

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Сергей Васильевич Тарасенко, Александр Анатольевич Натальский,
Олег Владимирович Зайцев, Светлана Николаевна Соколова, Алексей Юрьевич Богомолов,
Тимур Саидович Рахмаев, Ирина Владимировна Баконина, Оксана Александровна Кадыкова*

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань, Россия

Поступила 03.05.2017; принята в печать 23.06.2017.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2017-709

Цель. Сравнительный анализ отдалённых результатов хирургического лечения больных хроническим панкреатитом.

Методы. В исследование были включены больные с осложнёнными клиническими формами хронического панкреатита, к которым относятся протоковая панкреатическая гипертензия, конкременты главного панкреатического протока, выраженная фиброзная перестройка паренхимы поджелудочной железы и наличие кальцинатов, наличие билиарной гипертензии, синдром портальной гипертензии, синдром дуоденостаза, хронический абдоминальный болевой синдром, ретенционные и постнекротические кисты. Пациенты разделены на три группы: первая — больные хроническим панкреатитом, получающие консервативное лечение (n=32), вторая — респонденты, перенёвшие резекцию поджелудочной железы в модификации Frey (n=24), третья — в модификации Beger (n=9). Оценку выполняли по самому распространённому специфическому опроснику в гастроэнтерологии GSRS (от англ. Gastrointestinal Symptom Rating Scale — шкала оценки желудочно-кишечных симптомов).

Результаты. Качество жизни пациентов, перенёвших резекцию поджелудочной железы как по Frey, так и по Beger, оказалось выше качества жизни пациентов, у которых хронический панкреатит лечили консервативно. Качество жизни пациентов, перенёвших резекцию поджелудочной железы по Frey и Beger, статистически значимо не различается. Синдром мальабсорбции оказывает существенное влияние на уровень качества жизни пациентов, перенёвших хирургическое лечение хронического панкреатита. Опросник GSRS показал низкую чувствительность в выявлении синдрома мальабсорбции.

Вывод. Качество жизни пациентов, перенёвших хирургическое лечение хронического панкреатита, статистически значимо выше, чем у пациентов, получающих консервативную терапию; необходима коррекция существующих опросников качества жизни с целью выявления синдрома мальабсорбции.

Ключевые слова: хронический панкреатит, резекция поджелудочной железы, опросник GSRS, качество жизни.

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS OPERATED FOR CHRONIC PANCREATITIS

S.V. Tarasenko, A.A. Natal'skiy, O.V. Zaytsev, S.N. Sokolova, A.Yu. Bogomolov, T.S. Rakhmaev, I.V. Bakonina, O.A. Kadykova

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Aim. Comparative analysis of the long-term results of surgical treatment of patients with chronic pancreatitis.

Methods. The study included patients with complicated clinical forms of chronic pancreatitis including: ductal pancreatic hypertension, main pancreatic duct concretions, marked fibrous restructuring of the pancreatic parenchyma and presence of calcifications, presence of biliary hypertension, portal hypertension syndrome, duodenostasis syndrome, chronic abdominal pain syndrome, retention and post-necrotic cysts. Patients were divided into 3 groups: group 1 included patients with chronic pancreatitis receiving conservative treatment (n=32), group 2 — patients who underwent the Frey pancreatic resection (n=24) and group 3 — Beger pancreatic resection (n=9). The assessment was performed according to the most spread specific questionnaire in gastroenterology GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale).

Results. The quality of life of patients who underwent both Frey and Beger pancreatic resection was significantly higher than the quality of life of patients in whom chronic pancreatitis was treated conservatively. Quality of life of patients who underwent Frey or Beger pancreatic resection did not differ significantly. Malabsorption syndrome has a significant effect on the quality of life of patients who underwent surgical treatment of chronic pancreatitis. The GSRS questionnaire demonstrated low sensitivity in detecting malabsorption syndrome.

Conclusion. Quality of life of patients who underwent surgical treatment of chronic pancreatitis is statistically significantly higher than in patients receiving conservative treatment; correction of existing quality of life questionnaires is required in order to identify malabsorption syndrome.

Keywords: chronic pancreatitis, pancreatic resection, GSRS questionnaire, quality of life.

Оценка отдалённых результатов операций по поводу хронического панкреатита (ХП) — принципиально важная составляющая мониторинга эффективности лечения [1, 2]. В современной медицине широко используют оценку качества жизни в раннем и позднем послеоперационном периоде

как один из критериев эффективности проведённого лечения.

