

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ – ВАЖНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

М.К. ГУЛОВ

Кафедра общей хирургии № 1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Осложнённая язвенная болезнь представляет собой серьёзную медико-социальную проблему. В статье представлены литературные данные, посвящённые изучению качества жизни, результатам консервативного и хирургического лечения больных с различными осложнениями язвенной болезни. Дана краткая характеристика понятия качества жизни, современных подходов к определению данного показателя, представлен перечень анкет-опросников, используемых в гастроэнтерологии. Методика исследования качества жизни позволяет охарактеризовать текущее функциональное состояние самим пациентом, оценить эффективность оперативного и медикаментозного лечения, может служить дополнительным критерием при выборе метода хирургического лечения осложнённых форм язвенной болезни. Оценка динамики показателей качества жизни позволяет совершенствовать систему организации реабилитационной помощи. Таким образом, качество жизни следует рассматривать как важный независимый показатель оценки течения заболевания и эффективности хирургического лечения осложнённой язвенной болезни.

Ключевые слова: язвенная болезнь, осложнения, хирургическое лечение, качество жизни.

Для цитирования: Гулов МК. Исследование качества жизни пациентов – важный инструмент для оценки эффективности методов хирургического лечения осложнённой язвенной болезни. *Вестник Авиценны*. 2018;20(2-3):181-189. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2018-20-2-3-181-189>.

THE STUDY OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS IS AN IMPORTANT TOOL TO EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED PEPTIC ULCER DISEASE

M.K. GULOV

Department of General Surgery № 1, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Complicated peptic ulcer disease provides a serious medico-social problem. The article presents literature data dedicated to the study of the quality of life, as a result of conservative and surgical treatment of patients with various complications of the ulcerative disease. Given a brief characteristic of the concept of quality of life, modern approaches to the definition of this indicator presented a list of questionnaires used in gastroenterology. The method of quality of life research allows to characterize the current functional state the patient to assess the effectiveness of surgical and medical treatment and may serve as additional criteria in choosing a method of surgical treatment of complicated forms of ulcer disease. Assessment of the dynamics of quality of life indicators allows improving the system of rehabilitation assistance. Thus, the quality of life should be considered as an important independent measure of the disease and the efficacy of surgical treatment of complicated ulcer disease.

Keywords: *Peptic ulcer disease, complications, surgical treatment, quality of life.*

For citation: Gulov MK. Issledovanie kachestva zhizni patsientov – vazhnyy instrument dlya otsenki effektivnosti metodov khirurgicheskogo lecheniya oslozhnyonnoy yzvennoy bolezni [The study of the quality of life of patients is an important tool to evaluate the effectiveness of surgical treatment of complicated peptic ulcer disease]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2018;20(2-3):181-189. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2018-20-2-3-181-189>.

Язвенная болезнь (ЯБ) остаётся одним из самых распространённых заболеваний органов пищеварения у взрослого населения [1-2]. Высокая заболеваемость лиц трудоспособного возраста, рецидивирующее течение, способное привести к развитию тяжёлых осложнений, ранней инвалидизации и преждевременной смерти больных, определяют социальную значимость ЯБ и диктуют необходимость применения эффективных способов профилактики и лечения данного заболевания, а также его осложнений [3-4]. Несмотря на значительные успехи в консервативном лечении ЯБ, последние десятилетия характеризуются значительным ростом осложнённых форм заболевания – кровотечения, перфорации и стенозирования, требующих хирургического лечения [5].

Хирургия ЯБ прошла сложный и тернистый путь, в котором нередко чередовались значительные успехи и неудачи. По

сей день, окончательно не разрешены те проблемы, которые волновали наших предшественников 30-50 лет тому назад [6]. В настоящее время проблема выбора метода и эффективности хирургического лечения осложнённой ЯБ остаётся предметом оживлённой дискуссии хирургов всего мира. В современной литературе эти вопросы освещены достаточно, но они носят противоречивый характер [7]. Традиционно эффективность методов хирургического лечения ЯБ определяется по таким показателям, как летальность, частота послеоперационных осложнений, а также частота и степень выраженности различных пострезекционных и постваготомических расстройств в отдалённые сроки после операции. Однако такие критерии не всегда применимы и недостаточно информативны при оценке результатов хирургического лечения, в особенности осложнённых форм язвенной болезни. Если для врача наиболее важными показателями заболе-

вания являются объективные симптомы и данные лабораторных и инструментальных методов исследования, то для больного основным индикатором его благополучия являются субъективные ощущения. Поэтому эксперты Всемирной организации здравоохранения для оценки эффективности медицинской помощи, в том числе хирургической, рекомендуют анализировать адекватность лечения, т.е. необходимость достижения приемлемого для больного уровня качества жизни (КЖ) [8, 9]. Поскольку конечной целью хирургического лечения больных ЯБ является повышение КЖ в послеоперационном периоде, судить о достоинствах того или иного метода операции необходимо на основании оценки этого показателя [10, 11].

За последние два десятилетия интерес учёных к понятию «качество жизни» значительно возрос. В современной литературе используется термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (КЖСЗ) [12, 13], и он является неотъемлемой частью медицины сегодняшнего дня и мерой эффективности лечения в значительном количестве клинических исследований [14-18]. Данное понятие тесно связано с определением здоровья, которое предложено Всемирной организацией здравоохранения: «Здоровье – это полное физическое, социальное и психическое благополучие, а не отсутствие заболевания». В связи с этим, под КЖ понимают интегральную оценку физической, психической и социальной деятельности индивидуума, основанную на его субъективном восприятии. Медицинские аспекты КЖ включают влияние клинических проявлений заболевания и методов лечения на повседневную жизнедеятельность больного человека [19].

По мнению Н.Н. Крылова и Е.А. Пятенко (2016) [6], количественные биометрические показатели и специальные аналитические шкалы (Visick и Johnston) не позволяют объективно судить об эффективности хирургических методов лечения дуоденальной язвы, а «...разрешить проблему оценки эффективности лечения можно, используя принципиально иные критерии – показатели КЖ в послеоперационном периоде – и сравнивая их с исходными данными, полученными при первом поступлении больного до начала терапии». Технология определения КЖ предполагает непосредственное участие самого больного [12, 19]. Традиционно КЖ оценивают с помощью различных анкет, тестов, шкал, индексов, опросников, которые подразделяются на неспецифические и специфические. Известно около 400 опросников КЖ, имеется специализированное периодическое издание – журнал «Изучение качества жизни». Опросники КЖ широко применяются в клинической практике, определяя те сферы, которые наиболее пострадали от болезни, тем самым давая характеристику состояния больных с различными формами патологии [12, 19].

