

*Сведения об авторах статьи:*

**Пушкарев Василий Александрович** – д.м.н., зав. отделением оперативной гинекологии ГБУЗ РКОД МЗ РБ. Адрес: 450098, г. Уфа, проспект Октября, 73/2. E-mail: lesha-pushkaryov@mail.ru  
**Меньшиков Константин Викторович** – к.м.н., врач-ординатор отделения оперативной гинекологии ГБУЗ РКОД МЗ РБ. Адрес: 450098, г. Уфа, проспект Октября, 73/2.  
**Фансханова Рания Рязановна** – врач-ординатор отделения оперативной гинекологии ГБУЗ РКОД МЗ РБ. Адрес: 450098, г. Уфа, проспект Октября, 73/2.  
**Уразин Ринат Рафаэлевич** – врач-ординатор отделения оперативной гинекологии ГБУЗ РКОД МЗ РБ. Адрес: 450098, г. Уфа, проспект Октября, 73/2.  
**Хуснутдинов Шамиль Масгутович** – к.м.н., зав. патоморфологическим отделением ГБУЗ РКОД МЗ РБ. Адрес: 450098, г. Уфа, проспект Октября, 73/2.  
**Пушкарев Алексей Васильевич** – врач – клинический ординатор кафедры онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Атлас операций при злокачественных опухолях женских половых органов / под ред. А.Х. Трахтенберга, В.И. Чисова, А.Д. Каприна. – М.: Издательский дом «Практическая медицина», 2015. – 199 с.
2. Вишневская, Е.Е. Справочник по онкогинекологии. – Минск: Беларусь, 1994. – 496 с.
3. Клиническая онкология: руководство для врачей / под ред. В.П. Козаченко. – М.: Медицина, 2005. – 376 с.
4. Нечаева, И.Д. Опухоли яичников. – Л.: Медицина, 1987. – 214 с.
5. Онкология: клинические рекомендации / под ред. М.И. Давыдова. – М.: Издательская группа РОНЦ, 2015. – 679 с.
6. Опухоли женской репродуктивной системы / под ред. М.И. Давыдова, В.П. Летагина, В.В. Кузнецова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 373 с.
7. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В.Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2017. – 236 с.
8. УЗИ в акушерстве и гинекологии / под ред. К.Л. Рейтер, Т.К. Бабагбеми. – М.: – ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 304 с.
9. Эхография в гинекологии. Изд. 2-е / под ред. И.А. Озерской. – М.: ВИДАР, 2013. – 564 с.
10. Philip J. Disais. Clinical Gynecologic oncology // Philip J. Disais, William T. Creasman. – Elsevier, 2012. – 346 p.

УДК 616.366-089.87.:616-089.168.1

© Ш.В. Тимербулатов, Р.А. Низамов, 2017

Ш.В. Тимербулатов, Р.А. Низамов  
**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ  
 ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»  
 Минздрава России, г. Уфа*

В настоящее время распространенность заболеваний гепатобилиарной системы среди населения имеет тенденцию к неуклонному росту и приобретает статус социальной болезни. В патологии билиарной системы ведущее место занимает желчно-каменная болезнь (ЖКБ), которая диагностируется на стадии сформировавшихся конкрементов.

В исследовании представлены данные о состоянии физической и психической сфер качества жизни у больных желчно-каменной болезнью. Обследовано 106 пациентов трудоспособного возраста, которым была выполнена холецистэктомия лапароскопическим доступом. Для оценки эффективности ускоренной физической реабилитации пациенты были разделены на две группы: I основная (n =79), в которой проводилась ускоренная послеоперационная реабилитация и восстановительное лечение в санатории «Юматово», II сравнения (n=27), больные этой группы наблюдались в амбулаторных условиях. После проведенного лечения отмечались клиническое улучшение, восстановление свободнорадикального окисления и улучшение уровня качества жизни. Анализ качества жизни в сфере физического и психологического здоровья выявил более высокие показатели у пациентов I группы в сравнении со II группой.

