных вмешательств по поводу перфоративных язв двенадцатиперстной кишки: резекция желудка, стволовая ваготомия с пилоропластикой, селективная проксимальная ваготомия с ушиванием язвы. Контрольную группу составили 20 человек, признанных здоровыми после ежегодного диспансерного обследования в поликлинике. В группе здоровых лиц средний возраст составил $47,5 \pm 4,5$. Соотношение мужчин и женщин 15 : 5. В группе обследованных больных после радикальных операций по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки средний возраст составил $45,3 \pm 2,3$, соотношение мужчин и женщин 5 : 1. Возрастные показатели контрольной группы и обследованных больных после радикальных операций сопоставимы ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Средние значения качества жизни представлены в табл. 1. В контрольной группе средние показатели качества жизни состави-

Таблица 1

Средние показатели индекса качества жизни у больных после радикальных операций

Показатели качества жизни	Контрная группа (20)	Ваготомия		Резекция желудка		
		СПВ (21)	СТВ+ПП (23)	Гоф. – Фин. (22)	Бальфур (24)	Ру (20)
ИКЖ ФХК	130,05±1,8	114,0±1,3	98,67±3,5	82,5±2,71	98,2±3,57	101,83±4,2
Физическое состояние	24,17±0,48	20,33±0,7	17,59±4,3	14,33±0,76	18,23±4,4	19,8±0,89
Социальная функция	10,33±0,38	8,67±0,89	8,33±1,5	6,17±1,33	8,54±2,02	8,17±0,89
Половая функция	3,33±0,38	2,83±0,28	3,38±0,7	2,67±0,95	3,35±0,89	2,33±0,67
Экономическое состояние	6,00±0,57	4,67±0,44	5,1±1,5	3,33±0,76	4,94±1,58	5,50±0,67
Интеллектуальная функция	14,00±1,14	12,5±1,50	9,62±3,0	8,83±1,86	9,79±3,25	9,17±1,17
Эмоциональная функция	21,83±1,00	19,67±1,4	18,43±4,6	13,83±2,43	18,35±5,1	18,83±1,5
Восприятие здоровья	9,83±0,95	8,67±0,67	7,81±2,0	5,67±0,95	7,96±2,23	7,33±0,67
Влияние лечения	7,67±0,48	6,50±0,50	5,81±1,6	3,50±0,57	6,25±1,68	5,83±0,89
Симптомы болезни	33,33±1,14	30,17±1,7	22,7±4,0	22,5±2,0	21,58±4,9	24,83±2,5

ли $130,05 \pm 1,8$ баллов. Они достоверно отличались ($p > 0,05$) от средних показателей качества жизни после любого радикального оперативного вмешательства по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки: СПВ с ушиванием язвы — $114,0 \pm 1,3$ баллов; СТВ+ПП — $98,67 \pm 3,5$ баллов; резекция желудка в модификации Ру — $101,83 \pm 4,2$ баллов; резекция желудка в модификации Бальфура — $98,2 \pm 3,57$ баллов; резекция желудка в модификации Гофмейстера — Финстерера — $82,5 \pm 2,71$ баллов. Это косвенно подтверждает, что любое оперативное вмешательство изменяет состояние здоровья человека. Среди радикальных операций, выполненных по поводу перфоративных язв двенадцатиперстной кишки, лучшие показатели индекса качества жизни отмечены после СПВ $114,0 \pm 1,3$ баллов, которые статистически достоверно отличаются от средних показателей качества жизни после других радикальных оперативных вмешательств ($p > 0,05$).

Обсуждение. Средние значения показателя уровня качества жизни после всех вариантов ваготомии (СПВ с ушиванием язвы и СТВ +ПП) $106,34$ балла статистически достоверно отличались от средних значений качества жизни после различных вариантов резекции желудка $94,2$ балла ($p > 0,05$). Если исходить из этих данных, создается впечатление, что сохранение желудка (органосохраняющие операции-ваготомии) в целом значительно влияет на качество жизни пациентов. Однако существенные баллы в «копилку» ваготомий приносит СПВ (114), а показатели качества жизни после стволовой ваготомии с дренирующими операциями ($98,67$) сопоставимы с показателями качества жизни после резекций желудка. Анализ этих результатов позволяет предположить, что на качество жизни пациентов значительно не влияет сохранение антрального отдела желудка. Что общего у СТВ + ПП и резекций желудка — ликвидация привратникового механизма либо в результате пилоропластики при стволовой ваготомии или его удаление при резекции желудка. Таким образом, одним из основных факторов, влияющих на уровень качества жизни пациентов после операций на желудке, оказывается удаление или разрушение привратника, что нарушает нормальную физиологию желудка.

