

К.Р. ЮСИФ-ЗАДЕ

/Военный госпиталь Государственной пограничной службы Республики Азербайджан/

Повышение эффективности лечения и профилактики осложнений лапароскопической холецистэктомии

Резюме

Підвищення ефективності лікування і профілактики ускладнень лапароскопічної холецистектомії

К.Р. Юсиф-заде

Метою роботи було вивчення та оцінка ефективності застосування комбінованого рослинного гепатопротекторного препарату у складі комплексної терапії пацієнтів з постхолецистектомічним синдромом після операції холецистектомії.

Було проаналізовано дані 404 пацієнтів після проведеного оперативного лікування та результати застосування терапії рослинним препаратом серед 45 хворих з постхолецистектомічним синдромом до операційного втручання та через 1, 3 і 6 місяців спостереження. Отримані дані свідчать про достовірне зменшення проявів постхолецистектомічного синдрому після операції холецистектомії (больового синдрому та скарг диспепсичного характеру) та позитивний вплив на показники якості життя пацієнтів (за даними опитувальника GSRS) на фоні застосування гепатопротекторного рослинного препарату як на початковому, так і на більш віддаленому етапі спостереження. Це, у свою чергу, значно зменшує тривалість та покращує перебіг реабілітаційного періоду і якість життя.

Ключові слова: холецистектомія, ускладнення, симптоми, якість життя, опитувальник

Summary

Improving The Efficiency Of The Treatment And Prevention Of Complications Of Laparoscopic Cholecystectomy

K.R. Yusif-zade

Study of the influence of postcholecystectomy syndrome and related postoperative hepatobiliary and gastrointestinal disorders on quality of life of patients revealed an increase in performance on all scales Quality of Life Questionnaire GSRS. Pain, reflux and dyspeptic syndromes were more pronounced in the control group of patients after conventional cholecystectomy. In relatively maximum power in the control group were expressed symptoms characterizing the presence of pain. Comparative analysis of the functional state of the operated patients at different postoperative stages after maintenance therapy revealed significantly decreased scores characterizing the intensity of pain, the degree of clinical manifestations of gastrointestinal tract disorders, or the so-called impaired digestion syndrome, presented in the questionnaire as «Reflux Syndrome» and «dyspeptic syndrome» that, in principle, consistent with a significant improvement in postcholecystectomy general health status of examined patients.

Key words: cholecystectomy, complication, symptoms, quality of life, questionnaire

Заболевания желчного пузыря, в частности желчнокаменная болезнь, являются распространенными заболеваниями человека, развиваются на органном или системном уровне, поражают преимущественно контингент населения трудоспособного возраста. При этом в последние годы наблюдается некоторая тенденция роста их частоты среди лиц молодого и даже детского возраста [1, 4, 5, 7]. Развитие современной медицины, в частности в области материаловедения и абдоминальной хирургии, явилось результатом широкого внедрения в оперативную хирургию патологии билиарной системы лапароскопической холецистэктомии. Отличительными особенностями и преимуществами данной методики по сравнению с традиционными явилось сокращение сроков госпитализации и реабилитационного периода, а также минимизация травматичности оперативного вмешательства [8, 10, 11]. В соответствии с результатами многочисленных научных исследований важными критериями в оценке эффективности различных подходов и технологий в хирургическом лечении заболеваний желчевыводящей системы является состояние

общего здоровья или, другими словами, показатели качества жизни больных как в ближайший, так и отдаленный послеоперационный период [2, 3, 9].

Цель исследования: оценка эффективности применения комбинированного растительного препарата, в состав которого входили семена расторопши пятнистой, семена льна, кукурузные рыльца, трава зверобоя, трава тысячелистника, в составе комплексной терапии пациентов после проведенной холецистэктомии.

Материалы и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни у 404 больных в возрасте 35–65 лет.

Из них 45 больных, перенесших холецистэктомию, в зависимости средств и методов лечения послеоперационных осложнений были распределены на две группы. Группу сравнения (контрольная группа) составили 20 человек с постхолецистектомичес-

ким синдромом, которым была проведена традиционная открытая холецистэктомия; в данной группе больных была назначена базисная терапия с применением урсодезоксихолевой кислоты. Основную группу составили 25 пациентов после лапароскопической холецистэктомии, с проявлениями постхолецистэктомического синдрома и подобными результатами объективного обследования, как и в контрольной группе. В основной группе в качестве корригирующей терапии был назначен комплексный растительный препарат, содержащий семена расторопши пятнистой, семена льна, кукурузные рыльца, траву зверобоя, траву тысячелистника и т.д.

