



А.В. Клименко¹, А.С. Никоненко¹, В.Н. Клименко¹, А.А. Стешенко²

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПРОСНИКА MOS SF-36 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

¹Запорожский государственный медицинский университет,

²Центральная клиническая больница №4, г. Запорожье

Ключові слова: хронічний панкреатит, хірургічне лікування, якість життя.

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

Key words: chronic pancreatitis, surgical treatment, quality of life.

Представлено результати дослідження якості життя 51 хворого, оперованих з приводу хронічного панкреатиту. Для оцінки якості життя пацієнтів використовувався міжнародний опитувальник MOS SF-36 з деталізацією питань ряду стандартних шкал. Хворі основної групи (31) оперовані за розробленим у клініці методом (поздовжня тотальна панкреатовірсунодуоденопапілотомія з формуванням панкреатоєюнодуоденоанастомозу за Ру). Хворим контрольної групи (20) виконувались стандартні операції резекційного й дренажного типів. Встановлено, що в основній групі показники якості життя були вірогідно вищими майже за всіма шкалами (PF, RP, GH, VT, SF, RE, MH).

Представлены результаты исследования качества жизни 51 больного, оперированных по поводу хронического панкреатита. Для оценки качества жизни пациентов использовался международный опросник MOS SF-36 с детализацией вопросов ряда стандартных шкал. Больные основной группы (31) оперированы по разработанному в клинике методу (продольная тотальная панкреатовирсунгодуоденопапиллотомия с формированием панкреатоэюнодуоденоанастомоза по Ру). Больным контрольной группы (20) выполнялись стандартные операции резекционного и дренирующего типов. Установлено, что в основной группе показатели качества жизни были достоверно выше практически по всем шкалам (PF, RP, GH, VT, SF, RE, MH).

The results of the study of quality of life of 51 patients operated on for chronic pancreatitis were presented. An international questionnaire MOS SF-36 with a number of detailed questions standard scales used on to assess the quality of life of patients. The patients (31) of main group were operated by the method developed in the clinic (longitudinal total pancreatovirsungoduodenopapillotomy with formation of pancreatojejuno duodenoanastomosis by Roux). The control group patients (20) were underwent standard operations, resection and drainage types. It was found out that the quality of life indicators were significantly higher in almost all scales (PF, RP, GH, VT, SF, RE, MH) in the main group patients.

Согласно данным экспертов ВООЗ, качество жизни (КЖ) определяется как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте культуры и систем ценностей этого общества с обязанностями (желаниями) данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неудовлетворения (The WHOQOL Group, 1996). Разработка понятия «качество жизни» основана на выделении субъективных ощущений пациента в качестве ключевого показателя в определении эффективности проводимого лечения.

Ряд исследователей рекомендуют использовать опросник MOS SF-36 как основной для оценки КЖ у больных с хроническим панкреатитом (ХП) до операции и в послеоперационном периоде [6,7]. Значимость международного опросника SF-36 обусловлена оценкой КЖ респондентов с разными нозологиями и сравнением этого показателя у здоровых лиц [4,5].

В России рядом авторов разработана специфическая шкала оценки качества жизни у больных хроническим панкреатитом. Сравнительные оценки этой шкалы и опросника SF-36 показали высокие значения коэффициентов корреляции, которые составили от 0,9194 до 0,9581; при этом, ведущая роль принадлежала значимости болевого синдрома в определении КЖ [1].

В Украине коллективом авторов совместно с международным центром IQOLA в 2001 г. разработана и адаптирована

отечественная версия международного опросника MOS SF-36; в общем составлены алгоритмы вычисления показателей КЖ для украинцев [4].

При проведении исследования КЖ обычно используют 2 типа шкал: общие и специфические (для определенной патологии). При этом, в последнее время наблюдается тенденция «интеграции» этих типов шкал и их адаптации для более эффективного определения уровня КЖ до и после лечения пациентов с определенной патологией [8,9].

