

УДК 3.1.9

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Мазницын А.М., Суковатых Б.С.

Курский государственный медицинский университет (КГМУ)

Россия, 305041, Курская область, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3

Актуальность. Выбор оптимальной стратегии терапии пациентов с острым воспалением поджелудочной железы и его осложненными формами остается одним из центральных вопросов современной хирургической практики. Подход к ведению таких больных напрямую зависит от характера патологического процесса, степени нарушения функций организма и масштабов распространения инфекционного и неинфекционного поражения. Каждый клинический случай требует индивидуального решения: терапевтическая стратегия корректируется с учетом общего состояния пациента и степени агрессивности воспалительного процесса в поджелудочной железе. Под рассмотрение, при назначении тактики лечения, должны попадать как объективные факторы (скорость течения, внутренние и внешние индукторы заболевания, генетическая предрасположенность), так и субъективные аспекты течения заболевания (стигматизация, эффекты плацебо и ноцебо, психосоматическое состояние индивида), – так как все эти факторы в совокупности способны оказывать влияние на симптоматику, приверженность пациента лечению.

Цель – определение результативности применяемых методов терапии пациентов с воспалением поджелудочной железы через системный анализ показателей их жизненного благополучия. Дополнительно планируется провести сопоставительное изучение жизненных показателей пациентов с деструктивными формами заболевания и больных с неосложненным интерстициальным воспалением органа.

Материалы и методы. Исследование базировалось на систематическом анализе опубликованных научных работ по данной проблематике, были применены методы индукции и сравнения клинических результатов.

Результаты. Проведенный анализ выявил устойчивую закономерность: независимо от выбранного терапевтического подхода (оперативное вмешательство или медикаментозное ведение) и возрастных характеристик обследуемых, у всех категорий пациентов регистрируется системное, существенное ухудшение показателей жизненного благополучия. Это проявляется в снижении как эмоционально-психологических параметров, так и показателей физического функционирования организма.

Заключение. Правильно и своевременно выбранная тактика лечения больных, как с отечным панкреатитом, так и с панкреонекрозом позволяет добиться положительных результатов лечения и прогнозов будущей жизнедеятельности пациентов, позволяет избежать летального исхода в течении заболевания, улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: панкреонекроз, качество жизни, поджелудочная железа, панкреатит, опросник SF-36.

Мазницын Артем Максимович – студент 5 курса лечебного факультета, КГМУ, Курск. E-MAIL: ARTYOM5790911@GMAIL.COM (автор, ответственный за переписку).

Суковатых Борис Семёнович – д.м.н, профессор, заведующий кафедры общей хирургии, КГМУ, Курск. E-MAIL: SUKOVATYKHBS@KUSKMU.NET.

УДК 3.1.9

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PANCREATIC NECROSIS

MAZNITSYN A.M., SUKOVATYKH B.S.

KURSK STATE MEDICAL UNIVERSITY (KSMU)

305041, 3, K. MARX STREET, KURSK, RUSSIAN FEDERATION

RELEVANCE. CHOOSING THE OPTIMAL TREATMENT STRATEGY FOR PATIENTS WITH ACUTE PANCREATIC INFLAMMATION AND ITS COMPLICATED FORMS REMAINS ONE OF THE CENTRAL ISSUES OF MODERN SURGICAL PRACTICE. THE APPROACH TO THE MANAGEMENT OF SUCH PATIENTS DIRECTLY DEPENDS ON THE NATURE OF THE PATHOLOGICAL PROCESS, THE DEGREE OF IMPAIRMENT OF BODY FUNCTIONS AND THE EXTENT OF THE SPREAD OF INFECTIOUS AND NON-INFECTIOUS LESIONS. EACH CLINICAL CASE REQUIRES AN INDIVIDUAL SOLUTION: THE THERAPEUTIC STRATEGY IS ADJUSTED TAKING INTO ACCOUNT THE GENERAL CONDITION OF THE PATIENT AND THE DEGREE OF AGGRESSIVENESS OF THE INFLAMMATORY PROCESS IN THE PANCREAS. WHEN PRESCRIBING TREATMENT TACTICS, BOTH OBJECTIVE FACTORS (THE RATE OF THE COURSE, INTERNAL AND EXTERNAL INDUCERS OF THE DISEASE, GENETIC PREDISPOSITION) AND SUBJECTIVE ASPECTS OF THE COURSE OF THE DISEASE (STIGMATIZATION, PLACEBO AND NOCEBO EFFECTS, PSYCHOSOMATIC STATE OF THE INDIVIDUAL) SHOULD BE CONSIDERED, SINCE ALL THESE FACTORS TOGETHER CAN INFLUENCE THE SYMPTOMS, THE PATIENT'S COMMITMENT TO TREATMENT.