Неспецифические опросники предназначены для оценки КЖ независимо от характера патологии, тяжести заболевания и способа лечения. Наиболее распространёнными и признанными неспецифическими общими опросниками являются [12]:

- Опросник оценки качества жизни Европейской группы изучения качества жизни (EUROQOL – Euro QOL Group)
- Краткая форма оценки здоровья (Medical Outcomes Study-Short Form – MOS-SF 36) и его модификации (SF-22, SF-20, SF-12)
- Индекс общего психологического благополучия (Psychological General Well-Being Index)
- Профиль влияния болезни (Sickness Impact Profile) – 12 категорий, 136 вопросов
- Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile) – 6 параметров оценки переживаний, 38 во-

просов; 7 параметров оценки повседневной жизни, 7 вопросов

- Шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD)
- Индекс благополучия (Quality of Well-Being Index – QWBI)
- Опросник здоровья Мак Мастера (McMaster Health Index Questionnaire – MHIQ)
- Опросник детского здоровья (Child Health Questionnaire – CHQ)
- Опросник оценки КЖ в педиатрии (PedsQL)
- Обобщённая шкала оценки КЖ (Overall Quality of Life Scale)
- Индекс КЖ (Quality of Life Index)

Специфические опросники применяются для оценки КЖ больного при конкретных заболеваниях. В настоящее время для оценки КЖ гастроэнтерологических больных, в том числе с хирургической патологией, применяются следующие опросники [12]:

- Шкала оценки гастроэнтерологических симптомов (Gastrointestinal Symptom Rating Scale – GSRS)
- Гастроинтестинальный индекс КЖ (Gastrointestinal Quality of Life Index – GIQLI); часто используется для оценки КЖ после операций на органах пищеварения
- Индекс благополучия хирургического больного (Well-Being-Index for Surgical Patients – WISP), разработанный для оценки КЖ у больных после абдоминальных операций
- Шкала Visick I-IV для сравнительной оценки резекционных и органосберегающих методов лечения в хирургической гастроэнтерологической практике
- Gallstone Impact Check List (GIC) – специфический опросник для больных жёлчнокаменной болезнью
- Irritable Bowel Syndrome Quality of Life (IBS-QoL)
- Inflammatory Bowel Disease Quality of Life (IBDQ)
- Quality of Duodenal Ulcer Patients (QLDUP) – специфический опросник для больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки
- Quality of Life Reflux and Dyspepsia (QOLRAD) – опросник для больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и диспепсией
- ИКЖ ФХК – специфический опросник для больных язвенной болезнью до и после хирургического лечения [6].

В гастроэнтерологической практике наиболее часто используются два опросника: неспецифический – SF-36 и специфический – GSRS [5]. Опросник SF-36 прошёл полный цикл культурной адаптации к русскоязычным пациентам и наиболее распространён в клинических исследованиях и при индивидуальном мониторинге КЖ [10, 12]. Он состоит из 36 вопросов, объединённых в 11 пунктов, составленных для анализа методом суммирования рейтингов. Оценка КЖ производится по 9 критериям.

Общие опросники недостаточно чувствительны для исследования изменений состояния здоровья в рамках отдельно взятого заболевания. Специальные опросники оценивают тяжесть заболевания и функциональные ограничения, характерные для конкретного заболевания. Они более чувствительны при оценке динамики течения заболевания и оценки результатов лечения и позволяют уловить изменения в качестве жизни пациентов, произошедшие за относительно короткий промежуток времени. Характер течения ЯБ, фаза заболевания, наличие осложнений

оказывают существенное влияние на уровень КЖ пациентов [4, 13, 20-25].

По данным Д.М. Кадырова и соавт. (2009) [21], исследование КЖ больных ЯБ 12-перстной кишки (ЯБДПК) с помощью анкеты ИКЖ ФХК показало, что характер течения язвенной болезни накладывает свой отпечаток на уровень КЖ и его составляющих компонентов. При этом максимальное снижение ИКЖ наблюдается при язвенной болезни, осложнённой суб- и декомпенсированным стенозом.

Крайне важен для оценки эффективности терапии анализ динамики КЖ на фоне лечения, считает С.Н. Серикова (2012) [26], проанализировавшая параметры КЖ у больных с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) с помощью опросника MOS-SF-36 до и после курса консервативного лечения. Анализ параметров КЖ у пациентов с ЯБЖ может служить одним из критериев эффективности проводимой терапии и позволяет индивидуализировать подходы к лечению больных в зависимости от варианта клинического течения заболевания. До лечения у пациентов с ЯБЖ выявлено статистически значимое снижение всех шкал КЖ в обеих группах по сравнению с контрольной. После лечения параметры КЖ у пациентов II группы достоверно не отличались от параметров КЖ группы контроля; у больных I группы КЖ увеличилось по шкале «боль» на 66,6 %, но сохранялась тенденция снижения КЖ по другим шкалам. Пациенты I группы были прооперированы, курс консервативной терапии был у этой категории больных предоперационной подготовкой.

В.А. Стародубов и А.В. Стародубова (2013) [24] на основании изучения КЖ определяют тактику оптимального метода лечения часто рецидивирующей ЯБ. Оценка качества жизни у больных с язвенной болезнью в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии поможет определить необходимость дальнейшей тактики хирургического лечения, а у оперированных больных позволит проанализировать правильность решения о хирургическом лечении пациентов при неэффективности медикаментозного лечения. У больных ЯБ с высоким уровнем личностной тревожности и эмоциональной нестабильностью отмечаются достоверно худшие показатели КЖ. Доказано, что вид оперативного вмешательства влияет на развитие послеоперационных осложнений, что значительно снижает физические и психические компоненты КЖ. Обнаружено, что ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения, а соответственно и КЖ, значительно выше у пациентов, операция которым проводилась в плановом порядке, по сравнению с пациентами, вмешательство которым выполнено по неотложным показаниям.

По данным С.А. Афеңдулова и соавт. (2006) [20], у больных с агрессивным течением ЯБ снижаются показатели КЖ, и эти параметры существенно ниже в сравнении с больными, у которых ЯБ протекает благоприятно. Авторы на основании исследования показателей КЖ считают, что более 90% больных с агрессивным течением ЯБДПК необходимо настойчиво рекомендовать превентивное плановое оперативное лечение.

Несмотря на остроту проблемы, за последние 20-30 лет изучению КЖ пациентов при хирургическом лечении осложнённой ЯБ уделено недостаточно внимания. Оценка КЖ представляет собой конечный этап хирургического лечения ЯБ и её осложнений [6, 10, 21]. Работ по определению КЖ у больных с осложнённым течением язвенной болезни недостаточно, как недостаточно работ по сравнению КЖ больных с одним и тем же осложнением ЯБ, но оперированных разными методами. Исследования, где бы проводилось сравнение КЖ при различных видах осложнений, практически отсутствуют.

