

# Адекватность выбора и эффективность корригирующей терапии в ликвидации послеоперационных осложнений у пациентов с заболеваниями билиарной системы

**К.Р. Юсиф-заде**

Военный госпиталь Государственной пограничной службы Республики Азербайджан, г. Баку

Основной целью данного исследования является изучение частоты встречаемости патологии билиарной системы по обращаемости в стационар за 2006–2012 гг. и сравнительной оценки эффективности различных методов холецистэктомии среди 404 пациентов (102 мужчины и 302 женщины) и эффективности консервативной терапии на основе определения качества жизни 45 оперированных больных. Заболевания желчевыводящей системы были представлены хроническим калькулезным холециститом, обострившимся хроническим калькулезным холециститом, острым калькулезным холециститом, острым гангренозным калькулезным холециститом, холедохолитиазом, острым флегмонозным калькулезным холециститом, полипами желчного пузыря. Научные исследования выявили более частую поражаемость женщин, чем мужчин. В отличие от традиционной открытой холецистэктомии лапароскопический метод хирургического лечения заболеваний желчного пузыря приводит к снижению послеоперационной болевой чувствительности, уменьшению продолжительности госпитализации и улучшению косметических результатов. Применение предлагаемых препаратов в консервативном лечении способствует сокращению послеоперационных осложнений и побочных эффектов при наличии сопутствующих заболеваний. Изложенное выше было доказано результатами анкетирования пациентов с помощью специального опросника качества жизни SF-36.

**Ключевые слова:** лапароскопическая холецистэктомия, холецистит, послеоперационный период, рефлюкс, качество жизни.

Оставшаяся в течение долгих лет единственным хирургическим методом лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений традиционная холецистэктомия, благодаря достаточно широкому разрезу характеризовалась полноценным доступом к операционному полю и проведением на этом фоне адекватных оперативных действий. Но, как установили исследования состояния больных на различных послеоперационных этапах, известная тактика и подход к хирургическому лечению патологий желчевыводящей системы во всех без исключения случаях сопровождались осложнениями травматического, иногда и инфекционного характера, что приводило к удлинению реабилитационного периода и, в конечном счете, негативно влияло на качество жизни госпитализированных больных [1–4]. Учитывая не снижающуюся тенденцию, которая проявляется в показателях роста численности больных с указанными выше патологиями, и нередкие ошибки и осложнения при их диагностике и лечении, практические хирурги рассматривают как операцию выбора при лечении заболеваний органов и тканей желчевыводящей системы малоинвазивные методы и технологии, среди которых лидирующие позиции, с точки зрения повышения качества оперативной хирургии в этой области, занимает лапароскопическая холецистэктомия [5, 6].

Суммарная оценка «качества жизни» и составляющих его доменов значительно дополняет характеристику патологического процесса у больных с различными заболеваниями и их динамику под влиянием лечебных мероприятий, представляя ценную информацию о реакции пациента на заболевание и проводимую терапию, что способствует индивидуализации лечебного подхода и уточнению прогноза [7]. Руководствуясь необходимостью детального изучения и структуризации субъективных показателей, основанных чаще всего на самооценке хирургическими больными своего физического и психоэмоционального состояния после завершения оперативных вмешательств, экспертная группа Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) предложила рассматривать вопросы по повышению эффективности и качества оказываемой специализированной медицинской помощи, в данном случае хирургической, с учетом повышения и достижения нормальных, с точки зрения самого больного и оценки им самим, показателей качества жизни [8].

