

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ АРЕФЛЮКСНОГО ХОЛЕДОХОДУОДЕНОАНАСТОМОЗА

**Ю.С. Винник, М.И. Гульман, Р.А. Пахомова,  
Л.В. Кочетова, Г.Э. Карапетян**

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, кафедра общей хирургии

**Винник Юрий Семенович**, зав. кафедрой общей хирургии,  
д-р мед. наук, профессор,

**Гульман Марк Израильевич**, д-р мед. наук, профессор,

**Пахомова Регина Александровна**, ассистент кафедры  
общей хирургии, канд. мед. наук,

**Кочетова Людмила Викторовна**, доцент кафедры общей  
хирургии, канд. мед. наук,

**Карапетян Геворг Эдуардович**, ассистент кафедры общей  
хирургии, канд. мед. наук,

660022, Россия, Красноярский край,

г. Красноярск, улица Партизана Железняка, д. 1,

тел. 8 (391) 220-13-95,

e-mail: PRA5555@mail.ru

*Формирование билиодигестивных анастомозов создает условия для восходящей инфекции в билиарной системе, что ведет к развитию рефлюкс-холангита. Изучение качества жизни в послеоперационном периоде дает возможность определить преимущества того или иного вмешательства.*

**Ключевые слова:** механическая желтуха, арефлюксный анастомоз, качество жизни.

## QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER IMPOSING OF AREFLJUSING HOLEDODUODENOANASTOMOSIS

**Yu.S. Vinnik, M. I. Gulman, R.A. Pakhomova,  
L.V. Kochetova, G.E. Karapetyan**

Professor V.F. Voyno-Yasenetsky's Krasnoyarsk State Medical University, Chair of the General Surgery

*Formation of biliodigesting anastomosis creates conditions for an ascending infection in the biliary system that provokes the reflux cholangitis. Studying of quality of life in the postoperative period gives the chance to define advantages of this or that intervention.*

**The key words:** mechanical jaundice, arefluxing anastomosis, quality of life.

### Введение

Механическая желтуха является собирательным понятием и характеризуется наличием желчной гипертензии с нарушением оттока желчи в двенадцатиперстную кишку и холангиоэктазией, нарушением физиологического цикла обмена билирубина и некоторых ферментов, а также комплексом клинических симптомов (потемнение мочи, осветление кала, кожный зуд, потеря массы тела, боли в животе, гипертермия, диарея, анорексия, общая слабость, недомогание). Механическая желтуха возникает как осложнение патологии билиопанкреатодуоденальной зоны разной этиологии: желчнокаменной болезни и холедохолитиаза, стеноза и стриктуры внепеченочных желчных протоков и большого дуоденального сосочка, хронического индуктивного панкреатита и новообразований [1,3,7,9].

Формирование билиодигестивных анастомозов вызывает свободное сообщение желчных протоков с желудочно-кишечным трактом, изменяет ритм желчеотделения и создает условия для восходящей инфекции в билиарной системе, что ведет к развитию рефлюкс-холангита у 1,5-22,4% больных. Рубцевание сформированных желчно-кишечных анастомозов наступает в 8,4-28,3% случаев [2,6,8,10].

В последние годы для улучшения ближайших и отдаленных результатов операций и предотвращения дигестивно-билиарного рефлюкса предлагаются различные операции с формированием клапанов в области анастомоза между желчными протоками и различными отделами желудочно-кишечного тракта.

Современная медицина предусматривает комплексную оценку хирургической коррекции при

оценке отдаленных результатов. Одним из важных показателей доказательной медицины является объективная оценка качества жизни (КЖ) больного после операции.

Изучение КЖ представляет собой простой и надежный метод оценки состояния здоровья, основанный на его субъективном восприятии и дающий интегрально-цифровую характеристику его физического, психологического и социального состояния [4,5].

### **Цель исследования**

Определить качество жизни у больных после наложения арелфлюксного холедоходуоденоанастомоза.

### **Материалы и методы**

Клинические исследования основаны на анализе результатов обследования и хирургического лечения 170 больных с патологией билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ), осложненной внепеченочным холестаазом.

