

Отдаленные результаты резекции желудка по поводу язвенной болезни С.В.ТАРАСЕНКО, О.В.ЗАЙЦЕВ, А.А.КОПЕЙКИН, Т.С.РАХМАЕВ, А.А.НАТАЛЬСКИЙ, И.В.БАКОНИНА

The long-term results of the partial gastrectomy concerning the peptic ulcer

S.V.TARASENKO, O.V.ZAITSEV, A.A.KOPEYKIN, T.S.RAHMAEV, A.A.NATALSKY, I.V.BAKONINA

Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П.Павлова

Произведено сравнительное изучение качества жизни по шкале GSRS трех групп пациентов: 1-я – больные язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (n=44), 2-я и 3-я – респонденты, перенесшие, соответственно, резекцию желудка в модификации Бильрот-I (n=75) и Бильрот-II (n=34). Качество жизни пациентов, перенесших резекцию желудка как по Бильрот-I, так и по Бильрот-II, достоверно выше качества жизни пациентов, страдающих язвенной болезнью. Отдаленные результаты резекции желудка по Бильрот-I, по шкале диспептического синдрома достоверно лучше результатов резекции желудка по Бильрот-II. Отдаленные результаты резекций желудка по Бильрот-I в трубковидном и классическом вариантах достоверно не отличаются. Опросник GSRS показал низкую чувствительность в выявлении демпинг-синдрома.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, резекция желудка, отдаленные результаты

A life quality comparative studying on scale GSRS of three groups of patients is made: 1st - peptic ulcer disease patients (n=44), 2nd and 3rd - the respondents who have sustained, accordingly, a partial gastrectomy by Bilrot-I (n=75) and Bilrot-II (n=34). A life quality of the patients who have sustained a partial gastrectomy both on Bilrot-I, and on Bilrot-II, has appeared authentically above quality of a life of the patients, suffering a peptic ulcer. A life quality of the patients who have sustained a partial gastrectomy by Bilrot-I, on a dyspeptic syndrome scale is authentic above quality of a life of the patients who have sustained a partial gastrectomy by Bilrot-II. Comparative studying of quality of a life of the respondents who have sustained a partial gastrectomy by Bilrot-I in tubular and classical variants has not taped authentic differences. Questionnaire GSRS has shown low sensitivity in dumping syndrome revealing.

Key words: gastric ulcer and duodenal ulcer, gastric resection, long-term results

Оценка отдаленных результатов операций по поводу язвенной болезни (ЯБ) является принципиально важной составляющей мониторинга эффективности лечения и, следовательно, позволяет определить показания к выполнению того или иного варианта оперативного вмешательства [1-3]. Резекция желудка и в настоящее время остается одной из наиболее частых операций по поводу осложненной ЯБ, но литературные данные о качестве жизни (КЖ) больных с резецированным желудком противоречивы, поэтому особый интерес представляют дальнейшие работы в этом направлении.

Цель исследования: провести анализ отдаленных результатов резекционных операций на желудке и сравнить их с КЖ пациентов, страдающих ЯБ.

Материалы и методы

Путем случайного отбора сформированы три исследуемых группы. 1-я группа – пациенты, страдающие ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) (44 человека). Критерием включения являлось: эндоскопически подтвержденное обострение ЯБ желудка или двенадцатиперстной кишки в течение 12 месяцев, предшествующих исследованию. Случайная выборка проводилась среди пациентов, страдающих язвенной

болезнью со средним и тяжелым течением (табл. 1). Течение ЯБ как средней тяжести расценивалось в следующих случаях: обострение 1—2 раза в год, выраженные клинические проявления, требующие стационарного лечения, в патологический процесс вовлечены другие (кроме желудка и ДПК) органы пищеварения, ремиссия в течение долгого времени неполная — оставались те или иные проявления заболевания, трудоспособность была нередко ограничена. Тяжелым течением ЯБ считали следующие критерии: резко выражены функциональные расстройства и соответствующие клинические проявления, плохо поддающиеся консервативному лечению, часто наблюдаются различные осложнения, стойкая ремиссия не наступает, трудоспособность значительно снижена, нередко из-за