**Ключевые слова:** качество жизни, холецистэктомия, желчнокаменная болезнь, реабилитация.

Sh.V. Timerbulatov, R.A. Nizamov  
**QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS  
 AFTER CHOLECYSTECTOMY**

Today, the prevalence of hepatobiliary system diseases among population has a tendency to continuous increase and is becoming a social disorder. The leading place among the pathologies of biliary system belongs to cholelithiasis, which can be diagnosed at the stage of crystallized concretions.

The study presents data on the physical and mental aspects of life quality in patients with cholelithiasis. A total of 106 working-age patients after laparoscopic cholecystectomy were studied. To evaluate the effectiveness of accelerated physical rehabilitation patients were divided into two groups: I - primary (n = 79), with rehabilitation treatment in the sanatorium "Yumatovo" and II - comparison group (n = 27) was observed in the outpatient setting. After treatment, clinical improvement was noted, as well as restoration of free radical oxidation and improvement of quality of life. Analysis of the quality of life in physical and mental health revealed significantly higher values in patients of the I group, compared with the patients of the II group.

**Key words:** quality of life, cholecystectomy, cholelithiasis, rehabilitation.

В настоящее время распространенность заболеваний гепатобилиарной системы среди населения имеет тенденцию к неуклонному росту и приобретает статус социальной болезни. В патологии билиарной системы ведущее место занимает желчно-каменная болезнь (ЖКБ), которая диагностируется на стадии сформировавшихся конкрементов [1,2]. При-

мерно у 25% населения земного шара старше 60 лет, и у трети населения старше 70 лет диагностируется ЖКБ [12,14].

Золотым стандартом лечения при ЖКБ является хирургическое лечение [6,8,10]. Фазовый переход от классической хирургии к новым лапароскопическим методам совпал с повсеместным внедрением принципов доказательной медицины [11,13]. Эффективность лечения оценивается не только по данным проведенного оперативного лечения, но и по отдаленным результатам и самочувствию пациента [3,7]. Понятие «качество жизни» стало применяться в научной терминологии в середине 20 века [4,5,9]. Изучение эффективности лечения пациентов с ЖКБ после холецистэктомии, а также оценка клинических и экономических показателей работы системы здравоохранения являются актуальными.

Цель исследования – изучить показатели качества жизни и динамику показателей свободнорадикального окисления у больных желчно-каменной болезнью после холецистэктомии.

#### **Материал и методы**

В исследование было включено 106 пациентов с ЖКБ после холецистэктомии, подписавших информированное согласие на участие в исследовании. Отбор пациентов проводился методом случайной выборки из числа оперированных по поводу ЖКБ в ГБУЗ РБ «Больница скорой медицинской помощи» (г. Уфа) за период с 2013 по 2015 гг. Все пациенты были трудоспособного возраста (20-59 лет), средний возраст которых составил  $47,0 \pm 2,1$  года. Женщин было 67 (63,2%), мужчин – 39 (36,7%). Диагноз желчно-каменной болезни верифицировался согласно МКБ 10 (K80). Длительность заболевания составила от 3-х лет и более.

Критерием исключения из исследования было наличие тяжелой сопутствующей патологии (онкопатология, хронические заболевания в стадии декомпенсации) и кардиохирургического вмешательства.

В контрольную группу вошли 20 практически здоровых лиц сопоставимых по полу и возрасту.

Обследование проводилось до оперативного лечения и через месяц после.

Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 27.01.2006 г. всем пациентам после холецистэктомии рекомендован санаторный этап реабилитации. На территории Республики Башкортостан санаторием, специализирующимся на лечении заболеваний органов пищеварения является санаторий «Юматово». Обследованные нами пациенты с

ЖКБ после холецистэктомии были разделены на две группы: I основная (n=79), в которой пациенты прошли реабилитацию в санаторных условиях, и II сравнения (n=27), в которой пациенты на этапе реабилитации наблюдались в амбулаторных условиях.

Согласно концепции ускоренной послеоперационной реабилитации для больных ЖКБ нами был разработан комплекс лечебных мероприятий.