**Цель исследования:** оценка результатов применения различных методов хирургического лечения заболеваний желчевыводящей системы на основе определения и изучения некоторых факторов, в маловажной степени влияющих на показатели качества жизни оперированных пациентов и отличающихся меньшей вариабельностью, что имеет большое прогностическое значение.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В группу контроля (1-я группа, n=20) включены больные, оперированные традиционным открытым методом холецистэктомии и получавшие стандартную базисную терапию и профилактику осложнений хирургического лечения заболеваний билиарной системы на фоне сопутствующих патологий с применением гепатотропного препарата Ursobil в качестве поддерживающей терапии; пациенты основной группы (2-я группа, n=25) после лапароскопической холецистэктомии получали аналогичную с контрольной группой медикаментозную гепатотропную терапию. У всех обследуемых больных параллельно отмечали заболевания органов гепатодуоденопанкреатической системы – печени, двенадцатиперстной кишки и желудка. Анализ качества жизни пациентов с заболеваниями желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков основной и контрольной групп для клинической интерпретации в зависимости от вида проводимых оперативных мероприятий проводили при помощи опросника качества жизни «The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)» [Ware J.E., 1993] до и после комплексного консервативного лечения (через 1, 3 и 6 мес).

Опросник SF-36 состоит из 36 пунктов, распределенных по восьми шкалам, каждая из которых формирует два показателя – душевное и физическое благополучие: физическое функционирование (PF), ролевая деятельность (RP), телесная боль (BP), общее здоровье (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и пси-

Частота встречаемости патологий желчного пузыря по половому признаку

Диагноз	Средние показатели		Мужчины		Женщины	
	Кол-во больных (%)	M±m	Кол-во больных (%)	M±m	Кол-во больных (%)	M±m
Хронический калькулезный холецистит	306 (75,7±2,13)	47,5±0,72 (16-80)	69 (22,5±2,4)	48,6±1,44 (16-80)	237 (77,5±2,4)	47,1±0,83 (18-77)
Обострение хронического калькулезного холецистита	50 (12,4±1,64)	46,3±2,07 (21-77)	14 (28,0±6,4)	47,8±3,83 (26-77)	36 (72,0±6,4)	45,7±2,49 (21-76)
Острый калькулезный холецистит. Механическая желтуха	16 (4,0±0,97)	50,9±3,07 (35-73)	3 (18,8±9,8)	63,0±5,13 (56-73)	13 (81,3±9,8)	48,2±3,17 (35-71)
Острый гангренозный калькулезный холецистит	3 (0,74±0,43)	45,3±12,17 (21-58)	2 (66,7±27,2)	39,0±18 (21-57)	1 (33,3±27,2)	58,0
Холедохолитиаз. Механическая желтуха	1 (0,25±0,25)	54,0			1 (100,0)	54,0
Острый флегмонозный калькулезный холецистит	6 (1,5±0,60)	49,3±3,67 (36-60)	3 (50,0±20,4)	46,0±5,13 (36-53)	3 (50,0±20,4)	52,7±5,46 (42-60)
Полип желчного пузыря	9 (2,2±0,73)	41,6±4,63 (18-60)	6 (66,7±15,7)	44,2±4,08 (28-59)	3 (33,3±15,7)	36,3±12,41 (18-60)
Другие	13 (3,2±0,88) (38-72)	57,4±2,61	5 (38,5±13,5)	55,0±4,99 (38-65)	8 (61,5±13,5)	58,9±3,04 (46-72)
Всего	404 (100)	47,7±0,64 (16-80)	102 (25,2±2,2)	48,7±1,23 (16-80)	302 (74,8±2,2)	47,3±0,75 (18-77)

хическое здоровье (МН). По каждой шкале изучаемого опросника представлены определенные показатели, которые варьируют между значениями 0 и 100, где 100 означает полное здоровье.

Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики. Для характеристики группы однородных единиц были определены их средние арифметические величины (M), ее стандартная ошибка (m) и диапазон изменений (min–max).

В целях статистической обработки данных был применен непараметрический критерий U (Уилкоксона–Манна–Уитни) и параметрический – t критерий Стьюдента как метод оценки различий показателей [9]. Статистическое различие между группами считали достоверным при значении  $p < 0,05$ .

Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с использованием современного программного обеспечения – редактора электронных таблиц Microsoft Excel 2007 и пакета прикладных программ Statistica 7.0 [10].