Исходя из современных взглядов на оценку КЖ пациентов после различных оперативных вмешательств по поводу ХП, эффективность лечения должна оцениваться как с учетом коррекции патологических нарушений, так и на основании субъективных ощущений пациента [2,6]. Т. к. опросники заполняют сами пациенты (предупреждается влияние специалистов на результаты ответов), допускается возможность некорректных ответов и пропусков ряда пунктов. Учитывая это, опросник для больных ХП должен быть адаптирован для самостоятельного заполнения, иметь в наличии простые понятия и выражения, содержать тщательно отобранные вопросы, отражающие влияние заболевания на КЖ [3,5]. Для этого требуется некоторая детализация вопросов ряда стандартных шкал опросника MOS SF-36.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить качество жизни пациентов после различных операций по поводу хронического панкреатита на основе



международного опросника MOS SF-36 с детализацией вопросов некоторых шкал.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе проанализированы отдаленные (до 3-х лет) результаты хирургического лечения 51 больного хроническим панкреатитом в возрасте от 35 до 63 лет. Мужчин было 47 (92,16%), женщин – 4 (7,84%). Все больные оперированы по поводу различных форм ХП (классификация А.А. Шалимова и соавт., 1997). Основная группа включала 31 (60,8%) пациента, контрольная – 20 (39,2%).

К *основной группе* отнесены больные, которым выполнена разработанная в клинике операция нового типа: продольная тотальная панкреатодуоденостомия с формированием панкреатоеюнодуоденостомии по Ру. Мужчин было 27, женщин – 4, возраст больных – от 38 до 63 лет. Распределение по формам ХП следующее: калькулезный – у 11 больных, псевдотуморозный – у 10, фиброзно-кистозный – у 7, фиброзно-дегенеративный с вовлечением смежных органов и нарушением их функции – у 3. Диаметр вирсунгова протока от 5 до 8 мм определялся у 18 (58,1%) больных, от 9 до 12 мм – у 13 (41,9%). У 12 больных наблюдалась билиарная гипертензия, при этом диаметр общего желчного протока до 15 мм был у 9 пациентов, 15–20 мм – у 3, механическая желтуха с показателями общего билирубина крови более 20 мкмоль/л (24,8–87,6 мкмоль/л) была у 8 из них. У всех пациентов наблюдался тяжелый болевой синдром, у 15 (48,4%) – панкреатогенный диабет легкой и средней степени, у 23 (74,2%) – внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы (ПЖ).

Контрольную группу составили 20 мужчин в возрасте от 35 до 62 лет. Распределение по формам ХП: калькулезный – у 9 больных, псевдотуморозный – у 3, фиброзно-кистозный – у 8. Диаметр вирсунгова протока и показатели общего билирубина сопоставлялись с данными основной группы. Пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция выполнена у 4 пациентов, операция Бегера – у 3, операция Фрея – у 6, продольная панкреатоеюностомия по Partington-Rochelle – у 7.

Применялись следующие методы исследования: УЗИ, КТ, ЭРХПГ, видеогастродуоденоскопия, интраоперационная холангиография. Анестезиологическое пособие включало использование комбинированной анестезии, сочетающей низкочастотный наркоз севофлюраном и грудную эпидуральную аналгезию бупивакаином. После операции КЖ оценивалось с использованием разработанной модификации опросника на основе MOS SF-36.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Болевой синдром являлся доминирующим в клинике ХП, симптомы функциональной недостаточности и поражения соседних органов преобладали. Интенсивность болевого синдрома была весьма значительной, и иногда это приводило к развитию легких психических нарушений, влиявших на показатели качества жизни. Чаще всего боль при ХП возникала или усиливалась через 30–40 мин после еды, провоцировалась приемом алкоголя, сладкой или жареной пищи, что не характерно для других заболеваний и учитывалось при дифференциальной диагностике.

Для длительно существовавших форм хронического панкреатита с нарушением внешнесекреторной функции характерно изменение характера стула (обильный, зловонный, мазеподобный с остатками непереваренной пищи), развитие синдрома мальнутриции.