При этом показатели качества жизни после СТВ + ПП находятся на одном уровне с показателями качества жизни после резекции желудка по Бальфуру ($98,2$) и Ру ($101,83$), разница статистически недостоверна ($p < 0,05$), а показатели качества жизни после резекции желудка по Гофмейстеру — Финстереру ($82,5$) значительно уступают показателям качества жизни после СТВ + ПП, разница статистически достоверна ($p > 0,05$). Представляет интерес сравнение показателей качества жизни после различных вариантов резекций желудка. Лучшие показатели отмечены после резек-

ции желудка в модификации по Ру ($101,83 \pm 4,2$), на втором месте резекция желудка в модификации типа Бальфура ($98,2 \pm 3,57$). Обе эти операции значительно опережают резекцию желудка в модификации Гофмейстер — Финстереру ($82,5 \pm 2,71$). Разница между первыми двумя операциями и операцией в модификации Гофмейстер — Финстереру статистически достоверна ($p > 0,05$). Отличие первых двух вариантов резекции от операции Гофмейстер — Финстерер заключается в том, что при их выполнении желчь не поступает в культю желудка и не оказывает воздействия на слизистую, провоцируя «щелочной» рефлюкс-гастрит и эзофагит. После стволовой ваготомии с пилоропластикой отмечается дуодено-гастральный рефлюкс, который приводит к забросу желчи в желудок. Однако средние показатели качества жизни после стволовой ваготомии с пилоропластикой ($98,67 \pm 3,57$) выше, чем после резекции желудка по Гофмейстеру — Финстереру и сопоставимы с показателями операций без заброса дуоденального содержимого в культю желудка. Объяснить это, по-видимому, можно пропульсивной активностью антрального отдела желудка и сохраненной на безопасном уровне кислотопродукцией, которая нейтрализует щелочной компонент дуоденального рефлюктанта. Таким образом, помимо разрушения привратникового механизма значительное влияние на показатели качества жизни оказывает наличие выраженного дуодено-гастрального рефлюкса.

По мнению большинства авторов, основные обязательные компоненты при изучении КЖ — это физические, социальные, психические, а также специфические для конкретного заболевания симптомы. При изучении показателей физического здоровья они сопоставимы после вариантов ваготомий и резекций желудка по Бальфуру и Ру, разница статистически недостоверна ($p < 0,05$). Худшие показатели физического здоровья после резекции по Гофмейстеру — Финстереру ($14,33 \pm 0,76$), они уступают показателям после всех радикальных операций в нашем исследовании ($p > 0,05$).

Между компонентами качества жизни существует тесная взаимосвязь (рис. 1). Ухудшение физического здоровья приводит к снижению доходов, ухудшению условий проживания. Это нарушает эмоциональные связи в семье, с сексуальными партнерами и друзьями. Как видно из приведенной диаграммы, лучшие показатели по компонентам качества жизни — у больных после селективной проксимальной ваготомии. У больных после резекций желудка и стволовой ваготомии эти показатели уступают соответствующим значениям исследуемых показателей в предыдущей группе. При этом необходимо отметить, что самые низкие показатели компонентов качества жизни у больных после резекции желудка по Гофмейстеру — Финстереру.

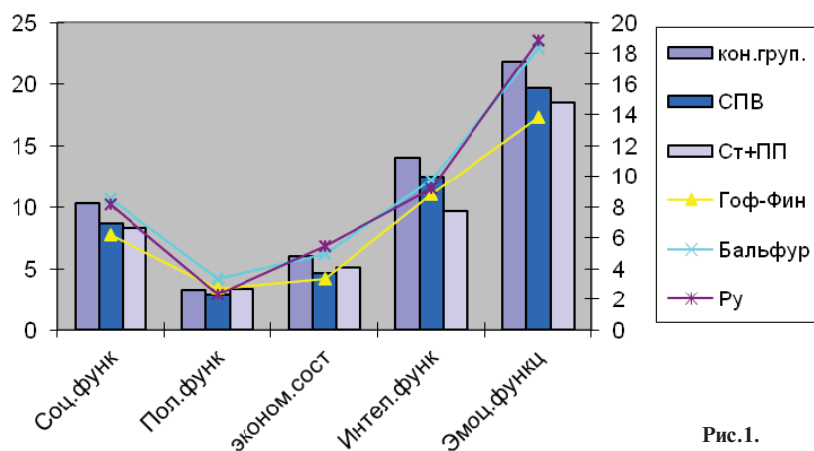


Рис.1.

Очень важный компонент КЖ — это как больной сам воспринимает свое здоровье. Лучшие показатели, близкие к уровню контрольной группы ($9,83 \pm 0,95$), у пациентов, которые перенесли СПВ, и составляет $8,67 \pm 0,67$. Эти показатели сопоставимы с результатами после желчеотводящих операций (резекции по Бальфуру $7,69 \pm 2,23$ и по Ру $7,33 \pm 0,67$) и стволовой ваготомии с пилоропластикой $7,81 \pm 2,05$. Результаты после резекции желудка по Гофмейстеру — Финстереру ($5,67 \pm 0,95$) значительно уступают показателям после СПВ ($p > 0,05$).

Аналогичные результаты получены при оценке такого критерия, как «влияние лечения» на самооценку больного. Лучшие результаты после СПВ — $6,50 \pm 0,5$, которые сопоставимы с результатами после резекции по Бальфуру ($6,25 \pm 1,68$). Уступают этим показателям результаты после резекции желудка по Ру ($5,83 \pm 0,89$) и стволовой ваготомии ($5,81 \pm 1,64$) ($p < 0,05$). Самые низкие показатели после резекции желудка по Гофмейстеру — Финстереру ($3,50 \pm 0,57$), которые значительно уступают СПВ ($p > 0,05$).