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Научно и практически значимые данные были получены при изучении возрастной структуры больных, где максимальные значения по выявляемости патологий гепатобилиарной системы определяли среди пациентов, относящихся к обоим половым группам в возрасте 51–60 лет. Значительное преобладание трудоспособных лиц, госпитализированных в стационар и нуждавшихся в хирургическом лечении по поводу различных форм заболеваний желчного пузыря, по сравнению с другими возрастными группами отмечали среди женщин и мужчин в возрасте 35–45 лет. Среди больных с острым и хроническим холециститом в сравнительно младшей возрастной группе преобладали представители женского пола. Статистически аналогичную картину выявляли и в самой старшей возрастной группе, где число мужчин пенсионного возраста, страдающих заболеваниями желчевыведительной системы, значительно уступало показателям, полученным при обследовании лиц противоположного пола: 19,4±5,02% и 80,6±5,02% соответственно. Наименьшую частоту заболеваемости различными формами холецистита у мужчин отмечали в возрасте до 35 лет, тогда как среди госпитализированных больных женского пола приведенный выше показатель преобладал в возрастной группе 46–50 лет. По данным клинических, лабораторных и морфологических исследований желчного пузыря гангренозную форму холецистита наблюдали у 0,74±0,43%

от общего числа госпитализированных больных, острый флегмонозный холецистит – у 0,25±0,25%; хронический калькулезный холецистит – у 75,7±2,13%; обострение хронического калькулезного холецистита – у 12,4±1,64% и острый калькулезный холецистит – у 4,0±0,97% госпитализированных больных (табл. 1).

Удаление желчного пузыря независимо от метода оперативного лечения сопровождается рядом серьезных нарушений в обменных процессах, при этом у большинства оперированных выявляют литогенную желчь, нарушения пассажа и выброс которой в двенадцатиперстную кишку сопровождается повреждением слизистой оболочки и тканей органов пищеварительного тракта с развитием гастроэзофагеального рефлюкса.

У 45 больных, госпитализированных в стационар, осуществляли комплексное лечение, включающее как хирургическое, так и, по необходимости – особенно при развитии рефлюксных осложнений, консервативное лечение. Разработанные принципы консервативного лечения постоперационных патологических изменений в печени и пищеварительном тракте и послеоперационных рефлюксных осложнений, выбор которых в большинстве случаев зависит от этиологического фактора и патогенетического механизма возникновения и развития данной патологии, основаны на эффективном иммунокорректирующем и гепатопротекторном действии препарата Ursobil и ингибиторов протонной помпы на основные патогенетические звенья развития патологического процесса. Введение в лечебную программу данной терапевтической тактики в качестве необходимого структурного элемента в некоторых важных биохимических процессах подтвердило их более высокую в сравнении с другими лекарственными средствами эффективность, что проявилось в ее выраженной кислотосупрессивной активности, ингибирующем действии на секрецию HCl, блокировании H<sub>2</sub>-рецепторов и в активном участии в процессе формирования невоссываемых комплексов с желчными кислотами. Для оптимального выбора методов и средств поддерживающей терапии у пациентов после осложненного гастроэзофагеальным рефлюксом хирургического (лапароскопическая холецистэктомия) лечения заболеваний билиарной системы и наличием в анамнезе сопутствующих патологий очень важно достижение полной клинической ремиссии серьезных осложнений или даже полного отсутствия их симптомов, что в конечном итоге способствует ранней активизации пациентов и повышению у них качества жизни уже в ранних послеоперационный период. По данным исследования, применение малоинвазивных технологий снижало час-

Показатели психоэмоционального состояния по данным опросника SF-36 до и после консервативного лечения