В структуре доброкачественных заболеваний БПДЗ, обусловивших развитие МЖ, превалировала желчнокаменная болезнь (ЖКБ), осложненная холедохолитиазом (83; 48,8±3,8%). Несколько реже (50; 29,4±3,5%) выявляли дистальные стриктуры внепеченочных желчных протоков, в том числе на фоне ЖКБ. Хронический индуративный панкреатит установлен у 5 (2,9±1,3%) больных. В группе больных со злокачественными новообразованиями БПДЗ чаще выявляли опухоль поджелудочной железы (23; 13,5±2,6%) и значительно реже – опухоль билиарной системы (9; 5,3±1,7%). Все больные были в возрасте от 15 до 93 лет.

Для оценки специфических осложнений после оперативных вмешательств сформированы две клинические группы больных. Группу сравнения (ГС) составили 74 больных - наложен арелфлюксный холедоходуоденоанастомоз, основную группу (ОГ) составили 96 больных -наложен стандартный холедоходуоденоанастомоз.

Обе группы больных были сопоставимы по характеру патологии БПДЗ, полу, возрасту, степени выраженности желтухи - уровню средних значений показателей общего билирубина, АЛТ, АСТ ( $p > 0,05$ ).

Качество жизни исследовали двумя опросниками: общим –MOS 36 Item Short Form Health Survey (SF-36) и специфическим гастроэнтерологическим опросником GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale)[4, 5].

Опросник SF-36 широко используется у хирургических больных и позволяет оценить динамику восстановления физического, психологического и социального функционирования больных после хирургических вмешательств. Опросник GSRS разработан и адаптирован для отечественного использования международным центром исследования качества жизни.

Все данные анализировали методами вариационной статистики. Для каждого вариационного ряда проводили оценку характера распределения на нормальность тестами Колмогорова – Смирно-

ва. Если распределение существенно отличалось от нормального - использовали непараметрические методы: оценку разности средних с помощью критерия Манна – Уитни. Степень отличий считали значимой при  $p < 0,05$ . Математическая обработка результатов исследований проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» на персональном компьютере.

### **Результаты и обсуждение**

Из 74 оперированных больных основной группы (ОГ) и группы сравнения (ГС) на заданные в опросниках вопросы ответили 96 пациентов. 28 больных перенесли радикальную операцию в Краевом онкологическом диспансере, 6 больных умерло. Отдаленные результаты проанализированы у 128 ранее оперированных больных по поводу доброкачественных заболеваний БПДЗ, осложненных механической желтухой в сроки от 1 до 3 лет после оперативного лечения. У 15 из 128 больных по опросным данным были установлены признаки неудовлетворительного результата. Эти 15 больных были дополнительно обследованы в клинике с рекомендациями по дальнейшему лечению.

На отсутствие признаков бывшего заболевания и рецидива механической желтухи, изменений массы тела, сохранение работоспособности и отсутствие жалоб указали 113 больных. Эти больные при самооценке в анкете отметили признаки выздоровления. Поэтому все описанные 113 (88,3±2,4%) клинических наблюдений были отнесены в группу удовлетворительных результатов.

Послеоперационные раневые (6) осложнения (нагноение, лигатурный свищ), формирование послеоперационных грыж и признаки спаечной болезни (3), послеоперационный косметический дефект (3), диспепсические (отрыжка, рвота, тошнота, поносы, запоры) явления (9) отметили 15 из всех 128 больных, перенесших оперативное лечение по поводу доброкачественных заболеваний БПДЗ. Из них 1 (1,4±1,4%) больной был из ОГ, 14 (14,6±3,6%) больных – из ГС. У 10 из 15 больных установлено наличие 2-3 описанных признаков одновременно. Все указанные больные отмечали отсутствие перемен или улучшения после проведенного лечения с сохраненной трудоспособностью. Всех 15 (11,7±2,9%) больных были отнесены в группу с неудовлетворительными результатами лечения.

Таким образом, при комплексной оценке отдаленных результатов 128 больных, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний БПДЗ, в 88,3±2,4% признаны удовлетворительными и в 11,7±2,9% – неудовлетворительными.

Проведен расчет параметров эффективности арелфлюксного анастомоза путем определения статистических параметров: снижение абсолютного риска (САР), относительный риск (ОР) и снижение относительного риска (СОР) неблагоприятного исхода (НИ) по суммарному количеству удовлетворительных и неудовлетворительных отдаленных результатов по стандартным формулам. Эти данные представлены в таблице 1.

