



УДК: 616.37–002.2–092

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ КАК МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Натальский А. А., Тарасенко С. В., Зайцев О. В., Песков О. Д., Богомолов А. Ю., Кадыкова О. А., Баконина И. В.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

CHRONIC PANCREATITIS IS A MULTIDISCIPLINARY MEDICAL-SOCIAL PROBLEM

Natalskiy A. A., Tarasenko S. V., Zaytsev O. V., Peskov O. D., Bogomolov A. Yu., Kadykova O. A., Bakonina I. V.
Ryazan State Medical University

Натальский А. А. — кафедра госпитальной хирургии, д.м.н., доцент
Тарасенко С. В. — заведующий кафедрой госпитальной хирургии, профессор, д.м.н.
Зайцев О. В. — кафедра госпитальной хирургии, доцент, д.м.н.
Песков О. Д. — кафедра госпитальной хирургии, доцент, к.м.н.
Богомолов А. Ю. — кафедра госпитальной хирургии, аспирант
Кадыкова О. А. — кафедра госпитальной хирургии, аспирант
Баконина И. В. — кафедра госпитальной хирургии, ассистент
Natalskiy A. A. — MD, PhD, Assistant of Professor the Department of Hospital Surgery
Tarasenko S. V. — MD, PhD, Professor, Head of the Department of Hospital Surgery
Zaytsev O. V. — MD, PhD, Associate of Professor of the Department of Hospital Surgery
Peskov O. D. — MD, PhD, Associate of Professor of the Department of Hospital Surgery
Bogomolov A. Yu. — Department of Hospital Surgery, Post-graduate
Kadykova O. A. — Department of Hospital Surgery, Post-graduate
Bakonina I. V. — Assistant of Professor the Department of Hospital Surgery

Натальский А. А.
Natalskiy A. A.
lorey1983@mail.ru

Резюме

Данная статья посвящена изучению отдаленных результатов хирургического лечения больных, страдающих хроническим панкреатитом. Изучены личностные особенности, социально-психологическая характеристика и качество жизни больных хроническим панкреатитом. Полученные результаты свидетельствуют о том, что данное заболевание является мультидисциплинарной проблемой и требует внимания не только со стороны медицинских специалистов, но и длительного наблюдения психологов, социологов и социальных работников.

Ключевые слова: хронический панкреатит, отдаленные результаты, аутоагрессивное поведение, социально-психологические характеристики, качество жизни

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017; 142 (6): 61–65

Summary

This article is devoted to studying the long-term results of surgical treatment of patients with chronic pancreatitis. Studied personality traits, social and psychological characteristics and the quality of life of patients with chronic pancreatitis. The results indicate that the disease is multidisciplinary problem and requires the attention not only on the part of health professionals, but also long-term observations of psychologists, sociologists and social workers.

Key words: chronic pancreatitis, long-term results, auto-aggressive behavior, social and psychological characteristics, quality of life

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017; 142 (6): 61–65

Введение

Хронический панкреатит является распространенным хирургическим заболеванием: в развитых странах заболеваемость хроническим панкреатитом составляет 8–10 новых случаев на 100 000 человек населения [1]. При этом за последние 30 лет произошел, примерно, двукратный прирост заболеваемости [2]. Это связано не только с улучшением способов диагностики хронического панкреатита, но и с увеличением употребления алкоголя и курения [3].

Алкоголизм и табакокурение являются серьезными проблемами человечества, которые приводят к развитию многих заболеваний. Вопросами статистики употребления алкоголя и табакокурения на глобальном уровне занимается Всемирная организация здравоохранения. Организация проводит масштабное исследование этой проблемы раз в пять лет. Последний аналитический доклад по этой теме был опубликован ВОЗ в 2014 году [4]. При этом рассчитывается употребление алкоголя в литрах на человека за год, получены следующие данные: Молдова – 18,22 л; Чехия – 16,45 л; Венгрия – 16,27 л; Россия – 15,76 л; Украина – 15,60 л. При этом в России алкоголь употребляют 19,3 % населения. Лишь часть пациентов обращались за медицинской помощью по поводу алкогольной зависимости, что составило 2,5 миллиона человек. По данным Роспотребнадзора выяснилось, что за последние 20 лет число курильщиков в России возросло на 450 000 человек. Число курящих в стране составляет 35 %.

