

К.Р. Юсиф-заде

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

Военный госпиталь государственной пограничной службы Республики Азербайджан, Баку

**Резюме.** Представлены результаты частоты встречаемости патологии билиарной системы по обращаемости в стационар за 2006–2012 гг. и сравнительной оценки эффективности различных методик холецистэктомии, а также эффективности консервативной терапии на основе определения качества жизни прооперированных больных. Выявлена более частая поражаемость билиарной системы женщин, чем мужчин. Установлено, что лапароскопическая методика хирургического лечения заболеваний желчного пузыря в отличие от традиционной открытой холецистэктомии приводит к снижению послеоперационной болевой чувствительности, сокращению продолжительности госпитализации и улучшению косметических результатов. Применение урсобила в консервативном лечении приводит к сокращению послеоперационных осложнений и побочных эффектов при наличии сопутствующих заболеваний. Выявлено, что после оперативного вмешательства при холецистите наиболее важными факторами, ухудшающими физическое и психоэмоциональное состояние больных, являются интенсивность послеоперационных болей и диспепсические нарушения. Показано позитивное влияние комплексной консервативной терапии, осуществляемое после хирургического лечения желчного пузыря по таким жизненно важным параметрам опросника качества жизни «SF-36», как интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома; физическое и ролевое функционирование; общее здоровье.

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

**Введение.** Оставаясь в течение долгих лет единственным хирургическим методом лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений традиционная холецистэктомия, благодаря достаточно широкому разрезу, характеризуется полноценным доступом к операционному полю и проведением на этом фоне адекватных оперативных действий. Однако по состоянию больных на различных послеоперационных этапах известная тактика и подход к хирургическому лечению патологий желчевыводящей системы во всех случаях сопровождаются осложнениями травматического, иногда и инфекционного характера, что напрямую приводит к удлинению реабилитационного периода и в конечном счете негативно влияет на качество жизни госпитализированных больных [3–6]. Учитывая не снижающийся рост числа больных с вышеуказанными патологиями и частые ошибки и осложнения при их диагностике и лечении, практические хирурги рассматривают лапароскопическую холецистэктомию как операцию выбора при лечении заболеваний органов и тканей желчевыводящей системы [7, 8].

Суммарная оценка качества жизни значительно дополняет характеристику патологического процесса у больных с различными заболеваниями и их динамику под влиянием лечебных мероприятий, представляя ценную информацию о реакции пациента на болезнь и проводимую терапию, чем способствует индивидуализации лечебного подхода и уточнению

прогноза [9]. Руководствуясь необходимостью детального изучения и структуризации субъективных показателей, основанных на самооценке больными своего физического и психоэмоционального состояния после завершения оперативных вмешательств, экспертная группа Всемирной организации здравоохранения предложила рассматривать вопросы повышения эффективности и качества оказываемой специализированной медицинской помощи с точки зрения самого больного [10]. Оценка результатов при применении различных методик хирургического лечения заболеваний желчевыводящей системы на основе определения и изучения некоторых факторов, в немаловажной степени влияющих на показатели качества жизни прооперированных пациентов и отличающихся меньшей вариабельностью, имеет большое прогностическое значение.

**Материалы и методы.** Обследовано 404 пациента (102 мужчины и 302 женщины) в возрасте 51–60 лет, имеющих патологию билиарной системы. Из числа всех обследованных 45 больных были прооперированы и разделены на две группы. В первую группу (контрольная группа – КГ) включены 20 больных, прооперированных традиционно – открытой холецистэктомией, и получавших стандартную базисную терапию для лечения и профилактики осложнений на фоне сопутствующей патологии. В качестве под-

держивающей терапии пациентам КГ назначали урсобил по рекомендуемой схеме. Во вторую группу (основная группа – ОГ) вошли 25 пациентов после лапароскопической холецистэктомии. Они получали аналогичную с КГ медикаментозную гепатотропную терапию. У всех больных отмечались заболевания органов гепатодуоденопанкреатической системы – печени, двенадцатиперстной кишки и желудка. Анализ качества жизни пациентов с заболеваниями желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков ОГ и КГ в зависимости от вида проводимых оперативных мероприятий проводился при помощи опросника качества жизни «The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)» до и после комплексного консервативного лечения через 1, 3 и 6 месяцев.