В РФ впервые в клинической практике Н.Н. Крылов (1997) [21] создал точный метод измерения общего уровня КЖ и его отдельных показателей у больных дуоденальной язвой до и после хирургического лечения. Предложенный способ оценки – индекс КЖ ФХК (ИКЖ ФХК) оказался прост и экономичен, характеризовался надёжностью полученных результатов, валидностью и чувствительностью, что позволило использовать его в научной и практической деятельности для мониторинга тяжести состояния пациентов, уточнения показаний к хирургическому лечению и оценке его эффективности.

Ряд авторов изучили КЖ пациентов при перфоративной язве в зависимости от метода хирургического лечения [13-15, 18, 20, 25, 27-32]. По данным К.С. Болотова и соавт. (2012) [27], изучение КЖ по специальному опроснику GSRS у больных после операций по поводу перфоративных язв ДПК в отдалённые сроки после проведённой комбинированной передней селективной проксимальной и задней стволовой ваготомии, не отличались от показателей относительно здоровых людей. У пациентов после выполненного изолированного ушивания перфоративной язвы ДПК (как видеолапароскопического, так и лапаротомного) отмечается стойкое ухудшение показателей по шкалам АБС, РС и ЗС, наблюдающееся в сроки до 5 лет. Проведение видеолапароскопического ушивания перфоративной язвы в сочетании с комбинированной ваготомией показывает наилучшие результаты при изучении КЖЗ в сроки до 5 лет, что позволяет рекомендовать эту методику в лечебных учреждениях, имеющих возможность проведения видеолапароскопических вмешательств.

Последние годы широкое внедрение малоинвазивных и видеолапароскопических оперативных вмешательств привлекло внимание к ушиванию и иссечению перфоративных язв. К.С. Болотов и соавт. [27] изучили КЖ больных после видеолапароскопического ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы в сочетании с комбинированной ваготомией и ушивания с селективной проксимальной ваготомией, используя опросник SF-36. Авторы сообщают, что видеолапароскопическое ушивание перфоративной пилородуоденальной язвы в сочетании с комбинированной ваготомией больше улучшает КЖ, чем ушивание с селективной проксимальной ваготомией. При исследовании КЖ по опроснику «SF-36» через 2 недели после операции достоверных отличий как при сравнении обеих групп, так и при сравнении с группой условно здоровых людей выявлено не было. При сравнении КЖ по опроснику «GSRS» в первой группе оперированных пациентов выявлены статистически значимые худшие показатели по диспепсическому синдрому (ДПС), обусловленные дисфагией I-II степени. Как в первой, и так и во второй группах отмечено статистически значимое отличие у условно здоровыми людьми по суммарному индексу КЖ.

Ю.В. Грубник и соавт. (2012) [33] лапароскопические оперативные вмешательства выполнили у 358 больных с осложнёнными язвами ДПК. У 289 пациентов выполнена ваготомия по Тейлору, у 169 – по Hill-Barker. Вторым этапом было лапароскопическое вмешательство на самом органе – дуоденопластика или гастроэнтероанастомоз. В отдалённые сроки у подавляющего большинства больных результаты лапароскопических вмешательств по модифицированной шкале Visick оценивались как отличные и хорошие. Отличные результаты отмечены у 127 больных (39%), хорошие – у 125 (38,5%), удовлетворительные – у 53 (16,3%) пациентов, неудовлетворительные – у 20 (6,2%) больных.

Ю.С. Винник и соавт. (2011) [14, 15] изучили результаты выполнения паллиативных, первичных резекционных и радикаль-

ных органосохраняющих операций при прободной гастродуоденальной язве у больных пожилого и старческого возраста. По данным авторов, отдалённые результаты и КЖ оперированных свидетельствуют о значительных преимуществах иссечения язвенного дефекта с выполнением гастро- или дуоденопластики по В.И. Оноприеву [10]. Ушивание перфорации в пожилом возрасте сопровождается высокой частотой рецидивов язвы с возможностью её повторного прободения, кровотечения и малигнизации. Неблагоприятные отдалённые результаты и низкое КЖ больных, перенёвших дистальную резекцию в связи с перфоративной язвой, связано с проявлениями болезни оперированного желудка. Перенесённое по поводу гастродуоденальной перфорации первичное резекционное или паллиативное вмешательство существенно ограничивало КЖ пожилого больного, отражаясь как на физическом, так и психическом компонентах здоровья. Радикальная органосохраняющая операция позволяла приблизить эти значения к КЖ условно здоровых респондентов. Изучение КЖ и отдалённых результатов хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста свидетельствует о значительных преимуществах радикальных органосохраняющих вмешательств, которые позволяют увеличить частоту хороших и отличных результатов на 8,7% и 14,9% по сравнению с ушиванием дефекта и первично выполненными резекциями желудка соответственно.

С.А. Афеңдулов и соавт. (2011) [20] оценивали уровень КЖ пациентов, перенёвших ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы (ПГДЯ) по методикам Н.Н. Крылова (1997) [6], использовав анкету SF-36. Авторы считают, что санаторно-курортное лечение в системе этапной реабилитации больных, перенёвших ушивание ПГДЯ, способствует увеличению периода ремиссии ЯБ, и, как следствие, повышению качества жизни.

Г.И. Тихомирова (2012) [25] для оценки КЖ больных перфоративной язвой после паллиативных, паллиативно-реконструктивных и радикальных (резекционных) операций использовала русскоязычный аналог международного универсального опросника MOS-SF-36. Исследование показало, что на фоне профилактического лечения у пациентов с ЯБ повысилась работоспособность, улучшились контакты с членами семьи и коллегами по работе.

Ю.С. Винник и соавт. (2011) [14] считают, что вопросы хирургической тактики лечения при осложнённых гастродуоденальных язвах в настоящее время остаются дискуссионными; ещё более спорным является определение условий, объёма и способа выполнения операции у пожилых пациентов. В условиях распространённого перитонита позиция большинства хирургов однозначна и выражается в минимализации объёма вмешательства, во всех других случаях возникает проблема выбора паллиативного или радикального характера операции [16, 17]. Изучение качества жизни и отдалённых результатов оперативного лечения ПГДЯ у больных пожилого и старческого возраста свидетельствует о значительных преимуществах радикальных органосохраняющих вмешательств, которые дают возможность достоверно увеличить частоту хороших и отличных результатов по сравнению с ушиванием дефекта и первично выполненными резекциями желудка.