Важная медико-социальная значимость проблемы хронического панкреатита обусловлена ее широким распространением среди трудоспособного населения [5]. За последние 10 лет уровень заболеваемости среди лиц молодого возраста вырос в 4 раза. Заболевание характеризуется длительным хроническим, прогрессивным течением, крайне негативно влияющим на качество жизни пациентов и приводящим к частичной или полной утрате трудоспособности. Инвалидизация при хроническом панкреатите достигает 15 % [6].

Генез изменений психики у пациентов с хроническим панкреатитом обусловлен многими факторами, среди которых важное значение имеет хронический болевой синдром [7]. Представление о формировании «новой» психики на фоне определенного заболевания присутствовало с давних времен. Рядом современных ученых проведены

исследования с использованием опросника Леонгарда – Шмишека и теста Кеттелла для выявления акцентуированных свойств личности и установления доминирующих личностных факторов у больных хроническим панкреатитом. В результате исследований по опроснику Леонгарда – Шмишека было установлено, что у больных хроническим панкреатитом преобладают такие личностные черты как гипертимность, эмотивность, возбудимость, дистимность [8]. Установленный факт позволяет предположить возможность возникновения хронического панкреатита на фоне изначальной эмоциональной нестабильности, обусловленной темпераментными особенностями [9]. Наличие данных темпераментных черт, обусловленных преимущественно врожденными свойствами нервной деятельности субъекта, снижает адаптационные возможности к воздействию социальных и психологических факторов окружающей среды. Длительные стрессовые ситуации, семейная дезадаптация, снижение экономического уровня жизни приводят к развитию неосознанной аутоагрессии, т.е. действий, подсознательно направленных человеком на ликвидацию своей тревоги, стресса [10, 11]. Формируются расстройства личностного поведения – пациент начинает употреблять алкоголь и злоупотреблять табакокурением. Со временем это приводит к развитию психических и поведенческих расстройств, а также развитию хронического панкреатита [12]. Кроме того, в ходе ряда исследований было выявлено, что у пациентов, страдающих хроническим панкреатитом, особенно алкогольной этиологии, на фоне постоянного болевого синдрома, наличия стресс-индуцирующего фактора и характера личностных особенностей пациента формируются тревожные и депрессивные расстройства, которые существенно осложняют течение и прогноз заболевания [13, 14].

Таким образом, все вышеизложенное послужило поводом для проведения настоящего исследования, целью которого явилось улучшение отдаленных результатов хирургического лечения больных хроническим панкреатитом путем изучения личностных особенностей и поведенческих расстройств, исследования качества жизни в послеоперационном периоде, разработки индивидуального плана лечения и реабилитации больных, перенесших операции на поджелудочной железе.

Материал и методы исследования

Изучены социально-психологические особенности и отдаленные результаты хирургического лечения 38 больных хроническим панкреатитом в сроки от 6 месяцев до 3 лет, находившихся в 2013–2015 гг на лечении в Центре хирургии печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы г. Рязани. Диагноз хронического панкреатита был установлен на основании жалоб, длительного анамнеза заболевания, амилаземии, характерных изменений паренхимы и протоковой системы поджелудочной

железы, выявленных при УЗИ и МРТ-исследованиях. Основной причиной госпитализации в хирургическое отделение у всех больных являлся стойкий длительный (более полугода) болевой синдром.

Произведено 38 операций на поджелудочной железе. Согласно морфологической классификации В.Т. Ивашкина от 1990 года процесс имел следующий характер: паренхиматозный – у 13 больных, фиброзно-склеротический (индуративный) – 15,

гиперпластический (псевдотумороз-ный) – 4, кистозный – 5, интерстициально-отечная форма – 1. Социальная характеристика больных проводилась путем оценки социального статуса: пол, возраст, уровень образования, трудовая занятость, семейное положение, вредные привычки, а также

определения уровня тревоги и комплаентности как до оперативного лечения, так и после. Качество жизни оценивали при помощи опросника SF-36. Статистическая обработка результатов выполнена при помощи пакета «статистика» Microsoft Excel, расчета t-критерия Стьюдента, критерия χ^2 .

Результаты исследования и их обсуждение

Проведен сравнительный анализ результатов обследования и хирургического лечения 38 больных, перенесших хирургическое вмешательство на поджелудочной железе в Центре хирургии печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы г. Рязани. Выявлены следующие особенности гендерной характеристики больных хроническим панкреатитом: в возрасте до 30 лет было 6 пациентов мужчин, 30–39 лет – 7 (6 мужчин, 1 женщина), 40–49 лет – 14 (12 мужчин, 2 женщины), 50–59 лет – 7 (5 мужчин, 2 женщины), 60–69 лет – 5 (3 мужчин, 2 женщины). Всего было прооперировано 7 женщин (18,4%), мужчин – 31 (91,6%) в возрасте от 28 до 65 лет. Средний возраст у мужчин составил $41,5 \pm 1,2$, а у женщин $53,6 \pm 2,7$. Соотношение мужчин и женщин было 4:1.