OBJECTIVE: TO DETERMINE THE EFFECTIVENESS OF THE APPLIED THERAPIES IN PATIENTS WITH PANCREATIC INFLAMMATION THROUGH A SYSTEMATIC ANALYSIS OF THEIR LIFE WELL-BEING. ADDITIONALLY, IT IS PLANNED TO CONDUCT A COMPARATIVE STUDY OF THE VITAL SIGNS OF PATIENTS WITH DESTRUCTIVE FORMS OF THE DISEASE AND PATIENTS WITH UNCOMPLICATED INTERSTITIAL INFLAMMATION OF THE ORGAN.

MATERIALS AND METHODS. THE STUDY WAS BASED ON A SYSTEMATIC ANALYSIS OF PUBLISHED SCIENTIFIC PAPERS ON THIS ISSUE, METHODS OF INDUCTION AND COMPARISON OF CLINICAL RESULTS WERE APPLIED.

RESULTS. THE ANALYSIS REVEALED A CONSISTENT PATTERN: REGARDLESS OF THE CHOSEN THERAPEUTIC APPROACH (SURGICAL INTERVENTION OR DRUG MANAGEMENT) AND THE AGE CHARACTERISTICS OF THE SUBJECTS, ALL CATEGORIES OF PATIENTS SHOW A SYSTEMIC, SIGNIFICANT DETERIORATION IN INDICATORS OF WELL-BEING. THIS IS MANIFESTED IN A DECREASE IN BOTH EMOTIONAL AND PSYCHOLOGICAL PARAMETERS AND INDICATORS OF THE PHYSICAL FUNCTIONING OF THE BODY.

CONCLUSION. A CORRECTLY AND TIMELY CHOSEN TREATMENT STRATEGY FOR PATIENTS WITH BOTH EDEMATOUS PANCREATITIS AND PANCREATIC NECROSIS MAKES IT POSSIBLE TO ACHIEVE POSITIVE TREATMENT RESULTS AND PROGNOSSES OF FUTURE LIFE OF PATIENTS, AVOIDS DEATH DURING THE COURSE OF THE DISEASE, AND IMPROVES THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS.

KEYWORDS: PANCREATIC NECROSIS, QUALITY OF LIFE, PANCREAS, PANCREATITIS, SF-36 QUESTIONNAIRE.

MAZNITSYN ARTEM M. – 5 YEAR STUDENT OF THE FACULTY OF MEDICINE, KSMU, KURSK, RUSSIAN FEDERATION. E-MAIL: ARTYOM5790911@GMAIL.COM (THE AUTHOR RESPONSIBLE FOR THE CORRESPONDENCE).

SUKOVATYKH BORIS S. – DOCTOR OF MEDICAL SCIENCES, PROFESSOR, HEAD OF THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY, KSMU, KURSK, RUSSIAN FEDERATION. E-MAIL: SUKOVATYKHBS@KUSKMU.NET.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В результате исследований и наблюдений, опубликованных в статье Костюкевич Ольги Игоревны – кандидата медицинских наук в Русском медицинском журнале: «... во всем мире за последние 30 лет наблюдается увеличение заболеваемости острым и хроническим панкреатитом более чем в 2 раза» [7].