В.А. Трухалёвым и соавт. (2013) [32] ушивание перфоративной язвы с положительным исходом было выполнено 158 пациентам. Все пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили больные, получавшие в раннем послеоперационном периоде многокомпонентную эрадикационную

терапию. Группа сравнения была представлена больными, получавшими в раннем послеоперационном периоде одноконтентные схемы терапии, либо двухкомпонентное лечение, включавшее в себя H_2 -блокаторы. Для оценки эффективности проведённого противоязвенного лечения в отдалённом периоде использовались оценка КЖ пациента по шкале MOS SF-36 и оценка отдалённых результатов по модифицированной шкале Visick. Отдалённые результаты прослежены в сроки от 7 до 12 лет. Все показатели здоровья у пациентов основной группы были достоверно выше, чем у пациентов группы сравнения, при этом они соответствовали показателям КЖ здоровых людей. При оценке отдалённых результатов по шкале Visick выявлено, что в основной группе отмечалось преобладание отличных и хороших результатов. В группе сравнения преобладали удовлетворительные результаты, а также отмечались неудовлетворительные результаты ушивания перфоративной язвы.

Б.С. Суковатых и соавт. (2017) [18] провели сравнительный анализ влияния различных способов хирургического лечения у 118 больных с перфоративной язвой на КЖ жизни с использованием опросника "SF-36 Health Status Survey". Больные были разделены на 4 группы: первая – иссечение язвы, вторая – ушивание, третья – резекция желудка по модификации Бильрот-I, четвёртая – резекция желудка по Бильрот-II. Наилучшее КЖ отмечено у больных, перенёвших иссечение язвы. На втором месте по влиянию на КЖ находится резекция желудка в модификации Бильрот-I. Наихудшие отдалённые результаты получены при ушивании язвы и резекции желудка в модификации Бильрот-II.

А.Л. Левчук и А. Абдуллаев (2017) [28] проанализировали результаты лечения 155 больных с ПГДЯ: 60 пациентам (38,7%) выполнено традиционное ушивание, 52 (33,5%) – видеоассистированное ушивание из мини-доступа, 28 (18,1%) – резекция желудка, 15 (9,7%) – ваготомия с пилоропластикой. Сравнительный анализ отдалённых результатов лечения показал, что простое ушивание язвы с последующей противоязвенной терапией даёт рецидивы в 8,9% случаев и требует повторных хирургических вмешательств в 5,3% случаев. После выполнения ваготомии с дренирующей желудок операцией, постваготомические расстройства выявлены в 17,3% случаев. Сравнение отдалённых результатов по Visick показало, что после комбинированного ушивания ПГДЯ преобладают отличные (64%) и хорошие (25,8%) результаты. В группе пациентов, перенёвших традиционное ушивание, преобладали удовлетворительные (41,6%), и отмечался ряд неудовлетворительных результатов. При перфорации острой гастродуоденальной язвы и отсутствии распространённого перитонита показано ушивание прободного отверстия двухрядным швом с использованием мининвазивных технологий: лапароскопии и методики «мини-доступа».

А.А. Терёхина и соавт. (2017) [31] провели субъективную оценку КЖ 162 пациентов путём анализа психического и физического компонентов здоровья после различных методов операций по поводу ПГДЯ с использованием опросника «SF-36 Health Status Survey». В 69% случаев методом оперативного вмешательства являлось ушивание перфоративной язвы, в 17% – иссечение язвы и в 14% – дистальная резекция 2/3 желудка. КЖ пациентов после иссечения язвы характеризовалось наиболее высокими показателями физического и психического компонентов здоровья по сравнению с пациентами, перенёвшими ушивание язвы или резекцию желудка. Наихудшие показатели имели пациенты, перенёвшие резекцию желудка. Физическая, социальная и трудовая адаптации наиболее легко протекают у пациентов после органосохраняющих операций.

С.В. Тарасенко и соавт. (2009) [29, 30] для оценки КЖ больных, оперированных по поводу ЯБ, использовали опросник SF-36. Оказалось, что уровень КЖ больных, перенёвших резекцию желудка, выше КЖ больных, страдающих ЯБ. Максимальное различие в КЖ основной и контрольной групп было получено по критериям: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; боль; жизнеспособность; социальное функционирование и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. Повышение КЖ пациентов, перенёвших резекцию желудка по поводу ЯБ, достигается не только за счёт физического, но и психологического компонента здоровья.

По мнению С.В. Тарасенко и соавт. (2009) [29], получившая распространение шкала оценки желудочно-кишечных симптомов GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) [1] не может в полной мере использоваться для оценки результатов хирургического лечения ЯБ. Она не содержит составляющей, позволяющей с высокой чувствительностью выявлять выраженность пострезекционных и постваготомических расстройств, имеющих в своей патогенетической основе нейровегетативную компоненту. Авторами разработана оригинальная шкала (анкета) качества оперативного лечения заболеваний двенадцатиперстной кишки и желудка – КОЛЕДЖ. Предлагаемая шкала показала высокие показатели валидности и надёжности для оценки отдалённых результатов операций.

В.И. Мидленко и соавт. (2010) [34] изучили влияние перенесённой релапаротомии после операций по поводу ЯБ. Опрос проводили по опроснику SF-36 через 1, 3 и 5 лет после оперативного вмешательства. Результаты исследования позволили сделать вывод о том, что КЖ пациентов после релапаротомии значительно ниже по всем показателям, чем у пациентов, которым не проводились повторные оперативные вмешательства. КЖ было существенно снижено по шкалам: болевой синдром (P) – ухудшение на 37%, физическое функционирование (PF) – ухудшение на 19%, ролевое физическое функционирование (RP) – ухудшение на 24%, социальное функционирование (SF) – ухудшение на 25%.

Н.А. Никитин и соавт. (2010) [35] оценку отдалённых результатов резекции желудка проводили с позиции изучения КЖ пациентов на основании анкетирования с помощью опросника Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) в зависимости от наличия сопутствующего хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП) и после его коррекции. Средний индекс уровня гастроинтестинального качества жизни в 1-й группе составил $121,5 \pm 1,2$ балла, во 2-й – $112,5 \pm 0,8$. Различие было достоверным ($p < 0,05$). Среди 15 больных 1-й группы при отсутствии ХНДП показатель индекса уровня КЖ составил $124 \pm 1,1$ балла, среди 53 больных с корригированными ХНДП этот показатель составил $119 \pm 1,7$.

Н.Н. Крылов [6], изучая КЖ пациентов после резекции 2/3 желудка, пришёл к выводу, что эту операцию следует исключить из арсенала способов лечения ЯБДПК, ввиду малой эффективности с позиций КЖ больных. В другом исследовании российскими хирургами определено, что КЖ пациентов, перенёвших резекцию желудка как по Бильрот-I, так и по Бильрот-II, достоверно выше КЖ не оперированных пациентов, страдающих рецидивирующей ЯБ. Отдалённые результаты резекции по Бильрот-I по шкале диспепсического синдрома оказались лучше результатов резекции по Бильрот-II. Отдалённые результаты при различных вариантах резекции желудка по Бильрот-I (трубковидном и классическом) значимо не различались [29, 30].