Резекция поджелудочной железы в настоящее время служит одним из наиболее частых и эффективных способов хирургического лечения осложнённых клинических форм ХП. Литературные данные о качестве жизни (КЖ) больных, перенёвших подобные операции, противоречивы, по-

Таблица 1

Клиническая характеристика респондентов в группах исследования

| Осложнения | Количество пациентов, n | | | | Частота осложнений, % |
|---|-------------------------|---------------|---------------|-------|-----------------------|
| | Первая группа | Вторая группа | Третья группа | Всего | |
| Протоковая гипертензия | 29 | 24 | 9 | 62 | 95 |
| Конкременты главного панкреатического протока | 28 | 22 | 8 | 58 | 89 |
| Билиарная гипертензия | 4 | 5 | 4 | 13 | 20 |
| Фиброз и кальцинаты паренхимы | 30 | 24 | 9 | 63 | 97 |
| Портальная гипертензия | 11 | 3 | 2 | 16 | 25 |
| Дуоденостаз | 1 | 1 | | 2 | 3 |
| Хронический абдоминальный болевой синдром | 23 | 21 | 6 | 50 | 77 |
| Ретенционные и постнекротические кисты | 24 | 17 | 4 | 45 | 69 |

Таблица 2

Сравнительная характеристика респондентов, включённых в исследование

| Параметры | Первая группа | Вторая группа | Третья группа |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Число пациентов, n | 32 | 24 | 9 |
| Возраст (M±σ), годы | 44,7±5,09 | 45,4±3,21 | 44,6±2,47 |
| Время с момента операции (M±σ), годы | — | 3,2±1,91 | 2,9±2,05 |

этому особый интерес представляют дальнейшие работы в этом направлении.

В настоящее время существуют различные трактовки феномена КЖ [3], включающие в том числе и психологическую составляющую, и в соответствии с этим разрабатывают разные методы изучения и критерии оценки КЖ. В гастроэнтерологии наиболее распространёнными опросниками являются специфический опросник GSRS (от англ. Gastrointestinal Symptom Rating Scale — шкала оценки желудочно-кишечных симптомов) и неспецифический опросник SF-36 (от англ. Short Form-36) [4, 5].

Цель исследования — провести сравнение отдалённых результатов хирургического лечения больных ХП, перенёсших резекционные операции и получивших консервативную терапию.

В исследование были включены больные с осложнёнными клиническими формами ХП, такими как протоковая панкреатическая гипертензия, конкременты главного панкреатического протока, выраженная фиброзная перестройка паренхимы поджелудочной железы и наличие кальцинатов, наличие билиарной гипертензии, синдром портальной гипертензии, синдром дуоденостаза, хронический абдоминальный болевой синдром, ретенционные и постнекротические кисты.

Указанные морфологические изменения подтверждали данными ультразвуко-

вого исследования, магнитно-резонансной томографии брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии, контрастных рентгеновских методов исследования, а также данными патогистологических методов исследования (табл. 1).

Были сформированы три исследуемые группы.

В первую группу были включены 32 пациента с ХП, обостряющимся не чаще 1 раза в год, при подтверждённых морфологических изменениях. В первую группу были также включены пациенты с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями (онкологическими).

Вторая группа — пациенты, перенёсшие резекцию поджелудочной железы по Frey (24 человека).

Третья группа — пациенты, перенёсшие резекцию поджелудочной железы по Beger (9 человек, из них 4 в Бернской модификации), в том числе с формированием инвагинационного панкреатикоеюноанастомоза.

Группы были сопоставимы по возрасту (табл. 2)

Во всех группах у пациентов определялось выраженное увеличение головки поджелудочной железы: первая группа — 39,2±3,5 мм, вторая группа — 41,2±4,1 мм, третья группа — 42,0±3,9 мм. Диаметр главного панкреатического протока также был увеличен в первой группе до 4,5±1,5 мм, во второй — до 4,8±1,2 мм, в третьей группе —

Сравнительные результаты качества жизни пациентов, получающих консервативное лечение хронического панкреатита, и респондентов, перенёвших резекцию поджелудочной железы по Frey и по Beger

| Параметры | Первая группа | Вторая группа | Третья группа |
|--|---------------|---------------|---------------|
| Синдром абдоминальной боли (AP) | 4,85±2,12 | 2,41±0,22* | 2,50±0,27* |
| Диспептический синдром (IS) | 2,6±0,37 | 2,13±1,01 | 2,21±0,99 |
| Синдром гастроэзофагеального рефлюкса (RS) | 4,01±1,73 | 2,87±1,61 | 2,79±1,81 |
| Диарейный синдром (DS) | 3,02±1,01 | 3,41±1,04 | 3,53±1,08 |
| Обстипационный синдром (CS) | 3,12±0,22 | 1,5±0,68 | 1,53±0,69* |

Примечание: *статистически значимая разница ($p < 0,05$) по сравнению с первой группой.

