

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

Александр Александрович Карпачев<sup>1\*</sup>, Игорь Павлович Парфёнов<sup>1</sup>, Алексей Юрьевич Хлынин<sup>1</sup>,  
Андрей Леонидович Ярош<sup>2</sup>, Александр Валентинович Солошенко<sup>1</sup>,  
Вячеслав Дмитриевич Полянский<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа,

<sup>2</sup>Белгородский государственный университет

### Реферат

**Цель.** Сравнительная оценка эффективности хирургического лечения хронического панкреатита с определением качества жизни в зависимости от методов хирургического лечения.

**Методы.** В исследование были включены 81 из 165 больных хроническим панкреатитом, которым были выполнены следующие операции: эндоскопические трансмуральные вмешательства через стенку желудка и двенадцатиперстной кишки, эндоскопические транспапиллярные операции, чрескожные вмешательства, направленные на санацию и дренирование кистозной полости, операции лапаротомного внутреннего дренирования, резекционные вмешательства. Качество жизни больных оценивали с помощью опросника общего здоровья SF-36.

**Результаты.** Наиболее низкий уровень качества жизни зафиксирован в группе с эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами. Статистически значимые различия в уровне физического и психологического здоровья зафиксированы при сравнении пациентов после эндоскопических транспапиллярных вмешательств и после эндоскопических трансмуральных оперативных вмешательств, выполненных через стенку желудка и двенадцатиперстной кишки; различия только в уровне физического здоровья отмечены при сравнении с группой резекционных вмешательств.

**Вывод.** Качество жизни больных хроническим панкреатитом зависит от вида оперативного вмешательства, возраста и пола больных.

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

**COMPARATIVE EVALUATION OF THE EFFECT OF DIFFERENT METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS** A.A. Karpachev<sup>1</sup>, I.P. Parfenov<sup>1</sup>, A.Yu. Khlynin<sup>1</sup>, A.L. Yarosh<sup>2</sup>, A.V. Soloshenko<sup>1</sup>, V.D. Polyanskiy<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Belgorod Regional Clinical Hospital of Saint Joasaph, <sup>2</sup>Belgorod State University. **Aim.** To conduct a comparative evaluation of the effectiveness of surgical treatment of chronic pancreatitis and define the quality of life of patients depending on the methods of surgical treatment. **Methods.** The study included 81 of the 165 patients with chronic pancreatitis, who underwent the following operations: endoscopic transmural interventions through the wall of the stomach and duodenum, endoscopic transpapillary surgery, percutaneous interventions for sanitation and drainage of the cystic cavity, laparotomic operations of internal drainage, resection interventions. The quality of life of patients was assessed using the general health questionnaire SF-36. **Results.** The lowest level of life quality was established in the group of patients after endoscopic transpapillary interventions. Statistically significant differences in the level of physical and psychological health were established when comparing patients after endoscopic transpapillary interventions and after endoscopic transmural surgical interventions, which were carried out through the wall of the stomach and duodenum; differences only in the level of physical health were noted when comparing with the group of resection interventions. **Conclusion.** The quality of life of patients with chronic pancreatitis depends on the type of surgical intervention, age and sex of the patients. **Keywords:** chronic pancreatitis, surgical treatment, quality of life.

Хирургическое лечение хронического панкреатита остаётся одним из наиболее сложных разделов хирургической панкреатологии [4, 5]. Традиционные малоинвазивные эндоскопические и чрескожные вмешательства имеют свой диапазон возможностей и требуют дифференцированного подхода, определения показаний и противопоказаний, детального анализа результатов лечения [2, 7]. В оценке результатов того или иного метода лечения важна собственная оценка больным эффективности проводимых лечебных манипуляций: насколько субъективно улучшается или

ухудшается состояние здоровья [8]. Качество жизни — интегральная характеристика физического, психического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [6].

Цель работы — сравнительная оценка эффективности лечения больных с различными формами хронического панкреатита с определением качества жизни в зависимости от методов хирургического лечения.