В зависимости от этиологии преобладал хронический панкреатит (ХП) алкогольного генеза 32 (84,2%), билиарнозависимый – 6 (15,8%). Длительность ХП с момента появления до госпитализации варьировала от 6 месяцев до 10 лет.

Среди больных преобладали лица со средним профессиональным образованием – 29 (76,3%), среди них было 27 (71,1%) мужчин и 2 (5,3%) женщин. Среди больных трудоспособного возраста 23 (74,2%) не работали и вели асоциальный образ жизни: 21 (91,3%) мужчина и 2 (8,7%) женщины. Таким образом, только 8 (25,8%) пациентов имели работу, 7 (87,5%) мужчин и 1 (12,5%) женщина.

При уточнении семейного положения оказалось, что большинство больных были одиноки: разведены или никогда не были женаты (замужем) – 27 (71,1%) человек, из них 22 (81,5%) мужчин и 5 (18,5%) женщин. Ежедневно употребляли алкоголь 22 (57,9%) больных мужчин, 2–3 раза в неделю – 9 (23,7%), среди них было 4 женщины (44,4%), 2–3 раза в месяц – 7 (18,4%) пациентов, из которых 3 (42,9%) женщины. Предпочтение крепким спиртным напиткам (водка, коньяк, виски, бренди) отдавали все 31 (91,6%) мужчины, женщины – 7 (8,4%) выбирали слабые алкогольные напитки (вино,

коктейли, пиво). Курильщиками были 28 (73,7%) пациентов, при этом выкуривали более 1 пачки сигарет в день.

Всем больным проводилась оценка качества жизни при помощи опросника SF-36, уровня тревоги по опроснику Тейлора, депрессии по методике В.А. Жмурова как до операции, так и в отдаленном послеоперационном периоде (6 месяцев). Следует отметить, что 21 (55,3%) больной поступил в стационар с высоким уровнем тревоги, а 35 (92,1%) находились в состоянии депрессии. В течение 1 года 11 больных были повторно госпитализированы по поводу обострения хронического панкреатита, все они также прошли тестирование на качество жизни с определением уровней тревоги и депрессии.

Выполнялись следующие оперативные вмешательства: операция Фрея – 12, операция Бегера – 8, Бернский вариант операции Бегера – 9, панкреатодуоденальная резекция – 4, дистальная резекция поджелудочной железы – 5. Панкреатоэнтероанастомоз в случаях операции Бегера и панкреатодуоденальной резекции формировался по разработанным методикам кафедры конец в бок викрилом 4.0 (заявка на изобретение от 05.05.16 входящий № 028035, регистрационный № 2016117881, рационализаторское предложение № 1383).

Следует отметить, что проведенное хирургическое лечение значительно снижало через 6 месяцев с момента операции уровень тревоги и депрессии, улучшало качество жизни (табл. 1,2,3).

Всем больным в послеоперационном периоде рекомендовали отказ от курения, прекращение приема алкоголя, восстановление социальной и физической активностей, диету № 5, прием капсул панкреатина 25000 Ед при каждом приеме пищи, наблюдение у гастроэнтеролога, психолога.

Большинство больных считало результаты хирургического лечения хорошими. Качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде (6 месяцев с момента операции) достоверно было выше по большинству шкал: физическое

Уровень тревоги	Распределение больных до операции, n	Распределение больных после операции (через 6 месяцев), n	Распределение больных после операции (через 12 месяцев), n
Очень высокий уровень тревоги	9	4	4
Высокий уровень тревоги	12	5	3
Средний уровень тревоги (с тенденцией к высокому)	7	7	1
Средний уровень тревоги (с тенденцией к низкому)	6	8	2
Низкий уровень тревоги	4	14*	1
Всего:	38	38	11

Таблица 1.
Выраженность тревоги у больных хроническим панкреатитом

Примечание:
* $\chi^2 = 7,28$, $p < 0,01$

Таблица 2.
Выраженность депрессии
у больных хроническим
панкреатитом

Примечание:

* $\chi^2 = 6,728$, $p < 0,01$

Выраженность депрессии	Распределение больных до операции, n	Распределение больных после операции (через 6 месяцев), n	Распределение больных после операции (через 12 месяцев), n
Депрессия отсутствует, или незначительная	3	12*	0
Депрессия минимальна	5	9	1
Легкая депрессия	3	7	1
Умеренная депрессия	12	5	2
Выраженная депрессия	8	2	4
Глубокая депрессия	7	3	3
Всего:	38	38	11