Опросники заполнялись методом прямого интервьюирования и с использованием электронной почты (больные выделяли свои ответы жирным шрифтом и подчеркиванием). Проведена детализация вопросов 4а, 4б, 4в, 4г, 7, 8, которые соответствуют шкалам ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP) и интенсивности боли (Bodily pain – BP). Задача модификации заключалась в сохранении стандартной разработки методики расчета показателей опросника и более конкретной формулировке вопросов, касающихся часто встречающихся признаков ХП. Такой подход обуславливался наличием у больных сопутствующей патологии, не связанной с проявлениями ХП, но которая при исследовании могла влиять на показатели и «маскировать» динамику изменений КЖ. Так, вопросы 4 а–г модифицированы дополнениями: «За последние 4 недели Ваше физическое состояние вызывало затруднения в работе или другой обычной повседневной деятельности, что потребовало: а) сократить количество времени, затрачиваемое на работу из-за приступообразной боли с длительностью от нескольких часов до 2–3 суток; б) выполнялась меньшая по объему работа из-за выраженной боли в левом подреберье; в) Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности из-за выраженной боли в правом подреберье; г) были трудности при выполнении привычной работы или других дел (Вас беспокоили нарушения стула с отхождением обильного, зловонного или мазеподобного кала с остатками непереваренной пищи)». Варианты ответов на седьмой вопрос дополнялись характеристиками боли. Вопрос: «7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?» Ответы: совсем не испытывал (а); очень слабое чувство «тяжести», «распирания», «дискомфорта» в верхнем отделе живота и левом подреберье, усиливающиеся после приема (жирной) пищи (б); слабую постоянную боль с некоторым усилением после еды (в); умеренную постоянную боль волнообразного характера (г); сильную боль вверху живота и левом подреберье более 3-х часов с усилением после приема пищи любого характера (д), очень сильную боль с тошнотой, рвотой, спровоцированную приемом алкоголя и/или (жирной) пищи, не уменьшающуюся после приема спазмолитиков (е). Варианты ответов на восьмой вопрос дополнялись фразами, описывающими эффект от приема анальгетиков, что косвенно характеризовало интенсивность болевого синдрома: «8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься обычной работой?», ответы: совсем не мешала (а); немного беспокоила (боли проявлялись 1–2–3 раза в неделю и проходили самостоятельно) (б); умеренно беспокоила (боли появлялись ежедневно и проходили только после приема обезболивающих средств) (в); сильно беспокоила (ежедневные боли, не уменьшающиеся после приема обезболивающих средств) (г); очень сильная



боль (неуменьшающиеся постоянные ежедневные боли в сочетании с тошнотой, рвотой, поносом) (д).

Шкалы опросника формировались по стандартной методике MOS SF-36 (табл. 1)

Таблица 1

Распределение вопросов по шкалам

Вопросы	Шкалы
3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к	Физическое функционирование – Physical Functioning – PF
4а, 4б, 4в, 4г	Рольевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – Role-Physical Functioning – RP
7, 8	Интенсивность боли - Bodily pain – BP
1, 11а, 11б, 11в, 11г	Общее состояние здоровья - General Health – GH
9а, 9д, 9ж, 9и	Жизненная активность - Vitality – VT
6, 10	Социальное функционирование – Social Functioning – SF
5а, 5б, 5в	Рольевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием – Role-Emotional – RE
9б, 9в, 9г, 9е, 9з	Психическое здоровье – Mental Health – MH

Анализ показателей КЖ выявил их снижение практически по всем шкалам у больных контрольной группы. По шкале физического функционирования (PF) определялась прямая связь: чем выше показатель, тем большую физическую нагрузку респондент мог выполнить. У больных обеих групп отмечалось снижение показателей, более выраженное в контрольной: основная – $71,35 \pm 1,6$, контрольная – $63,95 \pm 4,7$ ($P < 0,05$). При оценке рольевого физического функционирования (RP) высокому показателю соответствуют меньшие ограничения в повседневной жизни за счет физических проблем. У больных основной группы отмечались более высокие показатели ($68,1 \pm 3,1$; $P < 0,05$), чем в контрольной ($45 \pm 5,2$), что, возможно, связано с более коротким сроком реабилитации после оперативного лечения по предложенной методике.

Оценка интенсивности боли (BP) характеризовалась следующим образом: чем выше показатель, тем меньше болевые ощущения мешают в повседневной жизни. Достаточно высокие показатели без достоверных различий были в обеих группах: основная – $72,19 \pm 1,5$; контрольная – $71,3 \pm 1,4$ ($P < 0,05$). Однако в контрольной группе у пациентов после продольной панкреатоэнтероанастомозии эти показатели были достоверно ниже ($58,32 \pm 4,3$, $P < 0,05$), что, наиболее вероятно, обусловлено недостатками самой операции (неполное дренирование протоков головки ПЖ).