В исследование были включены 81 из 165 больных хроническим панкреатитом, находившихся на лечении с 2006 по 2010 гг. в Центре хирургии печени и поджелудочной железы Черноземья, функционирующего на

Таблица 1

Общая характеристика клинических наблюдений

Показатели	Характер оперативного вмешательства				
	Эндоскопические трансмуральные вмешательства через стенку желудка и двенадцатиперстной кишки	Эндоскопические транспапиллярные вмешательства	Чрескожные вмешательства, направленные на санацию и дренирование кистозной полости	Операции лапаротомного внутреннего дренирования	Резекционные вмешательства
Количество	19 (23,5%)	13 (16,0%)	24 (29,6%)	15 (18,5%)	10 (12,3%)
Средний возраст, годы	49,2±11,2	52,8±9,4	52,3±10,8	43,8±9,0	46,4±46,4
Медиана возраста, годы	49	52	42	45	49
Количество мужчин	13	12	17	15	10
Удельный вес мужчин, %	68,4	92,3	70,8	100	100
Количество женщин	6	1	7	0	0

базе Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа. Больным было выполнено 192 операции шести категорий: эндоскопические трансмуральные вмешательства через стенку желудка и двенадцатиперстной кишки (n=49, 25,5%), эндоскопические транспапиллярные вмешательства (n=44, 22,9%), чрескожные наружно-внутренние дренирования через стенку желудка и двенадцатиперстной кишки (n=8, 4,2%), чрескожные вмешательства, направленные на санацию и дренирование кистозной полости (n=50, 26,0%), операции лапаротомного внутреннего дренирования (n=21, 10,9%), резекционные вмешательства (n=20, 10,4%). Общая характеристика и распределение по характеру оперативного вмешательства 81 респондента, ответившего на вопросы анкеты опросника, представлены в табл. 1. Из исследования исключены больные, которым выполняли чрескожные наружно-внутренние дренирования через стенку желудка и двенадцатиперстной кишки, поскольку ответов от них получено не было.

Исследование качества жизни проводили с помощью международного опросника общего здоровья «Short Form Medical Outcomes Study» (SF-36) [8], а в целях прямой интерпретации результатов исследования стандартизацию результатов наблюдений по опроснику SF-36 осуществляли по специально разработанному протоколу, одобренному Этическим комитетом и соответствующему стандартам международной методологии исследований качества жизни в рамках проекта «Мираж» [1]. Результаты обработки опросника SF-36 оценивали по восьми шкалам, отражающим физическое и психическое благополучие респондентов.

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF).

2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP).

3. Интенсивность боли (Bodily Pain – BP).

4. Общее состояние здоровья (General Health – GH).

5. Жизненная активность (Vitality – VT).

6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF).

7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE).

8. Психическое здоровье (Mental Health – MH).

Статистическую обработку данных осуществляли с использованием пакета прикладных программ «Statsoft Statistica 6.0». В качестве описательных статистических показателей качества жизни использовали среднее значение и стандартное отклонение. Достоверность различий между группами пациентов оценивали с использованием параметрического t-критерия Стьюдента для независимых выборок и непараметрического критерия Манна-Уитни.

Результаты обработки опросника SF-36 по восьми шкалам, отражающим физическое и психическое благополучие респондентов, представлены в табл. 2.

Наиболее высокие показатели качества жизни среди респондентов зафиксированы шкалами PF, SF, BP, MH. При этом показатели качества жизни мужчин превышают аналогичные показатели у женщин. Статистически значимые отклонения от нормы (p < 0,05) зафиксированы только для шкалы PF (физическое здоровье).

В целях прямой интерпретации резуль-

Таблица 2

Показатели физического и психического благополучия больных

Шкала	Всего (n=81)		Женщины (n=14)		Мужчины (n=67)		p
	Средний балл	Стандартное отклонение	Средний балл	Стандартное отклонение	Средний балл	Стандартное отклонение	
PF	71,1	24	56,1	31,3	74,3	21,2	0,01
RP	38,3	39,9	30,4	36,9	39,9	40,6	0,42
BP	61	24,6	55,4	27,6	62,2	24	0,36
GH	49,3	19,3	46,4	23	50	18,6	0,53
VT	55,2	21,9	51,4	22,7	56	21,9	0,48
SF	67,1	19,8	62,5	18	68,1	20	0,9
RE	49	41,5	47,6	40,7	49,3	42	0,89
MH	60,1	18,6	51,4	23	61,9	17,2	0,06

татов исследования стандартизацию результатов наблюдений по опроснику SF-36 осуществляли на основе популяционных показателей качества жизни, полученных в ходе многоцентрового исследования качества жизни «Мираж».