Деструктивный панкреатит демонстрирует устойчивую тенденцию к росту заболеваемости, при этом характеризуется крайне высокими показателями смертности среди пациентов. Эта ситуация выдвигает проблему на передний план хирургической практики [1]. Необходимость разработки инновационных терапевтических подходов и совершенствования существующих методик лечения становится очевидной. Именно поэтому данное направление считается приоритетным в современной медицинской науке и требует непрерывного внимания исследователей.

Существенное влияние на результативность терапевтических мероприятий при панкреатите и последующее самочувствие пациентов оказывает применение систематизации и терминологического аппарата, который отвечает современному состоянию отечественного здравоохранения. Разработка такой классификационной системы для острых форм панкреатита проходила с непосредственным участием члена Российской академии наук, профессора С.Ф. Багненко. Обсуждение и утверждение методических подходов происходило на объединённом научном собрании двух профессиональных организаций: Российского общества хирургов, совместно с Ассоциацией гепатопанкреатобилиарных хирургов государств СНГ. Встреча была посвящена формированию национальных стандартов диагностических и лечебных протоколов при остром панкреатите и состоялась на клинической базе Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова.

На международном съезде хирургов, состоявшемся в Ростове-на-Дону в 2005 году, специалисты представили несколько подходов к анализу клинической картины панкреонекроза в его асептической и сеп-

тической формах. Часть экспертов предложила классифицировать заболевание по выраженности симптомов и лабораторных показателей. Другая группа врачей выступала за дифференциацию на основе преобладающих синдромов. Третий подход базировался на типе возникающих осложнений – как локальных в брюшной полости, так и системных.

Панкреонекроз признан во всём мире крайне опасным заболеванием. Это подтверждается высоким уровнем смертности при инфекционных формах патологии – по данным различных исследований, показатели колеблются в диапазоне от 50 до 80%. Причём подавляющее большинство смертельных случаев (около 80%) связано с гнойными осложнениями. К таким осложнениям относятся формирование абсцессов в области поджелудочной железы и сальниковой сумки, развитие перитонита, а также флегмоны забрюшинной клетчатки [2].

В своей публикации «Современные методы лечения больных панкреонекрозом», размещённой в 2016 году в международном журнале экспериментального образования, хирург Митряков П.С. подчёркивает, что ключевым направлением терапии пациентов с панкреонекрозом служит совершенствование методов интенсивного лечения [8].

Септический панкреонекроз представляет собой позднее инфекционное последствие некротизирующего панкреатита. При этом состоянии инфекционный процесс склонен расширяться за пределы паренхимы железы, захватывая окружающую клетчатку и забрюшинное пространство, нередко распространяясь и на брюшную полость. Стремительное ухудшение состояния пациента способно спровоцировать септический шок и полиорганную недостаточность.

В связи с этим академик РАМН, профессор и известный российский хирург Гостищев В.К. считает приоритетной задачей снижение рисков инфицирования. По его мнению, необходима продуманная стратегия профилактики инфекционных осложнений, учитывающая степень повреждения тканей поджелудочной железы при данной патологии [3].

Исследователь Зубрицкий В.Ф. в своей научной работе, посвященной современ-

ным подходам к терапии острого панкреатита, подчеркивает критическую важность нескольких аспектов. Первостепенное значение имеет раннее установление диагноза и выбор адекватной стратегии терапевтического воздействия [4].

Необходим постоянный контроль эффективности применяемых методов с готовностью к их корректировке в случае недостаточного результата. Основная цель любого терапевтического вмешательства при данной патологии – обеспечить пациенту возможность вернуться к полноценной жизни после завершения лечебного процесса.

Существует множество вариантов оперативных вмешательств при остром воспалении поджелудочной железы. Однако ключевым фактором успеха становится правильный выбор момента для хирургического вмешательства. Объем операции определяется конкретными задачами, которые стоят перед хирургической бригадой. Современная хирургическая практика стремится к снижению травматичности операционного доступа. Это становится возможным благодаря применению инновационных технологий, позволяющих хирургу точно ориентироваться в операционном поле.