Крупным достижением последней четверти XX века следует считать разработку органосохраняющих и эндовидеохирургических операций при ЯБ [6]. Вместе с тем, следует констатировать, что в новейшей литературе недостаточно исследований, посвящённых изучению КЖ пациентов после органосохраняющих и эндовидеохирургических вмешательств.

К новому направлению функциональной хирургической гастроэнтерологии можно отнести предлагаемый некоторыми авторами метод дуоденопластики, сочетаемой с селективной проксимальной ваготомией (СПВ) [10, 17, 36, 37]. Непременным условием выполнения данного вида операции является анатомо-функциональная сохранность пилорического жома. Сравнительная оценка КЖ в зависимости от метода хирургического лечения рубцово-язвенных дуоденостенозов показала несомненные преимущества СПВ с дуоденопластикой перед СПВ с традиционными дренирующими операциями и резекцией желудка [11, 36].

Э.В. Смольников и С.Н. Серенко (2008) [38] изучили КЖ пациентов, перенёвших четыре типа оперативных вмешательств по поводу осложнённой дуоденальной язвы с учётом степени ингибции кислотопродукции: селективная ваготомия (СВ)+антрумэктомия (АЭ), резекция желудка (РЖ) в различных модификациях, радикальная дуоденопластика (РДП) с СПВ и РДП без ваготомии. Установлено, что РДП, надёжно устраняющая осложнения ЯБ, дополненная медикаментозным и обратимым угнетением кислотопродукции, позволяет добиться лучших функциональных результатов лечения, в меньшей степени влияя на КЖ больных. Необратимое угнетение желудочной секреции, достигаемое в ходе любого типа антацидных вмешательств, уменьшает функциональный резерв, что отражается в снижении КЖ больных. Проведённый корреляционный анализ взаимосвязи показателей желудочной секреции и КЖ 2 групп больных (после СВ+АЭ, РЖ и СПВ+РДП, РДП) в максимальной степени демонстрирует роль секретрируемого протона водорода в процессах функциональной адаптации организма.

К.С. Болотов и соавт. (2012) [27] с помощью опросников «SF-36» и «GSRS» исследовали КЖ пациентов, перенёвших видеолапароскопическую комбинированную ваготомию по методике химической денервации и двустороннюю СПВ методом скелетирования, у пациентов с ЯБДПК рецидивирующего течения. Через пять лет после операций изучены результаты хирургического лечения у 47 пациентов. Показатели КЖ оперированных пациентов в изучаемые сроки статистически значимо не отличались от условно здоровых людей. Лапароскопические операции выполнялись у 358 больных с осложнёнными язвами ДПК (перфорация – ушивание, кровотечение – дуоденотомия с прошиванием язвы и пилородуоденопластика, дуоденостеноз – пилородуоденопластика). Ближайшие и отдалённые результаты лапароскопических операций оказались не хуже, чем лапаротомных вмешательств, поэтому лапароскопические методики ваготомии стали альтернативным способом лечения больных с ЯБДПК. При оценке эффективности лапароскопических вмешательств по модифицированной шкале Visick отмечены рецидивы язвы в отдалённые сроки у 19 больных (6%). В отдалённые сроки отличные результаты отмечены у 127 (39%), хорошие – у 125 (38,5%), удовлетворительные – у 53 (16,3%), неудовлетворительные – у 20 (6,2%) больных.

В.М. Дурлештер и соавт. (2011) [10] считают, что исследование КЖ является важным критерием в определении долговременной эффективности лечения и интерпретации полученных результатов. Для изучения КЖ использовали русифицированную

версию MOS-SF-36. На протяжении двух лет после дуоденопластики отмечалась тенденция к повышению показателей КЖ, которые к концу первого года послеоперационного наблюдения не отличались от параметров практически здоровых людей по шкалам физическая активность, социальная активность, жизнеспособность, а к концу второго года – по шкалам физическая активность, социальная активность, жизнеспособность, психическое здоровье, боль, общее здоровье.

А.А. Кульчиев и соавт. (2015) [17], основываясь на опросах ИКЖ ФХК [Н.М. Кузин, Н.Н. Крылов, 1997], DDQ-15 (Медицинский университет штата Южная Каролина (США) и классификации Visick, произвели оценку КЖ в отдалённом периоде, в сроки от 3 до 30 лет. После резекционных операций КЖ определено у 64 пациентов, после органосохраняющих операций с СПВ – у 83. КЖ после резекционных операций у абсолютного большинства пациентов признано удовлетворительным и плохим (67-70 %), а после органосохраняющих операций с СПВ – у 74,7% признано высоким и у 21,4% – удовлетворительным, а у 3,6% – плохим.

По мнению С.Н. Сериковой (2013) [23], пока не изучено влияние хирургического лечения на КЖ в послеоперационном

периоде, нельзя с полной объективностью судить о достоинствах и недостатках той или иной операции.

Таким образом, КЖ представляет собой необходимый компонент комплексной оценки состояния больного. Анализ литературных данных свидетельствует о том, что оценка КЖ больных является важным инструментом для определения эффективности операций, применяемых для лечения осложнённой язвенной болезни. Показатели КЖ пациентов в послеоперационном периоде помогают определить наиболее рациональный и оптимальный метод хирургического лечения не только с точки зрения хирурга, но и с позиции оценки самого пациента. Вместе с тем, следует отметить, что за последние 10 лет, несмотря на актуальность хирургического лечения осложнённой язвенной болезни, проблеме изучения КЖ пациентов уделено недостаточно внимания. В XXI веке перспективы хирургического лечения осложнённой ЯБ, скорее всего, будут связаны с совершенствованием и широким использованием миниинвазивных технологий. Поэтому, чем больше будет научных исследований на эту тему, тем эффективнее будет решаться проблема лечения ЯБ.

ЛИТЕРАТУРА

- Ефанов АВ, Чесноков ЕВ, Хойрыш АА, Машкина АА, Ахметьянов РФ. Профилактический компонент в оказании помощи при хирургических осложнениях язвенной болезни. *Университетская медицина Урала*. 2016;1:11-3.
- Фирсова ЛД, Машарова АА, Бордин ДС, Янова ОБ. *Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки*. Москва, РФ: Медицина; 2011. 52 с.
- Баранская ЕК, Ивашкин ВТ, Шептулин АА. Современные подходы к лечению язвенной болезни. В: Ивашкин ВТ (ред) *Профилактика и лечение хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта*. Москва, РФ: Медпресс-информ; 2013. с. 75-8.
- Хавкин АИ, Жихарева НС, Дроздовская НС. Медикаментозная терапия язвенной болезни. *Лечащий врач*. 2016;1:26-9.
- Богопольский ПМ, Крылов НН, Бабкин ОВ, Бабкин ДО. К истории хирургического лечения язвенной болезни. *История медицины*. 2015;2(3):333-50.
- Крылов НН, Пятенко ЕА. Вклад клиники факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова в разработку органосберегающих операций с ваготомией для лечения язвенной болезни. *История медицины*. 2016;3(4):412-25.
- Антонов ОН. Эволюция хирургического лечения перфоративных пилородуоденальных язв. *Анналы хирургии*. 2013;2:22-8.
- WHO Meeting of Investigators on Quality of Life. Geneva; 1992. 86 p.
- WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment (WHOQOL). *Qual Life Res*. 1993;2:153-9.
- Дурлештер ВМ, Корочанская НА, Сердюк АА, Басенко МА. Оценка параметров качества жизни у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложнённой стенозом, до и после перенесённой дуоденопластики. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2013;4:38-42.