Показатели качества жизни, превышающие норму для возрастной группы 25–34 лет,

отмечены по пяти шкалам из восьми (PF, BP, VT, RE, MH), а для группы 65–74 лет — по двум шкалам из восьми (RE, MH). Устойчивое снижение показателей качества жизни с увеличением возраста больного характерно для шкал PF, RP, BP, VT и MH.

В ходе обработки результатов исследования по опроснику SF-36 с использованием

Таблица 3

Результаты расчёта показателей качества жизни в зависимости от выполненного оперативного вмешательства

Шкала	Показатели	Эндоскопические трансмуральные вмешательства через стенку желудка и двенадцатиперстной кишки	Эндоскопические транспиллярные вмешательства	Чрескожные вмешательства, направленные на санацию и дренирование кистой полости	Операции лапаротомного внутреннего дренирования	Резекционные вмешательства	Всего
PF	Средний балл	51,2	42,8	43,7	50,5	52,6	47,7
	Стандартное отклонение	8,7	13	9	6,3	3,9	9,5
RP	Средний балл	50	40,9	46,2	46,3	46,7	46,3
	Стандартное отклонение	9,7	7	10,6	8	8,9	9,4
BP	Средний балл	52,3	45,1	47,4	52,9	52,9	49,9
	Стандартное отклонение	10,1	10,9	8,6	6,6	8,6	9,4
GH	Средний балл	50,4	40	46,2	45,9	47,2	46,3
	Стандартное отклонение	9,5	8,4	10,5	9,6	9,2	10
VT	Средний балл	54,8	44	49,4	49,6	50,8	50
	Стандартное отклонение	7,6	11,1	10,3	9,5	9,7	10
SF	Средний балл	50,9	44,9	46,5	51,6	52,3	48,9
	Стандартное отклонение	7,1	7,7	9	8,5	8	8,5
RE	Средний балл	48,9	42,5	47,9	51,2	49,1	48
	Стандартное отклонение	9,7	9,3	9,7	8,9	12	9,9
MH	Средний балл	53,8	45,5	48,8	51,7	54,4	50,6
	Стандартное отклонение	6,8	10,3	10,6	9	5,9	9,3
PHs	Средний балл	50,9	42	44,9	48,2	49,4	47
	Стандартное отклонение	9,2	9,7	8,1	6,2	6,2	8,5
MHs	Средний балл	52,2	45,2	49,7	51,8	52,1	50,2
	Стандартное отклонение	7,2	8,7	10	8,9	7,9	8,9