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 психическое здоровье (MH). По каждой шкале представлены определенные показатели, которые варьируют между значениями от 0 до 100, где 100 означает полное здоровье.

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием современного программного обеспечения – редактора электронных таблиц Microsoft Excel 2007 и пакета прикладных программ Statistica 7.0 [2]. Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики. Рассчитывали среднюю арифметическую величину (M), стандартную ошибку (m) и диапазон изменений (min – max). Для оценки различий показателей применяли непараметрический – U-критерий (Уилкоксона – Манна – Уитни) и параметрический – t-критерий Стьюдента [1]. Статистическое различие между группами считалось достоверным при значении  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Максимальная выявляемость патологий гепатобилиарной системы определена среди пациентов в возрасте 51–60 лет. Среди больных, поступивших в стационар и нуждавшихся в хирургическом лечении по поводу различных

форм заболеваний желчного пузыря, преобладал возраст 35–45 лет. Среди больных острым и хроническим холециститом в сравнительно младшей возрастной группе преобладали женщины, а в группе пенсионного возраста – мужчины. Наименьшая частота заболеваемости различными формами холецистита у мужчин определялась в возрасте до 35 лет, среди женщин – 46–50 лет. Гангренозная форма холецистита наблюдалась у 0,74±0,43% больных от общего числа госпитализированных, острый флегмонозный холецистит – у 0,25±0,25%, хронический калькулезный холецистит – у 75,7±2,13%, обострившийся хронический калькулезный холецистит – у 12,4±1,64% и острый калькулезный холецистит – у 4,0±0,97% больных (табл. 1).

Удаление желчного пузыря независимо от способа оперативного лечения сопровождается рядом серьезных нарушений в обменных процессах. При этом у большинства прооперированных выявляется литогенная желчь, нарушения пассажа и выброс которой в двенадцатиперстную кишку сопровождается повреждением слизистой оболочки и тканей органов желудочно-кишечного тракта с развитием гастроэзофагеального рефлюкса.

Разработанные принципы консервативного лечения постоперационных патологических изменений в печени, желудочно-кишечном тракте и послеоперационных рефлюксных осложнений основаны на иммунокорректирующем и гепатопротекторном действии урсобила, а также ингибиторов протонной помпы на основные патогенетические звенья развития патологического процесса. Введение в лечебную программу данной лечебной тактики подтвердило её более высокую в сравнении с другими лекарственными средствами эффективность. Это проявилось в выраженной кислотосупрессивной активности, ингибирующем действии на секрецию соляной кислоты, блокировании  $H_2$ -рецепторов и в активном участии в процессе формирования невсасываемых комплексов с желчными кислотами. Для оптимального выбора поддерживающей терапии после осложненного гастроэзофагеальным рефлюксом хирургического (лапароскопическая холецистэктомия) лечения заболеваний билиарной системы и наличия в анамнезе сопутствующих патологий важно достижение полной клинической ремиссии, отсутствие серьезных осложнений или их симптомов.

Таблица 1

Частота встречаемости патологий желчного пузыря по половому признаку, %

| Диагноз  | Все больные     | Мужчины       | Женщины        |
|--|-----------------|---------------|----------------|
| Хронический калькулёзный холецистит                  | 306 (75,7±2,13) | 69 (22,5±2,4) | 237 (77,5±2,4) |
| Обострение хронического калькулезного холецистита    | 50 (12,4±1,64)  | 14 (28,0±6,4) | 36 (72,0±6,4)  |
| Острый калькулезный холецистит. Механическая желтуха | 16 (4,0±0,97)   | 3 (18,8±9,8)  | 13 (81,3±9,8)  |
| Острый гангренозный калькулезный холецистит          | 3 (0,74±0,43)   | 2 (66,7±27,2) | 1 (33,3±27,2)  |
| Холедохолитиаз. Механическая желтуха                 | 1 (0,25±0,25)   |               | 1 (100,0)      |
| Острый флегмонозный калькулезный холецистит          | 6 (1,5±0,60)    | 3 (50,0±20,4) | 3 (50,0±20,4)  |
| Полип желчного пузыря                                | 9 (2,2±0,73)    | 6 (66,7±15,7) | 3 (33,3±15,7)  |
| Другие   | 13 (3,2±0,88)   | 5 (38,5±13,5) | 8 (61,5±13,5)  |