$САР = \text{частота исходов в ГКС} - \text{частота исходов в ОГ} = \text{частота НИ в ГС (14,6\%)} - \text{частота НИ летальности в ОГ (1,4\%)} = 13,2$

$$ОР = \frac{\text{частота исхода в ОГ}}{\text{частота исхода в ГКС}} = \frac{\text{частота НИ в ОГ (1,4\%)}}{\text{частота НИ в ГКС (14,6\%)}} = 0,1$$

$$СОР = \frac{САР}{\text{частота НИ в ГКС}} \times 100\% = \frac{13,2}{14,6} \times 100\% = 90,4\%$$

Использование предлагаемого арефлюксного анастомоза (ОГ) позволило повысить удельный вес удовлетворительных результатов лечения и снизить абсолютный риск неудовлетворительных результатов на 13,2% в сравнении с традиционным анастомозом (ГС). Относительный риск неблагоприятного исхода в ОГ при сравнительной оценке с данными в ГС ниже «1», что соответствует достоверному снижению риска. Снижение относительного риска неблагоприятного исхода у больных ОГ, у которых использовали предлагаемый арефлюксный анастомоз в сравнении с ГС составляет более 50%, что соответствует клинически значимому эффекту.

Таблица 1

**Сравнительная оценка эффективности предлагаемого арефлюксного анастомоза при СМЖ по отдаленным результатам лечения**

Вариант лечебной тактики	Снижение абсолютного риска (САР)(%)	Относительный риск (ОР)	Снижение относительного риска (СОР) (%)
Предлагаемый арефлюксный анастомоз	13,2	0,1	90,4

Эффективность (удельный вес хороших отдаленных результатов) в ГС составила  $85,4 \pm 3,6\%$  случаев. Этот показатель в ОГ, где использован предлагаемый лечебный алгоритм, составил  $98,6 \pm 1,4\%$  наблюдений.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что предлагаемый арефлюксный анастомоз способствует улучшению ближайших и отдаленных результатов лечения и может быть использован у больных с разной патологией БПДЗ, осложненной СМЖ.

### Выводы

1. Клапан из стенок холедоха и двенадцатиперстной кишки предотвращает рефлюкс кишечного содержимого в желчные протоки и развитие в них воспалительных процессов.

2. Результаты исследования показали, что КЖ пациентов, перенесших арефлюксные операции по поводу механической желтухи, достоверно выше, чем после традиционных вмешательств ( $p < 0,05$ ).

### Список литературы

1. Зыков Д.В., Тарасевич И.С., Корнев А.Н. К методике формирования арефлюксного холедоходуоденоанастомоза // Актуальные вопросы военной медицины: материалы юбилейной конференции, посвященной 200-летию РВМедА, выпуск VII. - Томск, 1999. - С. 248-249.

2. МакНелли П.Р. Секреты гастроэнтерологии / Пер. с англ. - М.-Спб.: ЗАО «Издательство БИНОМ», «Невский диалект», 1998. - 1023 с.: ил.

3. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. - СПб.: Элби, 1999. - 140 с.

4. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. Оценка качества жизни больного в медицине // Клиническая медицина. - 2000. - №2. - С. 10-13.

5. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практическое руководство: Пер. с англ. // Под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина. - М.: Гэотар Медицина. - 1999. - 864 с.

6. Яковенко Э.П., Григорьев П.Я. Хронические заболевания внепеченочных желчевыводящих путей. Диагностика и лечение // Методическое пособие для врачей. - М.: Медпрактика, 2001. - 31 с.

7. Clouse R.E., Richter J.E., Heading R.C. et al. In: Drossman D.A. Corazziari E, Talley N.Y. et al. Eds. Rome II: The functional gastrointestinal disorders: 2nd edn. - McLean VA: Degnon Associates, 2000.

8. Corazziari E., Shaffer E.A., Hogan W.J. at al. Functional disorders of the biliary tract and pancreas. // Gut. - 1999. - Vol. 45. - Suppl. 2. - P. 1148 - 1154.

9. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders. Diagnosis, pathophysiology and treatment. A Multinational consensus. - Little: Brown and company, 1994. - 570 p.

МЕДИА ГРУППА

ЗДОРОВЬЕ

e-mail: domdoctor@mail.ru



- Издательство медицинской литературы (монографии, учебники, руководства, материалы конференций, журналы и др.)

- Принимаем заказы на печать авторефератов, брошюр и другой литературы

Телефон +7 (347) 292 9865