С целью определения эффективности применяемой терапии пациентов обеих групп, был проведен анализ качества жизни на основе специализированного опросника GPRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale, Wiklund I., 1998) до и после лечения (через 1, 3 и 6 месяцев). 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. Статистическое различие между группами считалось достоверным при значении $p < 0,05$. 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 (6).

Результаты и их обсуждение

Проведен экспертный анализ историй болезни 404 больных, которым проводилось лечение в военном госпитале пограничных войск с 2006 по 2012 год по поводу заболеваний желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков. В исследуемую группу вошли 102 женщины и 302 мужчины, которые были разделены на возрастные группы: до 35 лет; 35–45 лет; 46–50 лет; 51–60 лет и старшая возрастная группа 60–65 лет. По форме и степени тяжести исследуемой патологии, госпитализированные пациенты были разделены на следующие группы: хронический калькулезный холецистит; обострение хронического калькулезного холецистита; острый калькулезный холецистит; острый гангренозный калькулезный холецистит; острый флегмонозный кальку-

лезный холецистит; полип желчного пузыря и др. Практически у всех обследуемых хирургических больных основное заболевание сочеталось с различной сопутствующей патологией (сердечно-сосудистой, эндокринной и мочеполовой систем).

Средняя продолжительность пребывания больного в госпитале в значительной степени определялась возрастом больных и наличием сочетанного поражения органов билиарной системы и сопутствующих заболеваний. Среднее время пребывания в стационаре больных после проведенной операции без наличия сопутствующих заболеваний составило 2–5 дней. В группе больных, у которых острая форма патологии желчевыводительной системы сочеталась с сахарным диабетом, сроки госпитализации увеличивались и составили в среднем 6–8 койко-дней. Сочетанное развитие различных форм патологии желчевыводящей системы и сердечно-сосудистых заболеваний также значительно увеличило длительность послеоперационного реабилитационного периода. Аналогичные данные были получены при изучении протоколов операций и ведения пациентов, перенесших холецистэктомию именно при сочетанном развитии заболеваний гепатобилиарной и сердечно-сосудистой систем. Сроки послеоперационного пребывания в стационаре оказались наименьшими при оперативном лечении полипов желчного пузыря и хронического калькулезного холецистита, но при условии отсутствия каких-либо осложнений и сопутствующей патологии ($2,89 \pm 0,26$ и $3,06 \pm 0,07$ соответственно) (табл. 1).

Таблица 1. Сроки госпитализации больных в зависимости от наличия сопутствующей патологии

Клинический диагноз	Количество больных	M±m					
		В среднем	Без сопутствующих заболеваний	Сахарный диабет	ССЗ	УЗ	ГЗ
Хронический калькулезный холецистит	306	3,06±0,07 (1–12)	2,9±0,07 (1–9)	3,6±0,43 (1–6) *	3,3±0,19 (2–5)	4,5±0,50 (3–6) **	3,6±0,68 (2–6)
Обострение хронического калькулезного холецистита	50	3,66±0,21 (1–10)	3,5±0,20 (1–6)	3,3±0,25 (3–4)	4,5±1,12 (3–10)	–	–
Острый калькулезный холецистит. Механическая желтуха. Холедохолитиаз	16	4,13±0,77 (1–13)	2,3±0,24 (1–3)	8,3±2,4 (5–13) ***	4,0±1,15 (2–6)	–	–
Острый гангренозный калькулезный холецистит	3	5,33±1,20 (3–7)	5,0±2,0 (3–7)	6,0	–	–	–
Холедохолитиаз. Механическая желтуха.	1	3,0	3,0	–	–	–	–
Острый флегмонозный калькулезный холецистит	6	5,33±0,42 (4–7)	5,5±0,65 (4–7)	5,0	–	–	–
Полип желчного пузыря	9	2,89±0,26 (2–4)	2,7±0,29 (2–4)	–	–	–	–
Прочие	13	6,08±0,61 (3–10)	5,8±0,68 (3–9)	7,5±2,50 (5–10)	4,0	–	8,0
Всего	404	3,32 ± 0,08 (1–13)	3,1±0,07 Гинекологические заболевания (1–9)	4,7±0,56 (1–13) ***	3,6±0,25 (2–10)	4,5±0,50 (3–6)	4,3±0,92 (2–8)

Примечание: ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; УЗ – урологические заболевания; ГЗ – гинекологические заболевания; * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$ статистическая достоверность различия относительно показателя «без сопутствующих заболеваний».