Применение малоинвазивных технологий снижает частоту интра- и послеоперационных осложнений, уменьшает выраженность болевого синдрома. Это в конечном итоге способствует ранней активизации пациентов и повышению у них качества жизни уже в начале послеоперационного периода. Так, данные шкал жизненной активности, социального функционирования и психического здоровья опросника SF-36 были значительно выше во 2-й группе больных. Аналогичная картина наблюдалась и по эмоциональному состоянию на начальных этапах после применения различных оперативных вмешательств – 46,7±4,31 балла против 40±4,59 балла в 1-й группе (табл. 2).

Высокий косметический результат, достигнутый после лапароскопической холецистэктомии, оказывает существенное влияние на показатели, отражающие психическое состояние больных.

Выявлено позитивное влияние комплексной консервативной терапии, осуществляемое после хи-

рургического лечения желчного пузыря по таким жизненно важным параметрам опросника, как интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома; физическое и ролевое функционирование; общее здоровье. Непосредственно после оперативного вмешательства при холецистите наиболее важными факторами, ухудшающими физическое и психоэмоциональное состояние больных были интенсивность послеоперационных болей и определенные диспепсические нарушения, они чаще всего выявлялись во 2-й группе больных.

Установлено, что консервативное применение урсобила в послеоперационном периоде эффективно снижает интенсивность болевых ощущений, уменьшает риск развития последующих рецидивов, улучшает показатели качества жизни (табл. 3).

Так, значительно увеличивается показатель физической активности и ролевого функционирования.

Таблица 2

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

| Показатель                 | Шкала     |           |           |           |           |           |           |           |
|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                            | VT        |           | SF        |           | RE        |           | MH        |           |
| Группа                     | 1-я       | 2-я       | 1-я       | 2-я       | 1-я       | 2-я       | 1-я       | 2-я       |
| До лечения                 | 33,3±0,98 | 37±1      | 32,5±1,9  | 38,5±2,16 | 40±4,59   | 46,7±4,31 | 52,6±1,62 | 56,5±1,41 |
| p<                         | 0,05      |           | 0,05      |           | -         |           | -         |           |
| Через 1 мес. после лечения | 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. после лечения | 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. после лечения | 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      |           | -         |           |

Таблица 3

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

| Показатель                 | Шкала     |           |           |           |           |           |           |           |
|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                            | PF        |           | RP        |           | BP        |           | GH        |           |
| Группа                     | 1         | 2         | 1         | 2         | 1         | 2         | 1         | 2         |
| До лечения                 | 55,3±1,97 | 61,4±1,1  | 25,4±1,76 | 57±3,96   | 45±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. после лечения | 57,8±1,64 | 62,8±0,82 | 48,8±2,2  | 59±2,84   | 29,9±1,63 | 37,2±1,88 | 46,9±2,2  | 57,2±2,46 |
| p<                         | 0,01      |           | 0,01      |           | 0,01      |           | 0,01      |           |
| Через 3 мес. после лечения | 61,8±1,37 | 65,6±0,93 | 56,3±2,48 | 62±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. после лечения | 70,3±1,17 | 69,6±1    | 67,5±4,1  | 71,0±2,77 | 54,8±2,4  | 64,6±1,24 | 64,5±1,8  | 72±1,35   |
| p<                         | -         |           | -         |           | 0,001     |           | 0,01      |           |

Аналогичная тенденция наблюдается по показателю физическое функционирование, являющемуся одним из важных аспектов жизнедеятельности, в частности трудоспособности прооперированных больных.

Однако у некоторых больных сохраняются или возобновляются боли и диспепсические расстройства, которые обусловлены функциональными нарушениями билиарного тракта, сопутствующими заболеваниями органов пищеварения. В данном случае ведущая роль отводится патологии желудка, двенадцатиперстной кишки, гепатобилиарной системы, а также различного рода осложнениям после холецистэктомии.