Сравнительная оценка эффективности консервативного и хирургического подходов при панкреонекрозе представляет значительные трудности. Применение нехирургических методик – перитонеального лаважа, средств для снижения активности ферментов поджелудочной железы, детоксикационной и противовоспалительной терапии – не всегда демонстрирует достаточную эффективность. Развитие поздних осложнений, таких как флегмоны, указывает на необходимость хирургического удаления некротизированных участков [5].

С другой стороны, любое оперативное вмешательство сопряжено с риском повреждения функционирующих тканей железы. Это может привести к нарушению как внешнесекреторной, так и внутрисекреторной функции органа, что негативно влияет на прогноз и повышает риск летального исхода заболевания.

Савельев В.С., доктор медицинских наук, профессор, академик РАН и РАМН, возглавляющий кафедру факультетской

хирургии РГМУ, убежден в высокой результативности некротсеквестрэктомии при терапии панкреонекроза. Этот хирургический подход может реализовываться тремя вариантами: закрытым, открытым и полукрытым.

Принципиальная позиция Савельева В.С. заключается в том, что различные терапевтические стратегии при этом заболевании не должны рассматриваться как взаимоисключающие альтернативы. Каждый метод имеет свою область применения и подбирается исходя из конкретной клинической картины и установленного диагноза, создавая оптимальные условия для выздоровления пациента.

Савельев В.С. подчеркивает критическое значение своевременной и точной диагностики. Прогноз существенно различается в зависимости от формы патологии. При отечной форме панкреатита смертность остается на минимальном уровне, что естественным образом создает предпосылки для более благоприятных показателей качества жизни в дальнейшем по сравнению с панкреонекрозом [6].

Ключевые факторы, влияющие на качество жизни пациентов и их реабилитацию в физическом, психоэмоциональном и социальном аспектах, включают: масштаб утраченных экзокринной и эндокринной функций поджелудочной железы, полноту устранения причинных факторов, спровоцировавших развитие болезни.

Наиболее распространенными осложнениями после перенесенного панкреонекроза становятся псевдокисты, панкреатические свищи и хронический рецидивирующий панкреатит. Эти состояния приводят к формированию у больного синдрома нарушенного пищеварения и могут спровоцировать развитие сахарного диабета.

По мнению Новик А.А., доктора медицинских наук, профессора создание концепции исследования качества жизни явилось закономерным итогом эволюции международного медицинского сообщества [9]. Чтобы успешно лечить больных, недостаточно поставить диагноз. Ведь диагноз заболевания, это что-то обезличенное. А как же быть с больным? Ведь каждый пациент уникален, а именно его физический, психический, духовный и со-

циальный профиль.

Анализ субъективного благополучия пациентов становится неотъемлемым критерием при оценке эффективности терапии длительно протекающих патологий. Этот подход открывает возможность рассмотреть самочувствие человека через призму его собственного восприятия и личного опыта.

Когда традиционные клинические исследования дополняются данными о субъективном состоянии пациента, врачи получают более объективную и многогранную картину его здоровья. К сожалению, на сегодняшний день этому аспекту медицинской практики уделяется недостаточное внимание, хотя он представляет собой один из ключевых показателей успешности проводимой терапии.

По-моему убеждению, информация о самочувствии пациентов имеет практическую ценность не только для лечащих врачей в их повседневной работе. Руководители медицинских учреждений могут использовать эти данные для совершенствования подходов к лечению и выработки более эффективных протоколов оказания медицинской помощи.