Таблица 2. Показатели КЖ по данным опросника GSRS до и после реабилитационной терапии в разные сроки

Сроки наблюдения	Абдоминальная боль		Рефлюкс-синдром		Диспептический синдром		Синдром диареи		Синдром запоров		Шкала суммарного измерения	
	Группа 1 контр.	Группа 2 основная	Группа 1 контр.	Группа 2 основная	Группа 1 контр.	Группа 2 основная	Группа 1 контр.	Группа 2 основная	Группа 1 контр.	Группа 2 основная	Группа 1 контр.	Группа 2 основная
До	3,53 ± 0,28	2,32 ± 0,15	3,30 ± 0,23	2,55 ± 0,12	2,26 ± 0,19	2,30 ± 0,13	1,00 ± 0,00	1,00 ± 0,00	1,10 ± 0,04	1,00 ± 0,00	2,15 ± 0,11	1,83 ± 0,05
P<	0,001		0,01						0,05		0,05	
Через 1 месяц	1,85 ± 0,08 *	1,96 ± 0,09 *	1,55 ± 0,07 *	2,27 ± 0,07 *	1,28 ± 0,05 *	1,98 ± 0,09 *	1,00 ± 0,00	1,00 ± 0,00	1,02 ± 0,02	1,00 ± 0,00	1,30 ± 0,02 *	1,64 ± 0,03 *
P<	–		0,001		0,001						0,001	
Через 3 месяца	1,70 ± 0,06	1,82 ± 0,09	1,48 ± 0,07	2,04 ± 0,08 *	1,23 ± 0,05	1,85 ± 0,07	1,00 ± 0,00	1,00 ± 0,00	1,00 ± 0,00	1,00 ± 0,00	1,25 ± 0,02	1,54 ± 0,03
P<	–		0,001		0,001		–		–		0,001	
Через 6 месяцев	1,58 ± 0,08	1,68 ± 0,08	1,42 ± 0,06	1,88 ± 0,08	1,19 ± 0,04	1,71 ± 0,06	1,00 ± 0,00	1,00 ± 0,00	1,00 ± 0,00	1,00 ± 0,00	1,21 ± 0,02	1,46 ± 0,02 *
P<	–		0,001		0,001						0,001	

Примечание: 1 группа контрольная – пациенты, оперированные традиционным методом (n=20); 2 группа основная – пациенты, оперированные лапароскопическим методом (n=25); P – статистическая достоверность различия показателей между группами; * – статистическая достоверность (p<0,05) различия показателя относительно предыдущего значения.

Таким образом, средняя продолжительность пребывания в стационаре после оперативного вмешательства зависела от наличия сопутствующей патологии и возрастных показателей.

Важными показателями эффективности применяемых лечебно-профилактических средств является частота развития и характер послеоперационных травматических или инфункционных осложнений, количество рецидивов, длительность реабилитационного периода и т.д. Сокращение сроков госпитализации, уменьшение или отсутствие болевых ощущений, ранняя физическая активность больных в послеоперационный период и улучшение их эмоционального статуса оказывает существенное положительное влияние на показатели качества жизни, а также имеет большое практическое и прогностическое значение в оценке эффективности лечебных и профилактических мероприятий у больных с патологией желчевыводящей системы.

Применяемый в ходе научных исследований опросник Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) позволяет провести сравнительную оценку степени выраженности постхолецистэктомического синдрома у больных в зависимости от методики применяемого оперативного вмешательства и эффективности средств консервативной терапии при наличии: абдоминальной боли (AP), диареи (DS), запора (CS), диспептического (IS) и рефлюксного синдромов (RS) (табл.2).