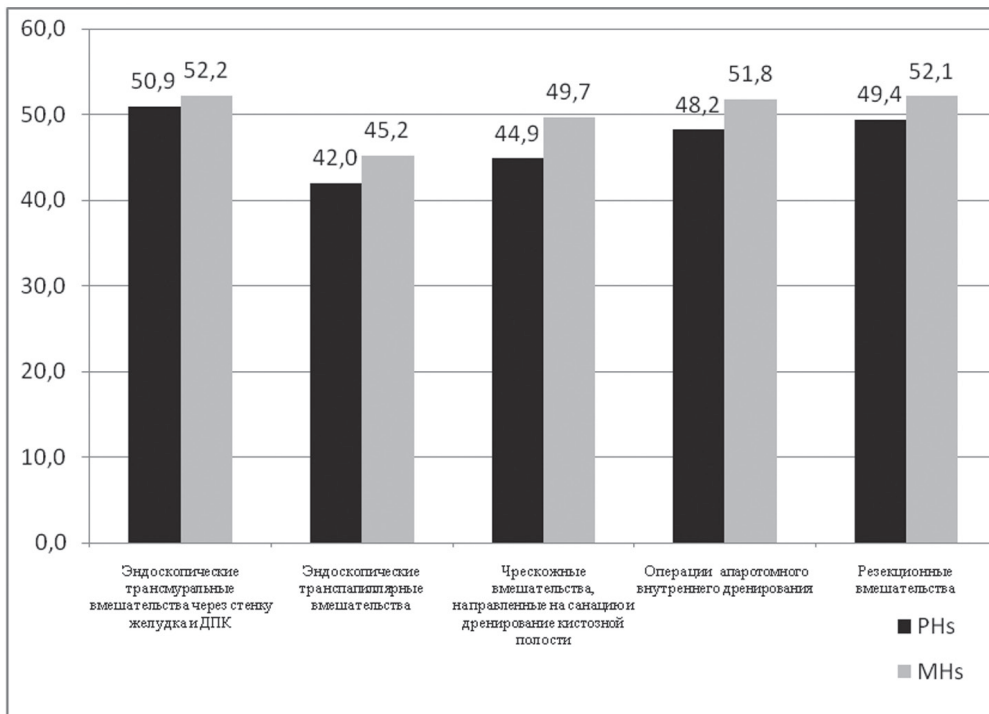


Рис. 1. Показатели физического (PHs) и психологического (MHs) здоровья. ДПК — двенадцатиперстная кишка.

популяционных данных были рассчитаны значения обобщающих показателей качества жизни: физический компонент здоровья (PHs) и психологический компонент здоровья (MHs). Результаты расчёта показателей качества жизни в разрезе видов оперативных вмешательств представлены в табл. 3.

Показатели психологического и физического здоровья, как показали наши исследования, находятся практически на одном уровне, что представлено на рис. 1.

В настоящее время термин «хирургическое лечение» хронического панкреатита претерпел существенные изменения, и его нельзя безоговорочно применять к вмешательствам, выполняемым только с помощью скальпеля [3]. Расширяющийся ассортимент эндоскопических процедур, а также пункционных вмешательств при их сбалансированном сочетании с классическими традиционными операциями позволяет улучшить результаты хирургического лечения этой непростой категории больных [2, 9, 10]. Полученные нами данные показали, что субъективная оценка физического здоровья высока в группах пациентов после эндоскопических трансмуральных вмешательств через стенку желудка и двенадцатиперстной кишки, лапаротомного внутреннего дренирования и резекционных

вмешательств. Худшая оценка качества жизни получена в группе с эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами. Статистически значимые различия в уровне физического и психологического здоровья ( $p < 0,05$ ) зафиксированы при сравнении больных с проведёнными эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами и пациентов после эндоскопических трансмуральных вмешательств через стенку желудка и двенадцатиперстной кишки, только физического здоровья — с группой резекционных вмешательств. В целом показатели качества жизни мужчин превышают аналогичные показатели женщин.

## ВЫВОДЫ

1. Наиболее низкий уровень качества жизни зафиксирован в группе больных с эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами.

2. Характерное устойчивое снижение показателей жизни (для шкал PF, RP, BP, VT, MH) связано увеличением возраста пациентов.

3. Показатели физического и психологического здоровья превышают норму для групп пациентов с эндоскопическими трансмуральными вмешательствами че-

рез стенку желудка и двенадцатиперстной кишки, лапаротомного внутреннего дренирования и резекционных вмешательств.

Работа выполнена в рамках федеральной целевой программы «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» на 2009–2013 гг. (государственный контракт №16.740.11.0430).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Кориунов Н.И. и др. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж») // Науч.-практ. ревматол. — 2008. — №1. — С. 36–48.
2. Ачкасов Е.Е. Лечение ложных кист тела и хвоста поджелудочной железы, сообщающихся с её протоковой системой // Хирургия: журн. им. Н.И. Пирогова. — 2007. — №9. — С. 36–41.
3. Гальперин Э.И. Хронический панкреатит // Анн.

хирург. гепат. — 2009. — Т. 14, №3. — С. 92–110.