Сроки	Психологический компонент здоровья, МН							
	Жизненная активность VT		Социальное функционирование SF		Рольевое функционирование RE		Психическое здоровье МН	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
До лечения	33,3±0,98	37,0±1,00	32,5±1,90	38,5±2,16	40,0±4,59	46,7±4,31	52,6±1,62	56,5±1,41
P	<0,05		<0,05		-		-	
Через 1 мес	36,3±1,35	40,0±1,29	35,6±1,88	43,5±1,46	46,7±4,47	53,3±4,31	54,4±1,46	58,4±1,40
P	-		<0,01		-		-	
Через 3 мес	42,5±1,47	46,4±1,74	43,8±2,13	58,0±1,42	53,3±3,75	57,3±4,53	59,8±1,25	60,5±1,25
P<	0,01		0,01		-		0,01	
Через 6 мес	49,5±1,49	55,8±1,49	54,4±2,45	66,0±1,15	63,3±4,78	76,0±3,05	63,2±1,61	65,9±1,25
P	<0,01		<0,001		<0,05		-	

Примечание: P – статистическая достоверность различия показателей между группами

тоту интра- и послеоперационных осложнений, уменьшало выраженность болевого синдрома, способствовало ранней активизации пациентов, что позволило существенно повысить показатели послеоперационного качества жизни пациентов в отличие от состояния больных, которое наблюдалось в первые дни после открытой традиционной холецистэктомии. Об этом свидетельствуют результаты, полученные по всем шкалам опросника SF-36. Данные шкал жизненной активности, социального функционирования и психического здоровья были значительно выше во 2-й группе обследуемых больных. Аналогичную картину наблюдали и по эмоциональному состоянию больных на начальных этапах после применения различных методов оперативного вмешательства – 46,7±4,31 балла против 40,0±4,59 балла в 1-й группе (табл. 2). Высокий косметический результат, достигнутый после лапароскопической холецистэктомии, оказал существенное влияние на показатели, отражающие психическое состояние больных. В процессе клинических исследований были получены и проанализированы данные, выявленные с помощью специализированного опросника на различных этапах проведения комплексной консервативной терапии и профилактики послеоперационных осложнений.

При проспективном исследовании полученных с помощью опросника SF-36 результатов, полученных в процессе проведения реабилитационных мер и приема больными всех обследуемых групп курса базовой поддерживающей терапии с применением биологически нейтрального гепатопротектора и иммуномодулятора, и критериальной оценки динамики изменений по доменам, формирующим психологический компонент здоро-

вья оперированных больных, наблюдали сравнительно выраженную степень увеличения баллов во 2-й клинической группе, где показатели продолжали улучшаться и на более отдаленных этапах наблюдений.

Проведенный статистический анализ полученных по обеим группам данных выявил наиболее позитивное влияние комплексной консервативной терапии, осуществляемой после хирургического лечения заболеваний желчного пузыря, на показатели по следующим жизненно важным параметрам исследуемого опросника: BP – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома, PF – физическое функционирование, RP – рольевое функционирование и GH – общее здоровье. Непосредственно после оперативного вмешательства при холецистите наиболее важными факторами, ухудшающими физическое и психоэмоциональное состояние больных, были интенсивность послеоперационной боли и определенные диспепсические нарушения, которые практически на всех этапах исследований чаще всего выявляли в группе больных, которой проводили лапароскопическую холецистэктомию. Консервативное лечение с применением препарата Ursobil в послеоперационный период существенно и сравнительно эффективнее снижает интенсивность болевых ощущений, риск развития последующих рецидивов, улучшает показатели качества жизни по различным аспектам используемого опросника (табл. 3).

Так, проведенный во всех группах сравнительный анализ полученных результатов, как на начальных, так и на последующих стадиях клинических исследований выявил значительный

Таблица 3

Показатели физического компонента здоровья до и после консервативной терапии в разные сроки лечения