REFERENCES

- Efanov AV, Chesnokov EV, Khoirysh AA, Mashkina AA, Akhmetyanov RF. Profilakticheskiy component v okazanii pomoshchi pri khirurgicheskikh oslozhneniyaх язвенной болезни [A preventive component in the care of surgical complications of peptic ulcer disease]. *Universitetskaya meditsina Urala*. 2016;1:11-3.
- Firsova LD, Masharova AA, Bordin DS, Yanova OB. *Zabolevaniya zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [Diseases of stomach and duodenum]*. Moscow, RF: Meditsina; 2011. 52 p.
- Baranskaya EK, Ivashkin VT, Sheptulin AA. Sovremennyye podkhody k lecheniyu yazvennoy bolezni. V: Ivashkin VT (red.) *Profilaktika i lechenie khronicheskikh zabolevaniy verkhnikh otdelov zheludochno-kishechnogo trakta* [Modern approaches to the treatment of peptic ulcer. In: Ivashkin VT (ed.) *Prevention and treatment of chronic diseases of the upper divisions of the gastrointestinal tract*]. Moscow, RF: Medpress-inform; 2013. p. 75-78.
- Khavkin AI, Zhikhareva NS, Drozdovskaya NS. Medikamentoznaya terapiya yazvennoy bolezni [Drug therapy for peptic ulcer disease]. *Lechashchiy vrach*. 2016;1:26-9.
- Bogopol'skiy PM, Krylov NN, Babkin OV, Babkin DO. K istorii khirurgicheskogo lecheniya yazvennoy bolezni [To the history of surgical treatment of peptic ulcer]. *Istoriya meditsiny*. 2015;2(3):333-50.
- Krylov NN, Pyatenko EA. Vklad kliniki fakul'tetskoy khirurgii im. N.N. Burdenko 1-go Moskovskogo meditsinskogo instituta im. I.M. Sechenova v razrabotku organosberegayushchikh operatsiy s vagotomiyey dlya lecheniya yazvennoy bolezni [The contribution of the faculty of surgery clinic by N.N. Burdenko 1-st I.M. Sechenov Moscow Medical Institute in the development of organosaving operations with vagotomy for the treatment of peptic ulcer]. *Istoriya meditsiny*. 2016;3(4):412-25.
- Antonov ON. Evolyuciya khirurgicheskogo lecheniya perforativnykh piloroduodenal'nykh yazv [Evolution of surgical treatment of perforated pyloroduodenal ulcers]. *Annaly khirurgii*. 2013;2:22-8.
- WHO Meeting of Investigators on Quality of Life. Geneva; 1992. 86 p.
- WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment (WHOQOL). *Qual Life Res*. 1993;2:153-9.
- Durleshter VM, Korochanskaya NA, Serdyuk AA, Basenko MA. Otsenka parametrov kachestva zhizni u patsientov s yazvennoy boleznyu dvenadtsatiperstnoy kishki, oslozhnyonnoy stenozom, do i posle perenesyonnoy duodenoplastiki [Assessment of quality of life parameters in patients with duodenal ulcer complicated by stenosis before and after duodenoplasty]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii*. 2013;4:38-42.