4. Данилов М.В., Фёдоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы: руководство для врачей. — М.: Медицина, 1995. — 510 с.
5. Данилов М.В., Фёдоров В.Д. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы. — М.: Медицина, 2003. — 423 с.
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание под ред. Ю.Л. Шевченко. — М.: ОЛМАПРЕСС, 2007. — 313 с.
7. Lee W.J. Surgical treatment of pancreatitis // Korean J. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 46. — P. 352–357.
8. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 health survey. Manual and interpretation guide. — Lincoln R.I.: Quality Metric Incorporated, 2000. — P. 150.
9. Weckman L., Kylänpää M.L., Puolakkainen P., Halttunen J. Endoscopic treatment of pancreatic // Surg. Endosc. — 2006. — Vol. 20. — P. 603–607.
10. Yin W.Y. The role of surgery in pancreatic pseudocyst // Hepatogastroenterology. — 2005. — Vol. 52. — P. 1266–1273.

УДК 616.728.4:002.775-089 -089.168

Т9

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АРТРОЗОМ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Юрий Антонович Плаксейчук, Рамиль Заудатович Салихов\*, Владислав Всеволодович Соловьёв

Республиканская клиническая больница, г. Казань

#### Реферат

**Цель.** Оценка результатов лечения с применением предложенного нами способа артродеза голеностопного и подтаранного суставов, основанного на сочетании костной пластики с компрессией в аппарате Илизарова.

**Методы.** Проведена клиническая и рентгенологическая оценка результатов артродеза в аппарате Илизарова у 286 больных с артрозом голеностопного и подтаранного суставов (за последние 15 лет). По предложенному нами способу прооперированы 36 (12,6%) больных (основная группа).

**Результаты.** Сращение в результате артродеза достигнуто у всех больных основной группы. Отличные функциональные результаты зарегистрированы у 11 из 36 (30,5%) пациентов, хорошие — у 22 (61,1%), удовлетворительные — у 3 (8,4%). Сращение в результате артродеза среди 250 больных в группе сравнения произошло у 243 (97,2%) пациентов. В этой группе отличные функциональные результаты были достигнуты у 76 (30,4%) из 250 больных, хорошие — у 145 (58%), удовлетворительные — у 21 (8,4%), плохие — у 8 (3,2%) пациентов.

**Вывод.** Предложенный способ двухсуставного артродеза позволяет улучшить питание артродезируемой зоны, производить коррекцию посттравматических деформаций области голеностопного и подтаранного суставов, обеспечивает создание прочного и надёжного костного анкилоза этих суставов и позволяет получить сращение даже при тяжёлых формах артроза голеностопного и подтаранного суставов.

**Ключевые слова:** артродез голеностопного и подтаранного суставов, артроз голеностопного и подтаранного суставов, асептический некроз таранной кости.

**SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS OF THE ANKLE JOINT** Yu.A. Plakseychuk, R.Z. Salikhov, V.V. Soloviev. Republican Clinical Hospital, Kazan city. **Aim.** To evaluate the results of treatment using the authors' proposed method of arthrodesis of the ankle and subtalar joints, based on the combination of bone grafting with compression in the Ilizarov apparatus. **Methods.** Conducted a clinical and radiographic evaluation of the results of arthrodesis in the Ilizarov apparatus in 286 patients with osteoarthritis of the ankle and subtalar joints (during the last 15 years). 36 (12.6%) patients (the main group) were operated on using the authors' proposed technique. **Results.** Bone adhesion as a result of arthrodesis was achieved in all patients of the main group. Excellent functional results were achieved in 11 out of 36 patients (30.5%), good results — in 22 (61.1%) patients, satisfactory results — in 3 (8.4%) patients. Bone adhesion as a result of arthrodesis in 250 patients of the comparison group was achieved in 243 patients (97.2%). In this group excellent functional results were achieved in 76 out of 250 patients (30.4%), good results — in 145 (58%) patients, satisfactory results — in 21 (8.4%) patients, poor results — in 8 (3.2%) patients. **Conclusion.** The proposed method of biarticular arthrodesis makes it possible to improve the trophism of the arthrodesis zone, to conduct the correction of posttraumatic deformities in the region of the ankle and subtalar joints, provides a durable and solid bone ankylosis of the ankle and subtalar joints, and makes it possible to achieve adhesion even in severe forms of osteoarthritis of the ankle and subtalar joints. **Keywords:** arthrodesis of the ankle and subtalar joints, osteoarthritis of the ankle and subtalar joints, aseptic necrosis of the talus.