Сроки	Физический компонент здоровья, РН							
	Физическое функционирование PF		Рольевое функционирование RP		Интенсивность боли BP		Общее здоровье GH	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
До лечения	55,3±1,97	61,4±1,10	25,4±1,76	57,0±3,96	45,0±2,29	33,4±2,65	44,6±2,48	52,5±2,63
P	<0,01		<0,05		<0,05		<0,05	
Через 1 мес	57,8±1,64	62,8±0,82	48,8±2,20	59,0±2,84	29,9±1,63	37,2±1,88	46,9±2,20	57,2±2,46
P	<0,01		<0,01		<0,01		<0,01	
Через 3 мес	61,8±1,37	65,6±0,93	56,3±2,48	62,0±2,93	45,0±1,82	55,8±1,15	58,8±1,87	65,5±1,72
P	<0,05		-		<0,001		<0,001	
Через 6 мес	70,3±1,17	69,6±1,00	67,5±4,10	71,0±2,77	54,8±2,40	64,6±1,24	64,5±1,80	72,0±1,35
P	-		-		<0,001		<0,01	

Примечание: P – статистическая достоверность различия показателей между группами

рост физической активности и ролевого функционирования. Выявленную динамику в изменении показателей регистрировали по наличию и степени выраженности болевого синдрома, частота встречаемости которого резко снизилась. Аналогичную тенденцию наблюдали и в показателях по шкале «физическое функционирование», которая является одним из важных аспектов жизнедеятельности, в частности трудоспособности оперированных больных. При значении  $55,3 \pm 1,97$  балла до начала курса базовой терапии показатель шкалы PF опросника SF-36 на шестой месяц исследований увеличился почти в 1,5 раза.

Необходимо отметить тот факт, что у некоторых больных сохраняются или возобновляются боль и диспепсические расстройства, которые обусловлены функциональными нарушениями билиарного тракта, сопутствующими заболеваниями органов пищеварения, в которых ведущую роль отводили патологиям желудка, двенадцатиперстной кишки и гепатобилиарной системы, диагностированные до оперативного вмешательства, а также различного рода осложнениям после холецистэктомии.

**Адекватність вибору і ефективність коригувальної терапії у ліквідації післяопераційних ускладнень у пацієнтів із захворюваннями біліарної системи**  
**К.Р. Юсиф-заде**

Основною метою цього дослідження є вивчення частоти зустрічальності патології біліарної системи за зверненнями в стаціонар за 2006–2012 рр. та порівняльної оцінки ефективності різних методів холецистектомії серед 404 пацієнтів (102 чоловіки і 302 жінки) та ефективності консервативної терапії на основі визначення якості життя 45 оперованих хворих.

Захворювання жовчовивідної системи були представлені хронічним калькульозним холециститом, хронічним калькульозним холециститом у фазі загострення, гострим калькульозним холециститом, гострим гангренозним калькульозним холециститом, холедохолітазом, гострим флегмонозним калькульозним холециститом, поліпами жовчного міхура.

Наукові дослідження виявили більш часту вразливість жінок, ніж чоловіків. На відміну від традиційної відкритої холецистектомії лапароскопічний метод хірургічного лікування захворювань жовчного міхура сприяє зниженню післяопераційної больової чутливості, зменшенню тривалості госпіталізації та поліпшенню косметичних результатів. Застосування запропонованих препаратів у консервативному лікуванні призводить до скорочення післяопераційних ускладнень і побічних ефектів при наявності супутніх захворювань. Викладене вище було доведено результатами анкетування пацієнтів за допомогою спеціального опитувальника якості життя SF-36.

**Ключові слова:** лапароскопічна холецистектомія, холецистит, післяопераційний період, рефлекс, якість життя.

**ВЫВОДЫ**

Снижение показателей качества жизни больных на начальных этапах клинических наблюдений выявлялось у всех больных независимо от методики проведения хирургического лечения заболеваний билиарной системы. А достигнутое внедрением новой комплексной терапии улучшение показателей по наиболее важным шкалам опросника в плане физической работоспособности и ранней активизации больных, несомненно, очень благоприятно влияло и на эмоциональный статус обследуемых больных. Разработанные и предложенные в процессе научно-исследовательской работы консервативные лечебно-профилактические мероприятия, осуществляемые с целью нормализации различных важных аспектов жизнедеятельности хирургических больных, определяющих их физическую работоспособность и социальную активность, доказали свою высокую эффективность в повышении показателей качества жизни по всем шкалам опросника SF-36.