Панкреонекроз – это серьезное заболевание поджелудочной железы, характеризующееся некрозом тканей органа. Оно часто приводит к значительным ограничениям в качестве жизни больных. Поэтому изучение вопроса о влиянии панкреонекроза на качество жизни является крайне актуальным и важным. Безусловно, болезнь влияет на качество жизни пациентов с панкреонекрозом, поэтому понимание факторов, приводящих к ухудшению физического и психического состояния этого контингента пациентов, а также методов и сроков проводимого лечения крайне актуально в настоящее время.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ научных статей, учебных пособий, журналов, данных статистики. Для работы над данным исследованием использовался метод работы – анонимное анкетирование 10 пациентов Курской городской клинической больницы скорой медицинской помощи с помощью опросника качества жизни SF-36.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование базировалось на изучении клинических данных десяти пациентов, госпитализированных с диагнозом острый панкреатит в хирургическое отделение Курской городской клинической больницы скорой медицинской помощи. Период наблюдения охватывал 2022-2023 годы. Возрастной диапазон обследуемых составил от 35 до 75 лет, при этом гендерное распределение показало преобладание мужчин: семеро представителей мужского пола против троих женщин.

Для систематизации клинического материала пациенты были распределены по двум категориям в зависимости от тяжести патологического процесса. Первая категория объединила больных с отечной формой панкреатита, характеризующейся более благоприятным течением. Вторая категория включала пациентов с панкреонекрозом – деструктивной формой заболевания (см. Таблицу 1).

Для объективной оценки качества жизни пациентов с панкреонекрозом использовался комплексный подход, включающий несколько диагностических направлений:

Клиническое обследование предполагало выявление характерных симптомов: болевые ощущения в верхней части живота, тошнота с последующей рвотой содержимым желудка, гипертермия, учащенное сердцебиение, снижение артериального давления и признаки обезвоживания организма в виде сухости слизистых.

Лабораторная диагностика была направлена на определение воспалительных изменений: повышение количества белых кровяных телец со смещением лейкоцитарной формулы в сторону молодых нейтрофилов, обнаружение С-реактивного протеина, ускорение скорости оседания эритроцитов, нейтрофилез и признаки малокровия.

Ультразвуковое исследование поджелудочной железы позволяло визуализировать патологические изменения органа: увеличение всех анатомических отделов (головка, тело, хвост), а также скопление жидкости в забрюшинной области.

Оценка терапевтических результатов

Таблица 1. Распределение пациентов по группам наблюдения

Категория пациентов	Численность и гендерная структура	Клинический вариант
Категория 1 (n=5)	5 человек Женщины – 1 чел. (20%), мужчины – 4 чел. (80%)	Отечная форма панкреатита
Категория 2 (n=5)	5 человек Женщины – 2 чел. (40%), мужчины – 3 чел. (60%)	Деструктивная форма (панкреонекроз)

Таблица 2. Распространённость ультразвуковых признаков панкреатита
в первой и второй группах пациентов

УЗИ-признак	1 группа (n=5 человек)		2 группа (n=5 человек)	
	Абсолютное (человек)	Относительное (%)	Абсолютное (человек)	Относительное (%)
Повышена эхогенность	5	50	5	50
Расширение холедоха	2	20	3	30
Расстояние между задней стенкой желудка и передней поверхностью ПЖ свыше 3мм до 10мм	5	50	5	50
Вздутие петель кишечника	2	20	3	30
Увеличенная в размерах ПЖ либо ее часть	2	20	5	50
Наличие экссудата в сальниковой сумке и брюшной полости	0	0	2	20
Наличие абсцесса	0	0	1	10

с использованием четырехуровневой шкалы:

Отличный результат – полное восстановление здоровья, отсутствие необходимости в диетических ограничениях, нормальное функционирование пищевари-

тельной системы.

Хороший результат – периодические кратковременные дискомфортные ощущения в эпигастрии и легкая тошнота после нарушений режима питания, проходящие самостоятельно без медикаментозного

Таблица 3. Распространенность отклонений биохимических маркеров крови среди пациентов первой и второй клинических групп

Биохимические показатели крови (повышенное количество)	1 группа (n=5 человек)		2 группа (n=5 человек)	
	Абсолютное (человек)	Относительное (%)	Абсолютное (человек)	Относительное (%)
Общий анализ крови (лейкоцитоз, сдвиг Л-формулы влево, СОЭ)	4	40	5	50
Общий анализ мочи (внимание на дилятазу (α-милазу))	4	40	2	20
Дилятаза (α-милаза) в крови	4	40	2	20
Билирубин общий	3	30	3	30
Билирубин прямой	0	0	2	20
Прокальцитонин	0	0	1	10

вмешательства и не влияющие на работоспособность.