Пациент после холецистэктомии из операционной поступал в палату интенсивной терапии, в которой в первые 2 часа после наркоза проводилось динамическое наблюдение. Через 4-6 часов пациенту рекомендовали вставать, ходить и принимать жидкую пищу. На следующий день после операции пациент должен свободно передвигаться по стационару на 100-150 метров. На 7-е сутки после холецистэктомии пациенты направлялись в санаторий «Юматово» для проведения дальнейшего восстановительного лечения, в которое входила диета, включавшая прием кумыса по 100 мл слабой крепости за 20 минут до приема пищи, терренкур и физиотерапия.

Состояние свободнорадикального окисления в плазме крови изучали по уровню продуктов перекисного окисления липидов – диеновых конъюгатов (ДК) и шиффовых оснований (ШО) по методу И.А. Волчегорского и соавт. (2000). Уровень ферментов антиоксидантной защиты определяли по активности каталазы (по методике М.А. Королюка и соавт. (1988)) и глутатионпероксидазы (с помощью набора Ransel Glutathione peroxidase (Randox Laboratories Ltd., США)).

Качество жизни оценивали по опроснику MOS SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form) для определения физической и психологической сфер здоровья.

Изучение состояния печени и гепатобилиарной системы у больных ЖКБ проводилось на аппарате УЗИ Siemens acuson x300 (Германия), при необходимости проводили магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ) на томографе Philips Achiva 1,5T (Нидерланды).

Статистический анализ данных проводился с использованием программы Statistica for Windows версии 6.1 / Microsoft Office 7.0.

#### **Результаты и обсуждение**

Результаты изучения свободнорадикального окисления у пациентов с ЖКБ выявили высокий исходный уровень продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в плазме крови: показатели диеновых конъюгатов (ДК) были выше на 25%, шиффовых ос-

нований (ШО) – на 21,7%. Активность ферментов антиоксидантной защиты была снижена: уровень каталазы на 28%, глутатионпероксидазы на 20,1% в сравнении с контролем.

Представленные данные указывают на участие свободнорадикального окисления в патогенезе ЖКБ и нарушениях защитных механизмов организма (табл. 1).

Таблица 1

Динамика показателей свободнорадикального окисления у пациентов с желчно-каменной болезнью

Параметры	Группа				
	контрольная	до оперативного лечения		через месяц после операции	
		I	II	I	II
ДК, мкмоль/л	3,04±0,2	3,80±0,08 <sup>#</sup>	3,70±0,11 <sup>#</sup>	3,20±0,09*	3,50±0,08 <sup>#</sup>
ШО, мкмоль/л	1,85±0,12	0,44±0,03 <sup>#</sup>	0,45±0,01 <sup>#</sup>	0,32±0,01* <sup>#</sup>	0,37±0,02 <sup>#</sup>
Каталаза, усл.ед./г	17,5±0,56	12,58±0,26 <sup>#</sup>	13,01±0,35 <sup>#</sup>	17,3±0,37*	15,10±0,32 <sup>#</sup>
Глутатион-пероксидаза, усл.ед./г	71,6±0,24	57,20±0,21 <sup>#</sup>	57,5±0,3 <sup>#</sup>	70,1±0,34*	67,40±0,41 <sup>#</sup>

# p<0,05 в сравнении с контролем. \* p<0,05 в сравнении со II группой.

В результате проведенного оперативного лечения и ускоренной реабилитации в санаторных условиях у больных I группы наблюдались значимое улучшение общего состояния и увеличение активности ферментов антиоксидантной защиты по сравнению со II группой. После лечения уровень продуктов ПОЛ снизился: в I группе показатель диеновых конъюгатов уменьшился на 15,8%, во II группе – на 5,5%; уровень шиффовых оснований на 27,3% и 7,8% соответственно. Показатели антиоксидантной защиты у пациентов I группы восстановились, а во II группе наблюдалась тенденция к снижению. Уровень каталазы увеличился на 37,5 % и 16,1%, глутатионпероксидазы – на 22,5% и 17,2% соответственно (табл. 1).