**The adequacy and effectiveness of choice corrective therapy in the elimination of postoperative complications in patients with diseases of the biliary system**  
**K.R. Yusif-zade**

The main purpose of this paper is to examine the prevalence of pathologies of the biliary system in the years 2006–2012 and a comparative evaluation of the effectiveness of various methods of cholecystectomy among 404 patients, 102 male and 302 female patients, and the effectiveness of conservative therapy on the basis of determining the quality of life of 45 operated patients.

The are variety of biliary tract: calculosis chronic cholecystitis, chronic calculosis cholecystitis, chronic cholecystitis mechanical with jaundice, acute gangrenosis cholecystitis, choledocholithiasis-mechanical jaundice, acute flegmanosis cholecystitis, gall bladder polipes and other pathologies.

Our research proofs that this pathologies occur among women much than man. Unlike traditional open cholecystectomy laparoscopic method of surgical treatment of gallbladder disease leads to a reduction of postoperative pain sensitivity, duration of hospitalization and improved cosmetic results. Application of the proposed drugs in the conservative treatment and reduction of collateral effects of postoperative complications and comorbidities on the results of surgical intervention revealed their high efficiency. The above has been proven the results of questioning of patients with a special questionnaire SF- 36 for quality of life.

**Key words:** laparoscopic cholecystectomy, cholecystitis, postoperative period, reflux, quality of life.

**Сведения об авторе**

**Юсиф-заде Кенан Рафаэль** – Военный госпиталь Государственной пограничной службы Республики Азербайджан, AP AZ 1072, Республика Азербайджан, г. Баку, Наримановский р-н, ул. Фатали Хан Хойски 99. E-mail: yusifzadekr@yahoo.com

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Hsueh L.N., Shi H.Y., Wang T.F. et al. Health-related quality of life in patients undergoing cholecystectomy // Kaohsiung J. Med. Sci. – 2011. – Vol. 27 (7). – P. 280–288.
2. Lirici M.M., Califano A.D. Laparoendoscopic single site cholecystectomy versus standard laparoscopic cholecystectomy: results of a pilot randomized trial // Am. J. Surg. – 2011. – Vol. 202 (1). – P. 45–52.
3. Shi H.Y., Lee K.T., Lee H.H. et al. Postcholecystectomy quality of life: a prospective multicenter cohort study of its associations with preoperative functional status and patient demographics // J. Gastrointest. Surg. – 2009. – Vol. 13. – P. 1651–1658.
4. Kirk G., Kennedy R., McKie L. et al. Preoperative symptoms of irritable bowel syndrome predict poor outcome after laparoscopic cholecystectomy // Surg Endosc. – 2011. – Vol. 25 (10). – P. 3379–3384.
5. Lien H.H., Huang C.C., Wang P.C. et al. Changes in quality of life following laparoscopic cholecystectomy in adult patients with cholelithiasis // J. Gastrointest. Surg. – 2010. – Vol. 14. – P. 126–30.
6. Peters M.L., Sommer M., van Kleef M., Marcus M.A. Predictors of physical and emotional recovery 6 and 12 months after surgery // Br. J. Surg. – 2010. – Vol. 97 (10). – P. 1518–1527.
7. Simon H., Rasmussen I., Patrik L. et al. Registration of Health-Related Quality of Life in a Cohort of Patients Undergoing Cholecystectomy // Gastroenterology. – 2011. – P. 507–512.
8. Cleary P.D., Greenfield S., McNeil B.J. Assessing quality of life after surgery // Control. Clin. Trials. – 1991. – Vol. 12. – P. 189S–203S.
9. Лакин Г.Ф. Биометрия. – М.: Высшая школа, 1990. – 352 с.
10. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: МедиаСфера, 2006. – 312 с.

Статья поступила в редакцию 16.09.2014