Удовлетворительный результат – наличие гипергликемического синдрома, нуждающегося в медикаментозной коррекции, с частичным снижением трудоспособности.

Неудовлетворительный результат – стойкие проявления гипергликемии и болевого синдрома, полная потеря трудоспособности.

Для измерения показателей был использован опросник SF-36 – инструмент, включающий 36 вопросов, распределённых по восьми основным категориям. Эти категории охватывают способность к физической активности, выполнение повседневных задач, интенсивность болевых ощущений, общую оценку состояния здоровья, уровень энергии и бодрости, качество взаимодействия с окружающими, эмоциональный фон и психологическое благополучие. Каждая категория оценивается по шкале от 0 до 100 баллов, где максимальное значение соответствует оптимальному состоянию здоровья. Все восемь параметров в итоге объединяются в два интегральных показателя, отражающих

физический и психоэмоциональный статус пациента.

В рамках исследования был проведён детальный анализ медицинской документации десяти пациентов, проходивших лечение в хирургическом стационаре Курской городской клинической больницы скорой медицинской помощи на протяжении 2022-2023 годов. Собранная информация систематизирована и для наглядности частично представлена в табличной форме.

Пациенты были распределены с учётом пола и возраста. Первая группа состояла из четырёх мужчин (один в возрасте 35-40 лет, двое – 46-55 лет и один – 66-75 лет) и одной женщины возрастом 35-40 лет. Вторая группа включала трёх мужчин (по одному представителю в диапазонах 35-40, 55-65 и 66-75 лет) и двух женщин (46-55 лет и 66-75 лет соответственно). В обеих группах наблюдалось численное преобладание мужчин. Характерно, что тошнота присутствовала в жалобах каждого пациента без исключения.

По результатам клинических и лабораторных обследований в таблице 2 представлена информация о распространённо-

Таблица 4. Показатели качества жизни пациентов первой и второй исследуемых групп

Шкала SF-36	Общая популяция жителей России	1 группа (n=5)	2 группа (n=5)
Физическое функционирование	86,0±1,7	69,00 ± 1,20*	62,00 ± 1,47**
Рольное функционирование	90,2±1,8	85,00 ± 1,45*	45,00 ± 1,35**
Интенсивность боли	79,4±2,1	60,00 ± 1,33*	29,20 ± 1,24**
Общее состояние здоровья	73,2±1,9	38,80 ± 1,55*	26,00 ± 1,64**
Жизненная активность	70,2±2,8	62,00 ± 1,60*	46,00 ± 1,38**
Социальное функционирование	84,2±3,2	82,80 ± 1,70*	70,20 ± 1,69**
Психическое здоровье	62,4±1,2	53,60 ± 1,39*	48,80 ± 1,64**
Эмоциональное функционирование	61,1±1,7	46,80 ± 1,67*	33,20 ± 1,56**
Физический компонент здоровья	87,2±1,8	63,20 ± 1,38*	40,55 ± 1,43**
Психический компонент здоровья	70,9±1,8	61,30 ± 1,59*	49,55 ± 1,57**

*Статистически значимые отличия от показателей в российской популяции ($p < 0,05$);

**Статистически значимые отличия от показателей первой группы ($p < 0,05$).

сти ультразвуковых признаков заболевания.

Анализируя данные, представленные во второй таблице, можно отметить, что при ультразвуковом исследовании пациентов обеих групп были выявлены схожие диагностические показатели. У всех без исключения обследованных больных (100% случаев в каждой группе) наблюдалось усиление эхогенности тканей поджелудочной железы. Кроме того, у каждого из

десяти пациентов в обеих группах было зафиксировано расширение пространства, разделяющего заднюю желудочную стенку и переднюю поверхность поджелудочной железы. Это расстояние превышало нормальные значения в 3 мм и достигало показателей от 3 до 10 миллиметров, что является характерным признаком патологического процесса.