Как видно из представленных данных, в результате проведенной ускоренной реабилитации в санаторных условиях наблюдалась нормализация процессов свободнорадикального окисления, что указывает на восстановление компенсаторно-адаптационных возможностей организма.

Изучение состояния качества жизни по данным психического и физического здоровья у больных ЖКБ после оперативного лечения в I группе выявило улучшение, кроме показателя «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)», который был значимо выше в сравнении со II группой (табл. 2).

Таблица 2

Динамика показателей качества жизни у пациентов после холецистэктомии

Показатели	Группа				
	контрольная	до оперативного лечения		через месяц после операции	
		I (n=79)	II (n=27)	I (n=79)	II (n=27)
Общее состояние здоровья (GH)	87,3±4,3	52,4±2,62	51,89±3,01	65,3±3,1***	56,1±2,9#
		P <sub>1-2</sub> >0,05		P <sub>1-2</sub> <0,05	
Физическое функционирование (PF)	81,1±4,1	50,6±2,53	51,5±2,74	65,2±2,68***	57,2±2,9#
		P <sub>1-2</sub> >0,05		P <sub>1-2</sub> <0,05	
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	89,1±4,4	52,6±2,6	51,9±2,87	66,4±2,1***	59,1±2,6#
		P <sub>1-2</sub> >0,05		P <sub>1-2</sub> <0,05	
Боль (BP)	91,5±4,5	52,8±2,6	50,9±3,4	68,8±2,4***	61,2±2,8***
		P <sub>1-2</sub> >0,05		P <sub>1-2</sub> <0,05	
Жизненная активность (VT)	91,5±4,5	46,3±2,3	47,7±3,1	68,1±3,4***	60,8±3,0***
		P <sub>1-2</sub> >0,05		P <sub>1-2</sub> <0,05	
Социальное функционирование (SF)	83,1±4,1	52,7±2,6#	54,1±3,0#	73,1±2,5***	65,2±2,9***
		P <sub>1-2</sub> >0,05		P <sub>1-2</sub> <0,05	
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	77,1±3,8	46,5±2,3#	46,1±3,5#	61,3±2,9***	55,0±2,7***
		P <sub>1-2</sub> >0,05		P <sub>1-2</sub> >0,05	
Психологическое здоровье (MH)	83,2±4,1	59,1±2,9#	61,2±3,5#	76,2±3,01**	67,1±3,2#
		P <sub>1-2</sub> >0,05		P <sub>1-2</sub> <0,05	

# p<0,05 в сравнении с контролем. \*\* p<0,05 в сравнении с данными до лечения.

Анализ исходного уровня качества жизни у пациентов с ЖКБ показал, что уровень физического функционирования (PF) был на 37,6% ниже по сравнению с контрольной группой. Через месяц после проведения реабилитации показатель PF в I группе увеличился на 28% в сравнении с исходным уровнем, а во II группе – на 11%. Показатель ролевого функционирования, обусловленный фи-

зическим состоянием (RP) у обследуемых исходно был ниже на 40,9% в сравнении с контролем и указывал на ограничение жизнедеятельности пациентов с ЖКБ, через месяц после оперативного лечения показатель RP в I группе увеличился на 26,2%, а во II группе – лишь на 8,1%. Болевые ощущения играют значимую роль в ограничении повседневной деятельности, и показатель BP у пациентов с

ЖКБ исходно был ниже на 42,3%. Через месяц в I группе он увеличился на 30,3%, а во II группе – на 20,2 %.

Таким образом, показатели КЖ в физической сфере здоровья у пациентов после холецистэктомии были значимо выше в I группе по сравнению со II группой.