Таблица 3.
Результаты анкетирования
больных хроническим пан-
креатитом

Примечание:

* – статистически достовер-
ное различие, $p < 0,05$

Шкалы опросника SF-36 (M $\pm$ σ)	Больные до операции (n=38)	Больные через 6 месяцев после операции (n=38)	Больные через 12 месяцев после операции (n=11)
Физическое функциони- рование (PF)	66,44 $\pm$ 13,23	75,89 $\pm$ 14,73*	64,44 $\pm$ 20,80
Рольное функциониро- вание, обусловленное физи- ческим состоянием (RP)	59,70 $\pm$ 20,03	50,75 $\pm$ 17,72	55,75 $\pm$ 17,67
Интенсивность боли (BP)	55,20 $\pm$ 10,81	68,75 $\pm$ 14,30*	58,75 $\pm$ 14,37
Общее состояние здоро- вья (GH)	53,76 $\pm$ 12,78	62,14 $\pm$ 12,36	54,14 $\pm$ 17,36
Жизненная активность (VT)	59,93 $\pm$ 12,62	67,75 $\pm$ 14,88*	54,75 $\pm$ 17,81
Социальное функциони- рование (SF)	69,83 $\pm$ 13,78	64,00 $\pm$ 15,48	68,40 $\pm$ 15,48
Рольное функциониро- вание, обусловленное эмоциональным состоя- нием (RE)	51,37 $\pm$ 23,19	61,58 $\pm$ 18,76*	53,58 $\pm$ 17,53
Психическое здоровье (MH)	55,06 $\pm$ 11,12	65,23 $\pm$ 13,17*	57,11 $\pm$ 18,27

функционирование; интенсивность боли; общее состояние здоровья; жизненная активность; роль-
ное функционирование, обусловленное эмоци-
ональным состоянием; психическое здоровье.

Полученные показатели по вышеперечисленным
шкалам свидетельствует о том, что через 6 месяцев
с момента операции больные возвращались к при-
вычным ранее физическим нагрузкам, боль не ме-
шала им заниматься повседневной деятельностью,
оценивали свое здоровье как хорошее, чувствовали
себя полными сил, имели положительный эмо-
циональный фон при выполнении повседневной
работы.

Однако, позднее, у 11 (28,9 %) больных возник
рецидив заболевания, связанный с увеличением
употребления алкоголя, продолжением курения,
несоблюдением врачебных диетических и меди-
цинских рекомендаций, ведением асоциально-
го образа жизни. Пациенты были эмоционально
подавлены, не имели постоянной работы, имели
проблемы в семейной жизни. Двое больных по-
лучили инвалидность по основному заболеванию.
Оценивая уровень тревоги, депрессии и качество
жизни данных больных спустя 1 год с момента
операции мы получили данные, сравнимые со зна-
чениями до операции (табл. 1,2,3). Лечение данной
группы больных с рецидивом заболевания носило
преимущество консервативный характер: назна-
чалась инфузионно-детоксикационная терапия,

H₂-гистаминолитики, блокаторы протоновой пом-
пы, антибиотики широкого спектра действия. Двум
больным проводились минимально инвазивные
мероприятия, включающие пункции и дрениро-
вания жидкостных полостных образований под
контролем ультразвукового аппарата.

Проведенный анализ показал, что больные
хроническим панкреатитом, которым показано
хирургическое лечение, представлены преимуще-
ственно мужчинами трудоспособного возраста:
соотношение мужчин и женщин – 4:1, пик заболе-
ваемости приходится на 40–49 лет, средний возраст
составляет 41,5 $\pm$ 1,2 лет. Среди больных преобла-
дали лица со средним профессиональным обра-
зованием – 29 (76,3 %), среди них было 27 (71,1 %)
мужчин и 2 (5,3 %) женщин. Заслуживает внимания
то факт, что среди больных трудоспособного воз-
раста 23 (74,2 %) не работали и вели асоциальный
образ жизни, большинство больных были одиноки:
разведены или никогда не были женаты (замужем) –
27 (71,1 %). Ежедневно употребляли алкоголь 22
(57,9 %) больных мужчин, отдавая предпочтение
крепким спиртным напиткам. Курильщиками были
28 (73,7 %) пациентов, при этом выкуривали более
1 пачки сигарет в день. При этом у большинства
пациентов выявлены признаки высокого уровня
тревоги, глубокой депрессии.