Таблица 1

Клиническая характеристика больных 1-й группы

Критерий	Количество пациентов
Обострения 1-2 раза в год и чаще	34
Обострения реже 1 раза в год	10
Перфорация язвы в анамнезе	1
Кровотечение в анамнезе	15
Пенетрация	6

Сравнительная характеристика больных, включенных в исследование

Параметры	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Число пациентов, n	44	75	34
Возраст (M±σ), лет	37,92±18,21	43,05±14,14	41,25±13,37
Время с момента операции (M±σ), лет	-	3,41±2,76	3,14±2,33

неэффективности терапевтического лечения показано хирургическое вмешательство.

В случае, если обострения ЯБ наступали 1 раз в год и реже, при имеющейся в прошлом перфорации язвы или кровотечения, это течение расценивалось как средней тяжести, а при наличии повторных кровотечений — тяжелое. Критериями исключения для 1-й группы пациентов считали: анамнестически подтвержденная связь обострения ЯБ с приемом НПВС, тяжелые сопутствующие заболевания (сахарный диабет, онкологические заболевания).

2-я группа – пациенты, перенесшие резекцию желудка по Бильрот-I (75 человек) в двух модификациях – классической (43 пациента) и трубковидной (32 человека).

3-я группа – пациенты, перенесшие резекцию желудка по Бильрот-II (34 человека).

Критериями исключения для 2-й и 3-й групп являлись: срок менее 1 года с момента операции, тяжелые сопутствующие заболевания, отсутствие документально подтвержденных сведений о модификации выполненной резекции желудка.

Сравнительная характеристика групп пациентов дана в таблице 2. Изучение КЖ проводилась при помощи специализированного опросника Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRs) [5]. В ходе обследования пациенты самостоятельно заполняли анкету. Статистическая обработка результатов выполнялась на персональном компьютере с использованием пакета анализа программы “Excel 2007”, рассчитывалось среднее арифметическое и стандартное отклонение для каждой из групп. Анализ достоверности различий проводился при помощи критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение

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, перенесших резекцию желудка по Бильрот-I, с пациентами, страдающими язвенной болезнью, наибольшие снижения показателей наблюдались по шкалам абдоминальной боли (23,8%), диспепсии (26,8%)

Таблица 3

Сравнительные результаты качества жизни пациентов, страдающих язвенной болезнью, и респондентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-I и по Бильрот-II

Параметры	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Синдром абдоминальной боли (AP)	6,25±3,08	4,76±2,67*	5,18±2,59*
Диспептический синдром (IS)	5,59±2,75	4,09±2,64	5,09±2,50**
Синдром гастроэзофагеального рефлюкса (RS)	3,77±2,73	3,96±2,69	3,79±2,69
Диарейный синдром (DS)	3,93±2,68	4,09±2,72	4,53±2,81
Обстипационный синдром (CS)	4,09±2,71	3,25±2,42	3,12±2,38*

Примечания: * – статистически достоверная разница ($p \leq 0,05$) по сравнению с группой больных язвенной болезнью

** – статистически достоверная разница ($p \leq 0,05$) по сравнению с группой больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-I.

Таблица 4

Сравнительные отдаленные результаты резекции желудка по Бильрот-I в различных модификациях

Параметры	Бильрот-I в классическом варианте, M±σ (n=43)	Трубковидная резекция по Бильрот-I, M±σ (n=32)
Синдром абдоминальной боли (AP)	4,77±2,91	4,76±2,42
Диспептический синдром (IS)	4,27±2,72	3,88±2,59
Синдром гастроэзофагеального рефлюкса (RS)	3,77±2,58	4,20±2,86
Диарейный синдром (DS)	4,10±2,88	4,08±2,58
Обстипационный синдром (CS)	3,47±2,54	3,00±2,29

и шкале запоров (20,4%). При этом нулевая гипотеза отсутствия различий сравниваемых совокупностей отвергнута с использованием критерия Манна-Уитни только для шкалы абдоминальной боли.