до $5,0 \pm 1,0$ мм. У ряда пациентов был выявлен сахарный диабет 2-го типа: в первой группе — у 7 (21,9%) пациентов, во второй — у 6 (25%), в третьей — у 3 (33,3%) человек.

Критериями исключения для второй и третьей групп были срок менее 1 года с момента операции и тяжёлые сопутствующие заболевания.

Изучение КЖ проводили при помощи специализированного опросника GSRS. В ходе обследования пациенты самостоятельно заполняли анкету.

Статистическая обработка результатов выполнена на персональном компьютере с использованием пакетов программ Excel 2013 и Statistica, рассчитывалось среднее арифметическое и стандартное отклонение для каждой из групп. Анализ достоверности различий проводили при помощи t-критерия Стьюдента, коэффициента корреляции Спирмена R_s .

Результаты анкетирования по специализированной шкале GSRS позволили выявить величину вклада того или иного гастроэнтерологического синдрома в кумулятивную оценку уровня КЖ, связанного со здоровьем (табл. 3). При сравнении группы пациентов, перенёвших резекцию поджелудочной железы по Frey, с неоперированными пациентами, страдающими ХП, наибольшие снижения показателей зарегистрированы по шкалам абдоминальной боли (49,7%), синдрома гастроэзофагеального рефлюкса (28,4%) и шкале запоров (51,9%).

В группе пациентов, перенёвших резекцию ПЖ, результаты по шкалам абдоминальной боли и шкале запоров статистически значимо ниже, чем у пациентов первой группы (пациенты с ХП, получающие консервативную терапию). По шкале диареи, напротив, показатель выше на 12,9 ($p > 0,05$). Улучшение показателей КЖ по обстипационной шкале, то есть значительное снижение частоты запоров, можно объяснить двумя факторами:

– во-первых, известно, что формирование панкреато- и панкреатикоеноанастомозов увеличивает склонность к диарее;

– во-вторых, среди оперированных пациентов присутствовали больные с клиническими признаками синдрома мальабсорбции, один из симптомов которого — диарея.

При изучении опросника GSRS оказалось, что он не включает какой-либо шкалы или кластера вопросов, позволяющих с высокой чувствительностью выявлять синдром мальабсорбции у больных, перенёвших резекцию поджелудочной железы. Очевидно, что клиническую картину синдрома мальабсорбции не могут характеризовать ни шкала абдоминальной боли, ни выраженность гастроэзофагеального рефлюкса. Вопросы, содержащиеся в разделе «диспепсия», направлены на выявление метеоризма и отрыжки, они также неспецифичны для синдрома мальабсорбции.

В связи с этим возник закономерный вопрос: насколько чувствителен опросник GSRS в выявлении синдрома мальабсорбции среди пациентов, подвергнутых радикальному оперативному лечению по поводу ХП?

Под наблюдением находились 10 пациентов, перенёвших различные оперативные вмешательства на ПЖ и имеющих клиническую картину синдрома мальабсорбции различной степени тяжести. Тяжесть синдрома мальабсорбции оценивали при помощи клинических и лабораторных показателей в соответствии со следующей классификацией.

– I степень тяжести: у пациентов уменьшается масса тела (не более чем на 5–10 кг), снижена работоспособность, беспокоит общая слабость, есть признаки поливитаминовой недостаточности.