Следует отметить, что УЗИ-признаки при отечном панкреатите не всегда пока-

Таблица 5. Сравнительный анализ терапевтической эффективности в исследуемых группах пациентов с использованием четырёхбалльной системы оценивания

Оценочный балл	Характеристика состояния	1 группа (5 пациентов)		2 группа (5 пациентов)	
		Абсолютное (человек)	Относительное (%)	Абсолютное (человек)	Относительное (%)
4	Превосходный результат (полное восстановление функций, отсутствие симптомов поражения пищеварительной системы)	3	60	2	40
3	Положительный результат (периодические болевые ощущения слабой интенсивности в верхней части живота при нарушениях диетического режима, сопровождающиеся тошнотой; симптомы проходят самостоятельно без врачебного вмешательства и не влияют на работоспособность)	1	20	2	40
2	Приемлемый результат (наблюдается повышение уровня глюкозы в крови, нуждающееся в терапевтической коррекции; отмечается частичное снижение трудоспособности)	1	20	1	20
1	Недостаточный результат (ярко выраженные проявления повышенного содержания глюкозы и болевой симптоматики; пациенты утрачивают способность к трудовой деятельности)	0	0	0	0

зательны. Поэтому большее значение имеет общая клиническая картина, на основании данных которой, а также на основании данных биохимических исследований может быть поставлен диагноз острый панкреатит.

В то же время при панкреонекрозе УЗИ-картина более отчетлива, но для подтверждения, например, наличия абсцесса, необходимо провести компьютерную томографию.

Анализ биохимических параметров сыворотки крови пациентов исследуемых групп позволил выявить ряд характерных особенностей (данные представлены в таблице 3).

Главным диагностическим признаком у больных обеих групп является повышенное количество амилазы в крови и моче. Показатели диастазы в 1 группе выявлены у 4 человек (40%), во 2 группе у 2 человек (20%). Следует отметить, что, если в динамике показатели диастазы в крови и моче резко снижаются от тысяч до десятков единиц, это говорит о том, что развивается именно панкреонекроз – поджелудочная железа гибнет и ферментам негде вырабатываться.

По итогам анкетирования десяти пациентов с использованием опросника «SF36» и последующего анализа полученной информации были определены параметры, характеризующие уровень жизни людей, страдающих панкреатитом. Результаты этого исследования представлены в таблице 4.

Анализ опросников выявил существенную разницу между группами. Пациенты с отечной формой заболевания показали средний балл физического функционирования на уровне 63,2, тогда как у больных с некротическим поражением поджелудочной железы этот показатель составил лишь 40,55 балла. Аналогичная картина наблюдалась и в психологической сфере: 61,3 балла против 49,55 балла соответственно.

Сравнительный анализ двух групп демонстрирует заметное ухудшение жизненных показателей у пациентов с деструктивной формой заболевания. Эти больные испытывают большую физическую слабость, у них чаще проявляются признаки угнетенного состояния и депрессивные настроения по сравнению с пациентами, пе-

ренесшими отечную форму. Данные результаты подчеркивают критическую важность ранней диагностики и адекватной терапии, поскольку прогрессирование патологии и развитие осложнений приводят к существенному ухудшению как физического самочувствия, так и психоэмоционального статуса человека.

Проведенное исследование показывает: независимо от выбранной терапевтической стратегии – будь то хирургическое вмешательство или медикаментозная терапия, – все пациенты демонстрируют выраженное падение показателей качества жизни в обеих измеряемых областях. При детальном сопоставлении групп становится очевидным: больные с некротической формой страдают сильнее. Болевой синдром и вынужденные ограничения повседневной активности формируют замкнутый круг – физическое истощение провоцирует психологическую подавленность, что, в свою очередь, еще больше снижает общее самочувствие и адаптационные возможности организма.