Следующие показатели шкал зависели от субъективного ощущения пациентов в обеих группах: общее здоровье (GH) – чем выше показатель, тем лучше респондент ощущает свое здоровье в целом (основная группа – $68,93 \pm 1,7$; контрольная – $51,47 \pm 4,6$; $P < 0,05$); жизненная активность (VT) – чем выше показатель, тем выше респондент оценивает свой жизненный тонус (основная – $63,77 \pm 1,1$, контрольная – $50,2 \pm 3$; $P < 0,05$);

социальное функционирование (SF) – чем выше показатель, тем выше респондент оценивает уровень социальных связей (основная – $74,19 \pm 2,4$, контрольная – $65,45 \pm 2,5$; $P < 0,05$). Показатели шкалы рольевого эмоционального функционирования (RE) – чем выше показатель, тем меньше эмоциональное состояние влияет на повседневную деятельность (основная – $70,17 \pm 4$; контрольная – $55,37 \pm 4,9$; $P < 0,05$). Психическое здоровье (MH) – чем выше показатель, тем лучше настроение было у респондента (основная – $71,96 \pm 1,2$; контрольная – $58,17 \pm 3,9$; $P < 0,05$).

Разность показателей КЖ обусловлены тем, что у больных основной группы, благодаря паренхимосохраняющему типу предложенной операции и физиологическому пассажу сока ПЖ и желчи в двенадцатиперстную кишку, функциональные результаты были значительно лучше (рис. 1).

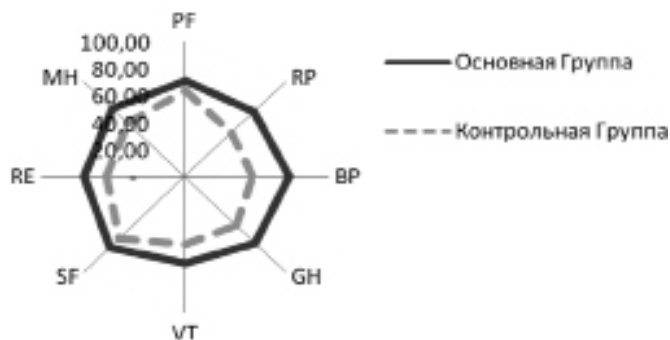


Рис. 1. Сравнительная диаграмма результатов исследования.

ВЫВОДЫ

В основной группе больных ХП показатели КЖ после операции достоверно лучше, чем в контрольной и подчеркивают высокую эффективность разработанной операции паренхимосохраняющего типа.

Необходимо проводить частотное интервьюирование больных ХП (до- и послеоперационный периоды, включая ранний послеоперационный и отдаленный этапы наблюдения), определяя его как мониторинг КЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф. Хронический панкреатит / Багненко С.Ф., Курьегин А.А., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – С. 44–64.
2. Блажитко Е.М. Хирургическая тактика лечения пациентов с хроническим панкреатитом головки поджелудочной железы и профилактика несостоятельности швов панкреатоэнтероанастомоза / Блажитко Е.М., Добров С.Д., Штофтин С.Г., Толстых Г.Н., Полякевич А.С., Митин В.А. // Сибирский Консилиум. – 2004. – №6 (36). – С. 19–22.
3. Губергриц Н.Б. Хроническая абдоминальная боль. Панкреатическая боль: как помочь больному. – М.: Медпрактика-м, 2005. – С. 56–96.
4. Феценко Ю.И. Процедура адаптации международного опросника качества жизни MOS SF-36 в Украине. Опыт применения у больных бронхиальной астмой / Феценко Ю.И., Мостовой Ю.Н., Бабийчук Ю.В. // Украинский пульмонологический журнал. – 2002. – №3. – С. 9–11.
5. Хабирова Н.Г. Особенности качества жизни у больных хроническим панкреатитом с избыточной массой тела / Хабирова Н.Г. // ДонНМУ Университетская клиника. – 2008. – Т.4, №2. – С. 77–79.
6. Ширинская Н.В. Психологический статус и оценка качества жизни у больных хроническим панкреатитом / Ширинская