В группе пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II, уменьшение результата по шкалам абдоминальной боли и шкале запоров носило статистически достоверный характер по отношению к пациентам с язвенной болезнью – разница 17,2 и 23,8%, соответственно. По шкале диареи, напротив, отмечалось увеличение показателя на 15,2%, но оно не было статистически достоверным. Значительное снижение частоты запоров можно объяснить двумя факторами: во-первых, известно, что гиперацидное состояние сопровождается склонностью к запорам, а резекция желудка снижает уровень желудочной секреции; во-вторых, среди оперированных пациентов присутствовали больные с клиническими признаками демпинг-синдрома, одним из симптомов которого является диарея.

При сравнительном анализе групп пациентов, перенесших различные варианты резекции желудка, обращает на себя внимание более низкое значение шкалы диспептического синдрома в группе Бильрот-I – на 24,4% ($p < 0,05$). Это может подтвердить факт более глубокого нарушения физиологии пищеварения при выключении ДПК из пассажа пищевых масс при резекции желудка в варианте Бильрот-II.

Для изучения КЖ пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-I в трубковидном варианте проведено сравнение их показателей с показателями пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-I в классическом варианте. Для этого группа пациентов, имевших в анамнезе резекцию по Бильрот-I, разделена на две соответствующие подгруппы (таблица 4). Среди пациентов, перенесших трубковидную резекцию, можно отметить более низкие (лучшие) значения по шкалам выраженности диспептического синдрома и запоров – на 9,1 и 13,5%, соответственно. По шкале выраженности рефлюксного синдрома, напротив,

средний результат был выше на 11,5%, по сравнению с классической резекцией по Бильрот-I. Но ни по одной шкале различия не были статистически достоверными, что не позволяет сделать однозначного вывода о преимуществе трубковидной резекции желудка перед классическим вариантом Бильрот-I в отношении КЖ в отдаленном послеоперационном периоде.

При изучении опросника GSRS оказалось, что он не включает какой-либо шкалы или кластера вопросов, позволяющих с высокой чувствительностью выявлять демпинг-синдром у больных, перенесших резекцию желудка. Очевидно, что клиническую картину демпинг-синдрома не могут характеризовать ни шкала абдоминальной боли, ни выраженность гастроэзофагеального рефлюкса. Вопросы, содержащиеся в разделе «диспепсия», направлены на выявление метеоризма и отрыжки, и также не являются специфичными для демпинг-синдрома. В связи с этим, возник закономерный вопрос – насколько чувствителен опросник GSRS в выявлении демпинг-синдрома среди пациентов, подвергнутых радикальному оперативному лечению по поводу язвенной болезни желудка и ДПК?

Под наблюдением находилось 17 пациентов, перенесших различные вмешательства на желудке и имеющие клиническую картину демпинг-синдрома различной степени тяжести. Тяжесть демпинг-синдрома оценивали при помощи клинических и лабораторных показателей, в соответствии с классификацией Ю.М.Панцырева [4]. В зависимости от тяжести демпинг-синдрома, больные были разделены на три группы и анкетированы при помощи опросника GSRS. Кроме того, из числа ранее анкетированных респондентов, перенесших резекцию желудка, была набрана группа сравнения из 30 человек, основным условием включения для которых являлся факт отсутствия клинической картины демпинг-синдрома.

Результаты анкетирования приведены в таблице 5. Для каждой из шкал опросника рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмена со степенью тяжести демпинг-синдрома. При отсутствии

Таблица 5

Результаты анкетирования пациентов с демпинг-синдромом по шкале GSRS

Параметры	Демпинг-синдром отсутствует (n=30)	Степень тяжести демпинг-синдрома			Коэффициент Спирмена
		Легкая (n=11)	Средняя (n=4)	Тяжелая (n=2)	
AP – абдоминальная боль	5,00±2,64	4,91±2,39	6,00±2,58	4,50±3,54	0,03
IS – диспептический синдром	4,57±2,40	4,55±1,04	4,75±1,71	6,50±3,54	0,13
RS – рефлюкс-синдром	3,93±2,27	2,91±1,70	2,25±2,22	3,00±4,24	-0,23
DS – диарейный синдром	3,37±1,90	4,00±1,18	5,00±0,82	5,50±0,71	0,35*
CS – синдром запоров	2,87±1,46	2,55±2,16	1,75±2,06	0	-0,34*
Итоговое значение	19,73±6,65	18,91±5,86	19,75±3,10	19,50±2,12	-0,02

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

демпинга присваивался ранг 0, легкой степени демпинг-синдрома присвоен ранг 1, средней тяжести – 2, тяжелой – 3. Как видно из таблицы, шкалы опросника GSRS обладали слабыми коррелятивными связями со степенью тяжести демпинг-синдрома.