Статистический анализ результатов анкетирования по опроснику GSRS выявил более высокий уровень показателей по шкалам, характеризующим степень болевых ощущений и проявлений рефлюкс-синдрома как у больных контрольной, так и основной группы. Средние значения по вышеуказанным доменам составили 3,53±0,28 и 3,30±0,23 в группе и 2,32±0,15 и 2,55±0,12 балла соответственно (p<0,05). Сравнительно низкие показатели регистрировались по частоте и выраженности диспептического синдрома – 2,26±0,19 и 2,30±0,13 балла в контрольной и основной группах соответственно (p<0,001). При этом выраженность рефлюксного синдрома (RS) независимо от методики оперативного вмешательства уступала по выраженности и частоте диспептическому син-

дрому. Частота жалоб на расстройство стула была незначительной в обеих группах наблюдения и не оказывала существенного влияния на качество жизни обследуемых больных.

Эффективное купирование клинических проявлений «постхолецистэктомического синдрома», ассоциированного с развитием болевого синдрома, рефлюкс-гастрита и нарушениями моторики двенадцатиперстной кишки, наблюдающееся на фоне удаления и выпадения физиологической роли желчного пузыря, достоверно коррелировало с положительной динамикой показателей качества жизни больных после оперативного вмешательства (по данным опросника GSRS).

Таким образом, отмечена выраженная положительная динамика по «Шкале суммарного измерения» показателей качества жизни: в основной группе на завершающем этапе клинических исследований, в которой применялся комбинированный растительный гепатопротекторный препарат, количество баллов составило 1,46±0,02 балла против 1,83±0,05 балла до начала консервативного лечения; в то время как в контрольной группе на фоне применения урсодезоксихолевой кислоты эти показатели составили 2,15±0,11 до начала лечения и 1,21±0,02 соответственно через 6 месяцев наблюдения. Немаловажным является и метод проведения оперативного вмешательства – непосредственно сразу после операции традиционной холецистэктомии отмечены более выраженные проявления постхолецистэктомического синдрома и более значительное снижение показателей качества жизни – по данным «Шкалы суммарного измерения» 2,15±0,11 и 1,82±0,05 соответственно.

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о достоверно выраженном положительном влиянии комплексного растительного гепатопротекторного средства на показатели качества жизни больных после операции холецистэктомии, отмеченном как в начальном, так и в более отдаленном этапе исследования. Это приводит

к существенному улучшению показателей качества жизни пациентов и значительному сокращению сроков госпитализации и периода реабилитации. Применение растительного гепатопротекторного препарата в составе консервативной терапии осложненных хирургического лечения заболеваний желчного пузыря способствует более быстрому и значительному уменьшению жалоб диспептического характера (отрыжка, рвота, диарея, запор), уменьшению болевого синдрома, что, в свою очередь, значительно улучшает качество жизни и течение реабилитационного периода.

Список использованной литературы

1. Багненко С.Ф., Шляпников С.А., Корольков А.Ю. Воспалительные заболевания внепеченочных желчных путей. Взгляд с современных позиций // *Инфекции в хирургии*. – 2008. – Т. 6, № 1. – С. 13–17.
2. Григорьева И.Н., Романова Т.И. Качество жизни у больных желчнокаменной болезнью в отдаленный период после холецистэктомии // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. – 2010. – № 9. – С. 38–43.
3. Литвинова Н.В. Оценка качества жизни больных с желчнокаменной болезнью после холецистэктомии при симптомном и асимптомном течении заболевания // *Медицина и образование в Сибири*. – 2009. – № 2. – С. 4
4. Нестеренко Ю.А., Михайлулов С.В., Тронин Р.Ю. и др. Острый холецистит у пожилых и стариков // *Клиническая геронтология: научно-практический журнал*, том 12, №6, 2006. – С. 40–46.
5. Плотникова, Е. Ю., Дидковская Н.А, Золотухина В.Н. Желчнокаменная болезнь до и после холецистэктомии в структуре заболеваний органов пищеварения жителей города Кемерово // *Медицина в Кузбассе*. – 2007. – №4. – С. 17–21.
6. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: МедиаСфера, 2006. – 312 с.
7. Рыжкова О.В., Гилязова Н.Г., Сайфудинов Р.Г. Встречаемость желчнокаменной болезни среди мужчин нефтяников Татарстана // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии*. – 2005. – №1. – С. 89.
8. Ciesielczyk, B. Robotic surgery and NOTES – Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery in treatment of cholelithiasis-revolution or failed conception // *Pol. Merkur Lekarski*. – 2008. – Oct, 25(148). – P. 380–5.
9. 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.
10. 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.
11. 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.