- Н.В., Росляков А.Е.* // Вестник Клуба панкреатологов. – 2009. – №1. – С. 79–82.
7. *Beger H.G.* Cameron Diseases of the Pancreas / *H.G. Beger, S. Matsumo, J.L.* – Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2008. – 905 p.
8. *Pezzilli R.* Assessment of the quality of life in chronic pancreatitis using Sf-12 and EORTC Qlg-C30 questionnaires / *R. Pezzilli, A.M. Morselli-Labate, L.Fantini et al.* // *Dig. Liver Dis.* – 2007. – Vol. 39, №12. – P. 1077–1086.
9. *Wehler M.* Health-related quality of life in chronic pancreatitis a psychometric assessment / *Wehler M., Reulbach U., Nichterlein R., Lange K., Fischer B., Farnbacher M., Hahn EG., Schneider T.* // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2003. – Vol. 38. – P. 1083–1089.

Сведения об авторах:

Клименко А.В., к. мед. н., доцент каф. госпитальной хирургии ЗГМУ.
 Никоненко А.С., д. мед. н., профессор, ректор ЗМАПО, зав. каф. госпитальной хирургии ЗГМУ.
 Клименко В.Н., д. мед. н., профессор, зав. каф. факультетской хирургии ЗГМУ.
 Стешенко А.А., зав. хирургической службы поликлиники №1 клинической больницы №4, г. Запорожье.

Адрес для переписки:

Клименко Андрей Владимирович. 69096, г. Запорожье, ул. Мурманская, 3А, кв. 20.
 Тел.: (061) 766 35 21, (050) 484 82 68.

УДК:616.24-001.5-036.12/.13-085.015.8

О.М. Разнатовська¹, Р.М. Шевченко¹, Ю.С. Солодовник¹, А.Г. Макарович²

**СТРУКТУРА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД ХВОРИХ
 З РАНІШЕ НЕЕФЕКТИВНО ЛІКОВАНІМ І ХРОНІЧНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ**

¹Запорізький державний медичний університет,

²КУ «Обласний тубдиспансер» ЗОР

Ключові слова: хіміорезистентний туберкульоз легень.

Ключевые слова: химиорезистентный туберкулез легких.

Key words: drug-resistant pulmonary tuberculosis.

Вивчено структуру хіміорезистентного туберкульозу у хворих з раніше неефективно лікованим і хронічним туберкульозом легень. Високий рівень реєстрації випадків з мультирезистентністю й розширеною медикаментозною резистентністю викликає необхідність підсилити контроль за лікуванням осіб з названою патологією.

Изучена структура химиорезистентного туберкулеза у больных с раннее неэффективно леченным туберкулезом легких. Высокий уровень регистрации случаев с мультирезистентностью и распространенной медикаментозной резистентностью вызывает необходимость усилить контроль за лечением людей с названной патологией.

The structure of drug-resistant pulmonary tuberculosis in patients with ineffectively previously treated and chronic pulmonary tuberculosis was studied. High level of registration of multidrug-resistant and extensively drug-resistant pulmonary tuberculosis calls for the strengthening of tuberculosis control.

ВУкраїні, як і у багатьох країнах світу, за останні роки на фоні неухильного погіршення епідеміологічної ситуації з туберкульозу, відзначено збільшення кількості хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень (ХРТЛ) [1,2,3,5,7,8,10]. При раніше неефективно лікованому хіміорезистентному й хронічному туберкульозі легень (ХТЛ) хіміорезистентність сягає 60–90%, що є значною перешкодою на шляху ефективної боротьби з хворобою [1,6].

За даними спеціальної літератури, основними причинами розвитку ХРТЛ є недостатній контроль за прийомом протитуберкульозних препаратів (ПТП), порушення в забезпеченні інфекційного контролю в стаціонарах, перебої в постачанні ПТП [1,4,6]. Розвиток множинної лікарської стійкості, коли

має місце резистентність мікобактерій туберкульозу (МБТ) до найбільш ефективних препаратів (ізоніазиду й рифампіцину) набагато знижує шанси на вилікування хворих, а розвиток лікарської стійкості до протитуберкульозних препаратів П ряду робить хворобу майже невиліковною [1].

Отже, хіміорезистентність у хворих з раніше неефективно лікованим і хронічним туберкульозом легень є актуальною проблемою фтизіатрії.

МЕТА РОБОТИ

Вивчити структуру ХРТЛ серед хворих з раніше неефективно лікованим і хронічним туберкульозом легень.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для вивчення структури хіміорезистентного туберкульозу