Хирургическое вмешательство при деструктивном панкреатите оказывает продолжительное негативное воздействие на повседневное функционирование пациентов. Данные отдаленного наблюдения не показывают значительного восстановления физических возможностей после операции, что закономерно отражается и на психоэмоциональном состоянии больных.

Для анализа результативности терапевтических мероприятий у пациентов обеих исследуемых групп была применена четырехуровневая система оценки. Полученные данные систематизированы и отражены в таблице 5.

ВЫВОДЫ

Проведенный анализ демонстрирует значимость адекватного выбора терапевтической стратегии на ранних этапах заболевания. Независимо от формы острого панкреатита – будь то отечная разновидность или деструктивное поражение с некрозом тканей – грамотный подход к лечению существенно влияет на восстановление пациентов и их дальнейшую способность вести полноценную жизнь.

Анализируя распределение результатов по обеим исследуемым группам, мы не зафиксировали случаев отрицательной динамики. Интересно, что доля пациентов с незначительными позитивными изменениями оказалась идентичной в обеих группах и составила одну пятую от общего числа. Что касается промежуточных результатов с умеренной положительной динамикой, здесь картина различается: во второй группе такие показатели продемонстрировали 40% больных (двое пациентов), что вдвое превышает аналогичный показатель первой группы.

Однако первая группа показала превосходство в категории выраженного улучшения состояния. Здесь существенный прогресс отмечен у трех пациентов, что составляет 60% от общего числа наблюдений в этой группе. Этот результат опережает показатели второй группы на одного пациента, создавая разницу в 20 процентных пунктов.

Особого внимания заслуживает тот факт, что хирургические методики, применяемые специалистами Курской городской клинической больницы скорой медицинской помощи при лечении инфицированных форм панкреонекроза, подтверждают свою результативность. При этом открытые хирургические вмешательства – включающие лапаротомический доступ, боковой поясничный разрез и удаление погибших тканей – демонстрируют более выраженный терапевтический эффект по сравнению с минимально инвазивным дренированием полостей живота и околожелудочного пространства, выполняемым с использованием ультразвукового контроля.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИЧНЫЙ ВКЛАД АВТОРОВ

Мазницын А.М. – разработка концепции и дизайна, анализ и интерпретация данных.

Суковатых Б.С. – проверка критически важного интеллектуального содержания

окончательное утверждение для публикации рукописи.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф., Вашетко Р.В., Гольцов В.Р., Савелло В.Е. Актуальные подходы к систематизации острого панкреатита: анализ современных концепций. *Вестник хирургии имени И.И. Грекова*. 2015. С. 86-92.
2. Чевокин А.Ю. Проблема инфекционных осложнений при панкреонекротическом поражении. *Хирургия*. 2002. № 9. С. 82-84.
3. Гостищев В.К. *Общая хирургия: учебное пособие. 4-е издание, переработанное*. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 637 с.
4. Зубрицкий В.Ф. Актуальные аспекты терапевтической стратегии при остром воспалении поджелудочной железы. *Русский медицинский журнал*. 2008. 62 с.
5. Корымасов Е.А. Оптимизация выбора операционного доступа при лечении гнойно-септических осложнений панкреонекроза. *Журнал имени Н.И. Пирогова: Хирургия*. 2021. № 6. С. 10-18.
6. Костюкевич О.И. Хроническое воспаление поджелудочной железы: от понимания механизмов развития к разработке эффективной терапии. *Русский медицинский журнал*. 2009. Т. 17. № 19. С. 1283-1288.
7. Костюченко А.Л., Филин В.И. *Неотложная панкреатология: руководство для практикующих врачей*. 2000. С. 69-98.
8. Митряков П.С. Инновационные подходы к терапии пациентов с панкреонекрозом в клинической практике. *Международный журнал экспериментального образования*. 2016. № 9-2. С. 221-224.
9. Новик А.А. *Методология изучения качества жизни в клинической медицине: практическое руководство*. Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2004. 304 с.