Показатели КЖ в сфере психологического здоровья у больных ЖКБ после холецистэктомии исходно были низкими в сравнении с контрольной группой. Так, у всех обследуемых определялось ограничение жизненной активности вследствие эмоциональных проблем (VT), и данный показатель был ниже на 49,4% в сравнении с группой контроля, через месяц он увеличился в I группе на 47%, во II группе – на 27,4%. Показатель «Социальное функционирование» (SF) исходно был ниже на 46,6% в сравнении с контролем, после лечения этот показатель увеличился на 38,7% и 20,5% соответственно. Показатель «Ролевое функционирование, обусловленный эмоциональным состоянием» (RE), был ниже на 39,7% в сравнении с группой контроля, а на фоне лечения увеличился на 31,8% и 19,3% соответственно.

Анализ эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с ЖКБ после холецистэктомии показал более значимые улучшения качества жизни в сфере психологического здоровья у пациентов I группы, которым проводилась ускоренная реабилитация в санаторных условиях.

Таким образом, применением санаторного этапа при проведении ускоренной реабилитации пациентов с ЖКБ после холецистэктомии рекомендуется для повышения компенсаторно-адаптационных возможностей организма.

### Выводы

1. В результате проведенного оперативного лечения и ускоренной реабилитации в санаторных условиях у больных с ЖКБ наблюдалась нормализация показателей свободнорадикального окисления – снижение уровня перекисного окисления липидов и повышение уровня ферментов антиоксидантной защиты.

2. Реабилитация пациентов после холецистэктомии в санаторных условиях обуславливала значимое улучшение показателей качества жизни в сферах физического и психологического здоровья в сравнении с пациентами, которые наблюдались амбулаторно.

### Сведения об авторах статьи:

**Тимербулатов Шамиль Вилевич** – д.м.н., профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)223-24-21. E-mail: timersh@yandex.ru.

**Низамов Руслан Айратович** – соискатель кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)223-24-21. E-mail: nizamgik@gmail.com.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Гастроэнтерология: национальное руководство / Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация медицинских обществ по качеству/ под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 700 с.
2. Болезни билиарного тракта / под ред. И.В. Маева. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2010. – 88 с.
3. Билиарный сладж: нерешенные вопросы / С.Н. Мехтиев [и др.] // Лечащий врач. – 2007. – № 6. – С. 4-7.
4. Ильченко, А.А. Фармакотерапия при заболеваниях желчного пузыря и желчных путей. – М.: МИА, Герус, 2010. – 160 с.
5. Курбанбаев О.И. Оценка качества жизни больных после лапаротомной и лапароскопических холецистэктомий // Известия ВУЗов Кыргызстана. - 2016. - № 9. - С. 30-32.
6. Clinical benefits after the implementation of a multimodal perioperative protocol in elderly patients / J.E. Aguilar-Nascimento [et al.] // Arq. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 47(2). – P. 47.
7. Colonic Surgery With Accelerated Rehabilitation or Conventional Care / L. Basse [et al.] // Dis Colon Rectum. – 2004. – Vol. 47(3). – P. 271-278.
8. Grigoraş I. Fast-track surgery – a new concept – the perioperative anesthetic management / I. Grigoraş // Jurnalul de Chirurgie, Iasi. – 2007, Vol. 3, N. 2. – P.89-91.
9. A fast-track program reduces complications and length of hospital stay after open colonic surgery / S. Muller [et al.] // Gastroenterology. – 2009. – Vol. 136. – P. 842-847.
10. Kehlet convalescence after colonic resection with fast-track versus conventional care / D.H. Jakobsen [et al.] // Scandinavian Journal of Surgery. – 2004. – Vol. 93. – P. 24-28.
11. Abdominal incisions-vertical or transverse? / E. Harold [et al.] // Postgraduate Medical Journal. – 1984. – Vol. 60. – P. 407-410.
12. Rahbari, N.N. Current practice of abdominal wall closure in elective surgery – Is there any consensus? / N.N. Rahbari, P. Knebel, M.K. Diener // BMC Surg. – 2009. – Vol. 9. – P. 8.
13. Fairclough L. D. Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials. - Charman & Hall/CRC, 2002. – P. 164-177.
14. Kind, P. Measuring success in health care - the time has come to do it properly / P. Kind, A. Williams // Health Policy Matter. – 2004, Issue 9. – P. 1-8.