11. Кадыров ДМ, Кодиров ФД, Хусенов БА, Косимов ХШ. Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до и после хирургического лечения. *Хирургия*. 2009;10:15-9.
12. Барышникова Н, Белоусова Л, Петренко В, Павлова Е. Оценка качества жизни гастроэнтерологических больных. *Врач*. 2013;7:62-4.
13. Краснов ОА. Изучение качества жизни, связанного со здоровьем у больных, оперированных по поводу перфоративной дуоденальной язвы. *Сибирский медицинский журнал*. 2007;2:53-9.
14. Винник ЮС, Чайкин НА, Аксютенко АН, Петрушко СИ, Колесницкий ОА, Теплякова ОВ. Отдалённые результаты радикальных органосохраняющих операций в лечении перфоративных гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. 2011;IV(1):21-8.
15. Винник ЮС, Сергеева ЕЮ, Аксютенко АН, Колесницкий ОА, Котиков АР, Петрушко ИП и др. Осложнённая гастродуоденальная язва в пожилом и старческом возрасте: анализ результатов паллиативных и радикальных вмешательств. *Хирургическая практика*. 2011;1:19-26.
16. Кульчиев АА, Елоев ВА, Сланов АВ, Морозов АА, Корнаева ВН. Отдалённые результаты традиционного хирургического лечения перфоративных пилородуоденальных язв в РСО Алании. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2009;2:39-45.
17. Кульчиев АА, Морозов АА, Тедеев СУ, Галачиев СМ, Дзбоев ДМ. Хирургическое лечение рубцово-язвенного стеноза пилородуоденального канала. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2015;4:62-70.
18. Суковатых БС, Гуреев ИИ, Новомлинец ЮП, Григорьев НН. Отдалённые результаты хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённой перфорацией. *Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»*. 2017;3:30-6.
19. Новик АА, Ионова ТИ. *Руководство по исследованию качества жизни в медицине*. Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. Москва, РФ:ЗАО «ОЛМА Медиа Групп»; 2007. 320 с.
20. Афендулов СА, Журавлёв ГЮ, Кадилов КМ. Качество жизни больных с агрессивным течением язвенной болезни. *Вестник ТГУ*. 2011;16(3):889-92.
21. Кодиров ФД, Кадыров ДМ, Амонов УМ. Современные хирургические технологии в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложнённой стенозом. *Проблемы гастроэнтерологии*. 2017;3:43-9.
22. Назаренко ПМ, Самгина ТА, Биличенко ВБ, Назаренко ДП. Клинико-морфологические особенности осложнений язвенной болезни при хронических нарушениях дуоденальной проходимости. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. 2012;5(2):303-8.
23. Серикова СН. Результаты органосохраняющего хирургического лечения труднорубцующихся язв желудка. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2013;1:10-9.
24. Стародубов ВА, Стародубова АВ. Изучение качества жизни у больных с язвенной болезнью. *Бюллетень медицинских Интернет-конференций*. 2013;3(3):719.
25. Тихомирова ГИ. Качество жизни как критерий оценки эффективности восстановительного лечения язвенной болезни. *Фундаментальные исследования*. 2012;2:368-71.
26. Серикова СН. Качество жизни в оценке результатов консервативного лечения труднорубцующихся язв желудка. *Современные проблемы науки и образования*. 2012;5:48-51.
11. Kadyrov DM, Kodirov FD, Khusenov BA, Kosimov HSh. Kachestvo zhizni bol'nykh yazvennoy boleznyu dvenadtsatiperstnoy kishki do i posle khirurgicheskogo lecheniya [Quality of life of patients with duodenal ulcer before and after surgical treatment.]. *Khirurgiya*. 2009;10:15-9.
12. Baryshnikova N, Belousova L, Petrenko V, Pavlova E. Otsenka kachestva zhizni gastroenterologicheskikh bol'nykh [Assessment of quality of life of gastroenterological patients]. *Vrach*. 2013;7:62-4.
13. Krasnov OA. Izuchenie kachestva zhizni, svyazannogo so zdorov'em u bol'nykh, operirovannykh po povodu perforativnoy duodenal'noy yazyvy [Study of quality of life associated with health in patients operated on for duodenal ulcer]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal*. 2007;2:53-9.
14. Vinnik YuS, Chaykin NA, Aksyutenko AN, Petrushko SI, Kolesnitskiy OA, Teplyakova OV. Otdalyonnyerezul'tatyradikal'nykhorganosokhranyayushchikh operatsiy v lechenii perforativnykh gastroduodenal'nykh yavz u bol'nykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Long-term results of radical organ-preserving operations in the treatment of perforating gastroduodenal ulcers in elderly and senile patients]. *Vestnik eksperimental'noy i klinicheskoy khirurgii*. 2011;IV(1):21-8.
15. Vinnik YuS, Sergeeva EYu, Aksyutenko AN, Kolesnitskiy OA, Kotikov AR, Petrushko IP, i dr. Oslozhnyonnaya gastroduodenal'naya yavza v pozhilom i starcheskom vozraste: analiz rezul'tatov palliativnykh i radikal'nykh vmeshatel'stv [Complicated gastroduodenal ulcer in the elderly and senile age: analysis of the results of palliative and radical interventions]. *Khirurgicheskaya praktika*. 2011;1:19-26.
16. Kulchiev AA, Eloev VA, Slanov AV, Morozov AA, Kornaeva VN. Otdalyonnye rezul'taty traditsionnogo khirurgicheskogo lecheniya perforativnykh piloroduodenal'nykh yavz v RSO Alanii [Long-term results of traditional surgical treatment of perforating pyloroduodenal ulcers in Alanya]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii*. 2009;2:39-45.
17. Kulchiev AA, Morozov AA, Tedeev SU, Galachiev SM, Dzboev DM. Khirurgicheskoe lechenie rubtsovo-yazvennogo stenoza piloroduodenal'nogo kanala [Surgical treatment of cicatricial ulcerative stenosis of the pyloroduodenal canal]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii*. 2015;4:62-70.
18. Sukovatykh BS, Gureev II, Novomlinets YuP, Grigoriev NN. Otdalyonnye rezul'taty khirurgicheskogo lecheniya yavzennoy bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki, oslozhnyonnoy perforatsiyey [Long-term results of surgical treatment of gastric ulcer and duodenal ulcer complicated by perforation]. *Kurskiy nauchno-prakticheskiiy vestnik «Chelovek i ego zdorov'e»*. 2017;3:30-6.
19. Novik AA, Ionova TI. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine*. Pod. red. akad. RAMN Yu.L. Shevchenko [Guidelines for the study of quality of life in medicine]. Moscow, RF: ZAO «OLMA Media Grupp»; 2007. 320 p.
20. Afendulov SA, Zhuravlyov GYu, Kadirov KM. Kachestvo zhizni bol'nykh s aggressivnym techeniem yavzennoy bolezni [Quality of life of patients with aggressive course of peptic ulcer]. *Vestnik TGU*. 2011;16(3):889-92.
21. Kodirov FD, Kadyrov DM, Amonov UM. Sovremennyye khirurgicheskyye tekhnologii v lechenii yavzennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki, oslozhnyonnoy stenozom [Modern surgical technologies in the treatment of duodenal ulcer, complicated by stenosis]. *Problemy gastroenterologii*. 2017;3:43-9.
22. Nazarenko PM, Samgina TA, Bilichenko VB, Nazarenko DP. Kliniko-morfologicheskyye osobennosti oslozhneniy yavzennoy bolezni pri khronicheskikh narusheniyakh duodenal'noy prokhodimosti [Clinical and morphological features of complications of peptic ulcer in chronic duodenal patency disorders]. *Vestnik eksperimental'noy i klinicheskoy khirurgii*. 2012;5(2):303-8.
23. Serikova SN. Rezul'taty organosokhranyayushchego khirurgicheskogo lecheniya trudnorubtsuyushchikhsya yavz zheludka [Results of organ-preserving surgical treatment of difficult-to-cut gastric ulcers]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii*. 2013;1:10-9.
24. Starodubov VA, Starodubova AV. Izuchenie kachestva zhizni u bol'nykh s yavzennoy boleznyu [Study of quality of life in patients with peptic ulcer]. *Byulleten' meditsinskikh Internet-konferentsiy*. 2013;3(3):719.
25. Tikhomirova GI. Kachestvo zhizni kak kriteriy otsenki effektivnosti vosstanovitel'nogo lecheniya yavzennoy bolezni [Quality of life as a criterion for assessing the effectiveness of recovery treatment of peptic ulcer]. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2012;2:368-71.
26. Serikova SN. Kachestvo zhizni v otsenke rezul'tatov konservativnogo lecheniya trudnorubtsuyushchikhsya yavz zheludka [Quality of life in assessing the results of conservative treatment of intractable gastric ulcers]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2012;5:48-51.