Лишь по двум шкалам слабые коррелятивные взаимодействия оказались статистически значимы ($p < 0,05$): по шкале диарейного синдрома – положительная, а по шкале констипационного синдрома – отрицательная линейная зависимость. Этот факт объясняется тем, что диарея является частью симптомокомплекса демпинг-синдрома и, чем тяжелее демпинг, тем более выражены расстройства стула. Отрицательная корреляционная взаимосвязь со шкалой запоров является «зеркальным» отражением положительной корреляции со шкалой диареи. Слабые разнонаправленные корреляционные зависимости не могли существенно повлиять на суммарный результат анкетирования и коэффициент корреляции Спирмена для итоговых значений опросника не показал статистически значимого взаимодействия с тяжестью демпинг-синдрома.

Очевидно, что для улучшения чувствительности специализированного опросника к выявлению демпинг-синдрома, необходимо включение в его состав кластера вопросов, ответы на которые позволяют оценить степень клинической манифестации основной составляющей демпинг-синдрома – вегетативных расстройств.

Список литературы

1. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Смирнов А.Д. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни. Хирургия 2006; 5: 26–30.
2. Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д., Хусенов Б.А., Косимов Х.Ш. Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до и после хирургического лечения. Хирургия 2009; 10: 15–19.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп» 2007; 320.

Информация об авторах

1. Тарасенко Сергей Васильевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова, главный врач больницы скорой медицинской помощи, г. Рязань; e-mail: ozaitsev@rambler.ru
2. Зайцев Олег Владимирович – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; e-mail: ozaitsev@rambler.ru
3. Копейкин Александр Анатольевич – к.м.н., заместитель главного врача по лечебной работе больницы скорой медицинской помощи, г. Рязань; e-mail: ozaitsev@rambler.ru

Помимо изучения корреляционных взаимодействий, проведена статистическая оценка достоверности различий результатов анкетирования по каждой из шкал опросника между группами пациентов, имевших и не имевших демпинг-синдром. В виду малой численности респондентов, все пациенты с демпинг-синдромом, вне зависимости от степени тяжести, были объединены в одну группу. Статистически достоверное различие ($p < 0,05$) выявлено только по шкале диареи. Средние суммарные значения опросника для каждой из групп были очень близки друг к другу.

Выводы

1. Качество жизни пациентов, перенесших резекцию желудка как по Бильрот-I, так и по Бильрот-II, достоверно выше качества жизни пациентов, страдающих язвенной болезнью.
2. Отдаленные результаты резекции желудка по Бильрот-I по шкале диспептического синдрома достоверно лучше отдаленных результатов резекции желудка по Бильрот-II.
3. Отдаленные результаты резекций желудка по Бильрот-I в трубковидном и классическом вариантах достоверно не отличаются.
4. Опросник GSRS показал низкую чувствительность в выявлении демпинг-синдрома.

4. Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастрэктомии. – М: Медицина 1973; 328.
5. Wiklund I., Bardhan K.D., Muller-Lissner S., et al. Quality of life during acute and intermittent of gastroesophageal reflux disease with omeprazol compared with ranitidine. Results from a multicentre clinical trial. The European Study Group. Ital J Gastroenterol Hepatol 1998; 30: 1: 19–27.

Поступила 26.03.2011 г.

4. Рахмаев Тимур Саидович – ассистент кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; e-mail: ozaitsev@rambler.ru
5. Натальский Александр Анатольевич – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; e-mail: ozaitsev@rambler.ru
6. Баконина Ирина Владимировна – ассистент кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; e-mail: ozaitsev@rambler.ru