– II степень тяжести: у пациентов значительный дефицит массы тела (в 50% случаев более 10 кг), выраженные признаки поливитаминовой недостаточности и дефицита

Таблица 4

Результаты анкетирования пациентов с синдромом мальабсорбции по шкале GSRS

| Параметры | Синдром мальабсорбции отсутствует | Степень тяжести синдрома мальабсорбции | | | Коэффициент корреляции Спирмена |
|-----------------------------|-----------------------------------|--|---------------|---------------|---------------------------------|
| | (n=15) | Лёгкая (n=6) | Средняя (n=2) | Тяжёлая (n=2) | |
| AP — абдоминальная боль | 4,90±2,14 | 4,89±2,13 | 5,90±1,87 | 4,30±2,54 | 0,167 |
| IS — диспептический синдром | 4,17±1,90 | 4,35±1,34 | 4,56±1,31 | 5,90±2,51 | 0,54* |
| RS — рефлюкс-синдром | 3,72±1,97 | 3,05±1,80 | 2,21±2,43 | 3,00±3,75 | −0,59 |
| DS — диарейный синдром | 4,37±1,50 | 4,67±2,18 | 5,00±0,95 | 5,50±0,82 | 0,585* |
| CS — синдром запоров | 2,91±1,16 | 2,43±1,83 | 1,85±1,66 | 0 | −0,553* |
| Итоговое значение | 18,11±5,65 | 19,35±5,91 | 19,50±4,17 | 18,70±3,42 | 0,48 |

Примечание: *статистически значимая корреляционная связь, $p < 0,05$.

электролитов (калия, кальция), анемия, гипопункция половых желез.

— III степень тяжести: у большинства пациентов дефицит массы тела может превышать 10 кг. У всех больных выраженные признаки поливитаминной недостаточности и дефицита электролитов (калия, кальция, железа), возможны судороги, остеопороз, анемия, отёки; дисфункция эндокринной системы.

В зависимости от тяжести синдрома мальабсорбции больные были разделены на три группы и анкетированы при помощи опросника GSRS. Кроме того, из числа ранее анкетированных респондентов, перенёсших резекцию ПЖ, была набрана группа сравнения из 15 человек, основным условием включения для которых был факт отсутствия клинической картины синдрома мальабсорбции.

Результаты анкетирования приведены в табл. 4. Для каждой из шкал опросника рассчитывали коэффициент ранговой корреляции Спирмена со степенью тяжести синдрома мальабсорбции. При отсутствии мальабсорбции присваивали ранг 0, лёгкой степени синдрома мальабсорбции — ранг 1, средней тяжести — 2, тяжёлой — 3. Как видно из табл. 2, не все шкалы опросника GSRS обладали значимыми связями со степенью тяжести указанного синдрома.

Лишь по трём шкалам связи оказались статистически значимы ($p < 0,05$): по шкале диарейного синдрома и диспептических расстройств — положительная, а по шкале констипационного синдрома — отрицательная линейная зависимость.

Этот факт обусловлен тем, что диарея — часть симптомокомплекса синдрома мальабсорбции, и чем тяжелее мальабсорбция, тем более выражены расстройства стула. Отрицательная корреляционная

взаимосвязь со шкалой запоров является «зеркальным» отражением положительной корреляции со шкалой диареи. Разнонаправленные корреляционные зависимости не могли существенно повлиять на суммарный результат анкетирования и коэффициент корреляции Спирмена для итоговых значений опросника, для которого не продемонстрирована статистически значимая связь с тяжестью синдрома мальабсорбции.

Помимо изучения корреляционных взаимодействий, проведена статистическая оценка достоверности различий результатов анкетирования по каждой из шкал опросника между группами пациентов, имевших и не имевших синдрома мальабсорбции. Ввиду малой численности респондентов все пациенты с синдромом мальабсорбции вне зависимости от степени тяжести были объединены в одну группу.

Статистически значимое различие ($p < 0,05$) выявлено только по шкале диареи. Средние суммарные значения опросника для каждой из групп были очень близки друг к другу. Таким образом, опросник GSRS оказался неэффективным для выявления синдрома мальабсорбции.

Очевидно, что для улучшения чувствительности специализированного опросника к выявлению синдрома мальабсорбции необходимо включение в его состав кластера вопросов, ответы на которые позволяют оценить степень клинической манифестации основной составляющей синдрома мальабсорбции — ферментативной недостаточности.

ВЫВОДЫ

1. Качество жизни пациентов, перенёсших резекцию поджелудочной железы как по Frey, так и по Beger, выше качества жизни

ни пациентов, страдающих хроническим панкреатитом и получающих лишь консервативную терапию.

2. Опросник GSRS (от англ. Gastrointestinal Symptom Rating Scale — шкала оценки желудочно-кишечных симптомов) показал низкую чувствительность в выявлении синдрома мальабсорбции.