27. Болотов КС, Краснов ОА, Подолужный ВИ, Павленко ВВ, Ооржак ОВ. Результаты органосохраняющих кислоторедуктивных операций при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. *Медицина в Кузбассе*. 2012;11(2):53-7.
28. Левчук АЛ, Абдуллаев А. Сравнительная характеристика результатов лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова*. 2017;12:42-6.
29. Тарасенко СВ, Зайцев ОВ, Копейкин АА, Рахмаев ТС, Натальский АА, Баконина И.В. Отдалённые результаты резекции желудка по поводу язвенной болезни. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. 2011;IV(3):436-9.
30. Тарасенко СВ, Зайцев ОВ, Копейкин АА, Карюхин ИВ. Способ оценки результатов оперативного лечения заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. *Вестник новых медицинских технологий*. 2009;XVI(2):169-71.
31. Терёхина АА, Сергеева ЮС, Демченко ДЮ. Субъективная оценка качества жизни пациентов после различных типов операций по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы. *Научно-практический электронный журнал Аллея Науки*. 2017;16:8.
32. Трухалёв ВА, Кукош МВ, Гомозов ГИ. Качество жизни пациентов после ушивания перфоративной язвы. *Медицинский альманах*. 2013;6(30):204-8.
33. Грубник ЮВ, Фоменко ВА, Московченко ИВ, Кравченко АИ. Лапароскопические операции в лечении осложнённых дуоденальных язв. *Вестник неотложной и восстановительной медицины*. 2012;13(4):477-9.
34. Мидленко ВИ, Ахметова АР, Смолькина АВ. Релaparотомии при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. *Медицинский альманах*. 2010;1:118-20.
35. Никитин НА, Коршунова ТП, Онучин МА, Головизнин АА. Хирургическое лечение сочетанных осложнений язвенной болезни при пилородуоденальной локализации язвы. *Медицинский альманах*. 2010;1:121-5.
36. Кодиров ФД, Кадыров ДМ, Амонов УМ. Органосохраняющие хирургические технологии в лечении декомпенсированных рубцово-язвенных дуоденостенозов. *Вестник Академии медицинских наук Таджикистана*. 2017;2:21-6.
37. Кульчиев АА, Елоев ВА, Морозов АА. Место плановой хирургии в язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. *Хирург*. 2014;1:28-33.
38. Смольников ЭВ, Серенко СН. Влияние сохранённой желудочной секреции после оперативного лечения язвенной болезни на качество жизни больных в послеоперационном периоде. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2008;1-2:42-5.
27. Bolotov KS, Krasnov OA, Podoluzhnyy VI, Pavlenko VV, Oorzhak OV. Rezul'taty organosokhranyayushchikh kislotoreduktivnykh operatsiy pri yazvennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki [Results of organ-preserving acid conducting operations in duodenal ulcers]. *Meditsina v Kuzbasse*. 2012;11(2):53-7.
28. Levchuk AL, Abdullaev A. Sravnitel'naya kharakteristika rezul'tatov lecheniya bol'nykh s perforativnymi gastroduodenal'nymi yazvami [Comparative characteristics of the results of treatment of patients with perforated gastroduodenal ulcers]. *Vestnik Natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova*. 2017;12:42-6.
29. Tarasenko SV, Zaytsev OV, Kopeykin AA, Rakhmaev TS, Natalskiy AA, Bakonina IV. Otdalyonnye rezul'taty rezeksii zheludka po povodu yazvennoy bolezni [Long-term results of gastric resection for peptic ulcer disease]. *Vestnik eksperimental'noy i klinicheskoy khirurgii*. 2011;IV(3):436-9.
30. Tarasenko SV, Zaytsev OV, Kopeykin AA, Karyukhin IV. Sposob otsenki rezul'tatov operativnogo lecheniya zabolevaniy zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [A method of evaluating the results of surgical treatment of diseases of the stomach and duodenum]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy*. 2009;XVI(2):169-71.
31. Teryokhina AA, Sergeeva YuS, Demchenko DYU. Sub'ektivnaya otsenka kachestva zhizni patsientov posle razlichnykh tipov operatsiy po povodu perforativnoy gastroduodenal'noy yazvy [Subjective assessment of the quality of life of patients after various types of operations for perforated gastroduodenal ulcer]. *Nauchno-prakticheskiy elektronnyy zhurnal Alleya Nauki*. 2017;16:8.
32. Trukhalov VA, Kukosh MV, Gomozov GI. Kachestvo zhizni patsientov posle ushivaniya perforativnoy yazvy [Quality of life of patients after suturing a perforative ulcer]. *Meditsinskiy al'manakh*. 2013;6:204-8.
33. Grubnik YuV, Fomenko VA, Moskovchenko I, Kravchenko AI. Laparoskopicheskie operatsii v lechenii oslozhnyonnykh duodenal'nykh yazv [Laparoscopic surgery in the treatment of complicated duodenal ulcers]. *Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitel'noy meditsiny*. 2012;13(4):477-9.
34. Midlenko VI, Akhmetova AR, Smolkina AV. Relaparotomii pri yazvennoy bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [Relaparotomy for gastric ulcer and duodenal ulcer]. *Meditsinskiy al'manakh*. 2010;1:118-20.
35. Nikitin NA, Korshunova TP, Onuchin MA, Goloviznin AA. Khirurgicheskoe lechenie sochetannykh oslozhneniy yazvennoy bolezni pri piloroduodenal'noy lokalizatsii yazvy [Surgical treatment of combined complications of peptic ulcer disease in pyloroduodenal ulcer localization]. *Meditsinskiy al'manakh*. 2010;1:121-5.
36. Kodirov FD, Kadyrov DM, Amonov UM. Organosokhranyayushchie khirurgicheskie tekhnologii v lechenii dekompensirovannykh rubtsovo-yazvennykh duodenostenozy [Organ saving surgical technologies in the treatment of decompensated cicatricial ulcer duodenostenosis]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana*. 2017;2:21-6.
37. Kulchiev AA, Eloev VA, Morozov AA. Mesto planovoy kirurgii v yazvennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki [Place of planned surgery in duodenal ulcer]. *Khirurg*. 2014;1:28-33.
38. Smolnikov EV, Serenko SN. Vliyaniye sokhranyonnoy zheludochnoy sekretsii posle operativnogo lecheniya yazvennoy bolezni na kachestvo zhizni bol'nykh v posleoperatsionnom periode [The effect of preserved gastric secretion after surgical treatment of peptic ulcer on the quality of life of patients in postoperative period]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 2008;1-2:42-5.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Гулов Махмадшоҳ Курбоналиевич, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общей хирургии № 1, ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Работа выполнялась в соответствии с планом НИР ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования автор не получал.

AUTHOR INFORMATION

Gulov Mahmadsloh Kurbonalievich, Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Professor of the Department of General Surgery № 1, Avicenna TSMU

Конфликт интересов: отсутствует.

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Гулов Махмадшоҳ Курбоналиевич

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общей хирургии № 1, ТГМУ им. Абуали ибни Сино

734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139

Тел: (+992) 907723110

E-mail: gulov_m@mail.ru

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Gulov Mahmudshoh Kurbonalievich

Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Professor of the Department of General Surgery № 1, Avicenna TSMU

734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Ave., 139

Tel.: (+992) 907 723110

E-mail: gulov_m@mail.ru

Submitted 05.02.2018

Accepted 25.05.2018

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: ГМК

Сбор материала: ГМК

Анализ полученных данных: ГМК

Подготовка текста: ГМК

Редактирование: ГМК

Общая ответственность: ГМК

Поступила 05.02.2018

Принята в печать 25.05.2018