**Заключение.** Установлено, что на начальных этапах клинического наблюдения у всех больных независимо от методики проведения хирургического лечения заболеваний билиарной системы показатели качества жизни были снижены. После применения комплексной терапии показатели по наиболее важным шкалам опросника SF-36 улучшились. Повышение физической работоспособности и ранняя активизация больных, несомненно, благоприятно влияет и на эмоциональный статус больных. Разработанные консервативные лечебно-профилактические мероприятия в целях нормализации различных аспектов жизнедеятельности хирургических больных доказали свою высокую эффективность в повышении качества жизни.

## Литература

1. Лакин, Г.Ф. Биометрия / Г.Ф. Лакин. – М.: Высшая школа, 1990. – 352 с.
2. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica / О.Ю. Реброва. – М.: МедиаСфера, 2006. – 312 с.
3. Hsueh, L.N. Health-related quality of life in patients undergoing cholecystectomy / Hsueh L.N. [et al.] // Kaohsiung j. med. sci. – 2011. – Vol. 27 (7). – P. 280–288.
4. Lirici, M.M. Laparoendoscopic single site cholecystectomy versus standard laparoscopic cholecystectomy: results of a pilot randomized trial / M.M. Lirici, A.D. Califano // Am. j. surg. – 2011. – Vol. 202 (1). – P. 45–52.
5. Shi, H.Y. Postcholecystectomy quality of life: a prospective multicenter cohort study of its associations with preoperative functional status and patient demographics / H.Y. Shi [et al.] // J. gastrointest. surg. – 2009. – Vol. 13. – P. 1651–1658.
6. Kirk, G. Preoperative symptoms of irritable bowel syndrome predict poor outcome after laparoscopic cholecystectomy / G. Kirk [et al.] // Surg. endosc. – 2011. – Vol. 25 (10). – P. 3379–3384.
7. Lien, H.H. Changes in quality of life following laparoscopic cholecystectomy in adult patients with cholelithiasis / H.H. Lien [et al.] // J. gastrointest. surg. – 2010. – Vol. 14. – P. 126–30.
8. Peters, M.L. Predictors of physical and emotional recovery 6 and 12 months after surgery / M.L. Peters [et al.] // Br. j. surg. – 2010. – Vol. 97 (10). – P. 1518–1527.
9. Simon, H. Registration of health-related quality of life in a cohort of patients undergoing cholecystectomy / H. Simon [et al.] // Gastroenterology. – 2011. – P. 507–512.
10. Cleary, P.D. Assessing quality of life after surgery / P.D. Cleary, S. Greenfield, B.J. McNeil // Control. clin. trials. – 1991. – Vol. 12. – P. 189–203.

K.R. Yusif-zade

### Adequacy and effectiveness of corrective therapy choice in elimination of postoperative complications in patients with biliary system diseases

**Abstract.** The results of the incidence of diseases of the biliary system for uptake into the hospital for 2006–2012 years are presented. Comparative evaluation of the effectiveness of various methods of cholecystectomy, and the effectiveness of conservative therapy on the basis of determining the quality of life of operated patients are described. We revealed more frequent affection of the biliary system in women than in men. It was found that the laparoscopic technique of surgical treatment of gallbladder disease in contrast to the traditional open cholecystectomy leads to a reduction of postoperative pain sensitivity, reduced length of hospital stay and better cosmetic results. Application of ursobil conservative treatment results in a reduction of postoperative complications and side effects in the presence of concomitant diseases. It was revealed that after cholecystitis surgery the most important factors that have an adverse physical and emotional state of patients with postoperative pain intensity are and diarrheal disorders. The positive influence of the complex of conservative treatment, surgical treatment is carried out after gallbladder on such vital parameters quality of life questionnaire «SF-36» as the intensity of pain and its impact on the ability to carry out daily activities, including work in the home and outside the home; physical and role functioning; overall health.

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

Контактный телефон: +994 (12) 564-08-23; e-mail: yusifzadekr@yahoo.com