Полученные данные по изучению качества жиз-
ни свидетельствуют о том, что улучшения качества

жизни больных хроническим панкреатитом можно добиться путем резекционных оперативных вмешательств на поджелудочной железе, обеспечивающими длительное купирование болевого синдрома и продолжительную ремиссию заболевания; увеличением приверженности больных лечению, в том числе стимулированием отказа от вредных привычек; проведением лечения совместно с психологом или психотерапевтом; расширением охвата пациентов

диспансерным наблюдением; налаживанием преемственности в лечении между стационаром и поликлиникой. Считаем, что необходимо стремиться к повышению физической и социальной активности больных хроническим панкреатитом, расширению их повседневной деятельности, повышению оценки состояния здоровья и жизненной активности, улучшению эмоционального состояния и устранению депрессивных и тревожных переживаний.

Заключение

Резекционные вмешательства на поджелудочной железе у больных хроническим панкреатитом улучшают качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде. В хирургическом лечении и реабилитации пациентов с хроническим панкреатитом необходимо учитывать личностные особенности больного, наличие поведенческих расстройств, что

позволит оптимальным образом наладить продуктивный контакт и настроить активное взаимодействие с больным, ввести в терапевтическую программу методики, стабилизирующие психическое состояние пациента, разработать индивидуальные профилактические программы, направленные на предотвращение рецидивов заболевания.

Литература

1. Jupp J., Fine D., Johnson p. D. The epidemiology and socioeconomic impact of chronic pancreatitis // *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2010. Vol. 24, № 3. P. 219–231.
2. Натальский А. А., Тарасенко С. В., Песков О. Д. Проблема печеночной недостаточности в хирургии // *Наука молодых – Eruditio juvenium.* 2013. № 1. С. 59–71.
3. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Охлобыстин А. В., Кучерявый Ю. А., Трухманов А. С., Шептулин А. А., Шифрин О. С., Лапина Т. Л., Осипенко М. Ф., Симаненков В. И., Хлынов И. Б., Алексеенко С. А., Алексеева О. П., Чихунова М. В. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.* 2014. Т. 24, № 4. С. 70–97.
4. Global status report on alcohol and health / World Health Organization. Geneva: WHO, 2014. 375 p.
5. Тарасенко С. В., Рахмаев Т. С., Песков О. Д., Копейкин А. А., Зайцев О. В., Соколова С. Н., Баконина И. В., Натальский А. А., Богомолов А. Ю., Кадыкова О. А. Классификационные критерии хронического панкреатита // *Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова.* 2016. № 1. С. 91–97.
6. Маев И. В., Кучерявый Ю. А., Андреев Д. Н., Дичева Д. Т., Гуртовенко И. Ю., Баева Т. А. Хронический панкреатит: новые подходы к диагностике и лечению: учебно-методическое пособие для врачей. Москва: ФКУЗ «ГКГ МВД России», 2014. 32 с.
7. Сидоров П. И. Клиническая психология. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 879 с.
8. Евдокимова Е. М., Липатов В. А. Характеристика личностных особенностей у больных хроническим панкреатитом // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.* 2007. № 2. С. 20–30.
9. Ширинская Н. В., Росляков А. Е., Ахмедов В. А., Минеев В. С. Психологический статус пациентов хроническим алкогольным и хроническим рецидивирующим панкреатитом // *Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии.* 2007. № 16–17. С. 188–189.
10. Шитов Е. А., Меринов А. В., Шустов Д. И., Федотов И. А. Клиническая и суицидологическая характеристика больных алкогольной зависимостью с сопутствующим пограничным расстройством личности // *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова.* 2015. № 4. С. 87–90.
11. Меринов А. В., Федотов И. А., Куликов С. О. Сравнение методов психотерапевтического лечения аутоагрессивного поведения // *Академический журнал Западной Сибири.* 2015. Т. 11, № 2 (57). С. 126–131.
12. Баженова М. И. Особенности интегральной индивидуальности хронических соматических больных и их связь с отношением к болезни: автореферат дис. кандидата психологических наук. Пермь, 2007. 23 с.
13. Гутнова С. К. Качество жизни больных при хроническом панкреатите // *Вестник современной клинической медицины.* 2010. Т. 3, прил. 1. С. 52.
14. Липатов В. А., Евдокимова Е. М. Исследование депрессивных реакций у больных хроническим панкреатитом // *Российский биомедицинский журнал.* 2007. Т. 8. С. 161–168.