Работа выполнена в рамках гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых МД-2376.2017.7.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тарасенко С.В., Богомолов А.Ю., Зайцев О.В. и др. ERAS — современная концепция ведения хирургических больных: собственный опыт. *Наука молодых — Eruditio Juvenium*. 2016; (3): 67–71. [Tarasenko S.V., Bogomolov A.Yu., Zaytsev O.V. et al. Eras is modern concept of treatment of surgical patients.

It is own experience. Nauka Molodykh — Eruditio Juvenium. 2016; (3): 67–71. (In Russ.)]

2. Карпачев А.А., Парфёнов И.П., Хлынин А.Ю. и др. Сравнительная оценка влияния различных методов хирургического лечения хронического панкреатита на качество жизни больных. *Казанский мед. ж.* 2012; 94 (1): 34–38. [Karpachev A.A., Parfenov I.P., Khlynin A.Yu. et al. Comparative evaluation of the effect of different methods of surgical treatment of chronic pancreatitis on the quality of life of patients. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2012; 94 (1): 34–38. (In Russ.)]

3. Барышникова Н.В., Белоусова Л.Н., Петренко В.В., Павлова Е.Ю. Оценка качества жизни гастроэнтерологических больных. *Врач*. 2013; (7): 62–65. [Baryshnikova N.V., Belousova L.N., Petrenko V.V., Pavlova E.Ju. Quality of life assessment in gastroenterology patients. *Vrach*. 2013; (7): 62–65. (In Russ.)]

4. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Копейкин А.А. и др. Качество жизни пациентов, перенёвших резекцию желудка по поводу язвенной болезни. *Рос. мед.-биол. вестн. им. И.П. Павлова*. 2011; (4): 120–124. [Tarasenko S.V., Zaytsev O.V., Kopeykin A.A. et al. The life quality of the patients who have sustained the partial gastrectomy concerning the peptic ulcer. *Rossiyskiy mediko-biologicheskij vestnik im. I.P. Pavlova*. 2011; (4): 120–124. (In Russ.)]

5. Mones J., Adan A., Segu J.L. et al. Quality of life in functional dyspepsia. *Digestive Dis. Sci*. 2002; 47 (1): 20–26. DOI: 10.1023/A:1013294815971.

УДК: 612.393.1: 613.846: 614.283: 616-053.71

© 2017 Скворцова Е.С., Постникова Л.К.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ПОДРОСТКАМИ-УЧАЩИМИСЯ НАЧАЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В КАЗАНИ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Елена Сергеевна Скворцова, Лидия Константиновна Постникова*

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, г. Москва, Россия

Поступила 05.05.2017; принята в печать 23.06.2017.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2017-713

Цель. Выявить особенности потребления психоактивных веществ среди подростков-учащихся учреждений начального профессионального образования г. Казани в сравнении с аналогичными показателями среди их ровесников в целом по России.

Методы. Анонимное анкетирование подростков-учащихся учреждений начального профессионального образования в отобранных случайным методом учреждениях (г. Казани и Российской Федерации — 17 городов из 5 федеральных округов).

Результаты. Анализ уровня распространённости, повозрастной структуры приобщения и мотивов потребления психоактивных веществ среди подростков 15–17 лет, учащихся в учреждениях начального профессионального образования г. Казани, показал, что они превышают аналогичные показатели в целом по России.

Так, распространённость употребления алкоголя среди учащихся учреждений начального профессионального образования г. Казани составила 81,3 на 100 мальчиков и 75,0 на 100 девочек, а в Российской Федерации — соответственно 59,7 на 100 мальчиков и 63,1 на 100 девочек ($p < 0,001$). Кроме того, число мальчиков, употребляющих алкоголь, в г. Казани существенно выше числа девочек, употребляющих алкоголь. В Российской Федерации, напротив, число девочек, употребляющих алкоголь, больше, чем мальчиков ($p < 0,05$). Мотивы приобщения к алкоголю подростков-мальчиков Казани также отличаются от мотивов приобщения к алкоголю их ровесников в целом по России. В Казани у мальчиков поводом первой пробы алкоголя чаще всего выступает «любопытство» (33,7%), а в России — «праздники и семейные торжества» (42,2%). Более высоким среди подростков г. Казани является и уровень распространённости курения, как среди мальчиков (72,8 на 100), так и среди девочек (52,9 на 100; $p < 0,001$).

Вывод. Высокий уровень алкоголизации и курения среди подростков-учащихся учреждений начального профессионального образования г. Казани требует проведения дополнительных специальных исследований