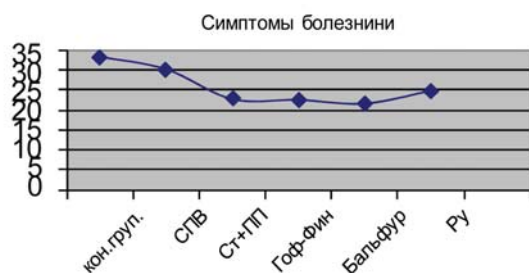


Рис.2.

Симптомы заболевания являются важным компонентом КЖ. За счет исчезновения симптомов болезни происходит улучшение эмоционального состояния, физических возможностей. Из всех методов радикального лечения осложненной ду-

оденальной язвы этот показатель (симптомы болезни) — лучший у больных после СПВ ($30,17 \pm 1,78$ балла), который статистически не отличается от этого показателя у здоровых людей ($33,33 \pm 1,14$ балла) ($p < 0,05$) (рис.2).

В то же время показатели «симптомы болезни» у пациентов после резекций желудка (Ру — $24,83 \pm 2,5$, Бальфур — $21,58 \pm 4,91$, Гофмейстер — Финстерер — $22,5 \pm 2,0$), стволовой ваготомии ($22,7 \pm 4,02$) значительно отличаются от этих показателей после СПВ ($p > 0,05$). Это подтверждает, что селективная проксимальная

ваготомия — наиболее физиологическое оперативное вмешательство в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Заключение. Анализ полученных результатов убедительно доказывает, что индекс качества жизни позволяет объективно оценить результаты лечения. У больных, перенесших оперативное вмешательство на желудке по поводу перфоративной язвы, значительное влияние на функциональные результаты операции оказывает разрушение привратникового механизма. Немаловажное значение на результаты лечения оказывает дуодено-гастральный рефлюкс.

В лечении больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки предпочтение лучше отдавать функционалосберегающим операциям (СПВ). При невозможности ее выполнения целесообразно выполнять резекции желудка в модификации по Ру или Бальфуру.

Такой дифференцированный подход к лечению больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки является профилактикой развития болезней оперированного желудка.

Список литературы

1. Булгаков Г.А., Кубышкин В.А. Современные проблемы хирургического лечения неосложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2001; № 5: 31-35.
[Bulgakov A.G., Kubyshkin, V.A., Contemporary problems of surgical treatment of uncomplicated peptic ulcer disease duodenal ulcer // Surgery. 2001; No. 5: 31-35.]
2. Чернооков А.И., Наумов Б.А., Хоробрых Т.В. Современный взгляд на анатомию блуждающих нервов и технику ваготомии // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2007; № 4: 6-17.
[Chernookov A.I., Naumov B.A., Khorobrykh T.V. A Modern view of the anatomy of the vagus nerve and vagotomy technique // Bulletin of surgical gastroenterology. 2007; № 4: 6-17.]

3. Вавринчук С.А., Косенко П.М., Чернышов Д.С. Современные аспекты хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Хабаровск. 2013. 244 с.
[Vavrinchuk S.A., Kosenko P.M., Chernyshov D.S. Modern aspects of surgical treatment of perforated ulcers of the duodenum. Khabarovsk. 2013. 244.]
4. Михайлов А.П., Данилов А.М., Земляной В.П., Напалков А.Н. и др. Основные принципы хирургического лечения болезней «оперированного желудка» // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2011; 4(80): 69-70.
[Mikhailov A.P., Danilov A.M., Zemlyanoy V.P., Napalkov A.N. etc. The Basic principles of surgical treatment of diseases of the operated stomach // Bulletin of East Siberian scientific center SB RAMS. 2011; 4(80): 69-70.]
5. Крылов Н.Н. Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после хирургического лечения : дис. д-ра мед. наук. 1997.
[Krylov N.N. The quality of life of patients with peptic ulcer of duodenum after surgical treatment: dis. Dr. med. Sciences. 1997.]
6. Болотов К.С. Лапароскопическая ваготомия в лечении пациентов с рецидивирующим течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки : дис. канд. мед. наук. 2015.
[Bolotov K.S. Laparoscopic vagotomy in the treatment of patients with recurrent course of peptic ulcer disease duodenal ulcer: dis. Cand. med. Sciences. 2015.]
7. Кочетков А.В., Тимергалин И.В. Функциональные результаты и качество жизни больных по поводу суб- и декомпенсированного язвенного пилородуоденального стеноза. Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Всероссийская конференция хирургов : матер. конференции. Саратов. 2003. 188 с.
[Kochetkov A.V., Timergalin I.V. Functional results and quality of life in patients over the sub – and decompensated ulcerous pyloroduodenal stenosis. Modern problems of emergency and planned surgical treatment of patients with gastric ulcer and duodenal ulcer. All-Russian conference of surgeons: mater. conference. Saratov. 2003. 188 p.]