

Курбанбаев О.И.

**ЛАПАРОТОМИЯЛЫК ЖАНА ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН
КИЙИН БЕЙТАПТАРДЫН ЖАШОО САПАТЫН БААЛОО**

Курбанбаев О.И.

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАПАРОТОМНОЙ И
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ**

O.I. Kurbanbaev

**ASSESSMENT OF LIFE QUALITY OF PATIENTS AFTER LAPAROTOMIC AND
LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY**

УДК: 616.366-003.7-072-089.85-089.87

Бул макалада өттүн таи оорусунда, 132 бейтаптын жашоо сапатын изилдөөнүн жыйынтыктары берилген. Алардын ичинен 60 бейтапка лапаротомиялык ал эми 72 бейтапка лапароскопиялык холецистэктомия операциясы жасалган. Бейтаптардын жашоо сапатын изилдөө PISO-12 анкета-сурамжылоосу аркылуу жүргүзүлүп, изилдөөнүн негизинде эндовидеохирургиялык ыкма менен дарылоодо жакшы жыйынтыктар алынган.

Негизги сөздөр: *өттүн таи оорусу, холецистэктомия, лапаротомиялык, лапароскопиялык ыкма, жашоо сапаты.*

Представлены результаты исследований качества жизни у 132 больных с желчнокаменной болезнью. Которым холецистэктомия выполнена из лапаротомного доступа (60чел.) и лапароскопическая (72чел.) качества жизни исследованы по анкете-опроснику по PISO-12. лучшие результаты получены у больных после эндовидеохирургического метода.

Ключевые слова: *желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, лапаротомный, лапароскопический доступ, качества жизни.*

Test results of life quality of 132 patients with cholelithiasis, to whom cholecystectomy was done from laparotomic (60 people) and laparoscopic (72 people) access, were provided, life quality was assessed according to PISO-12 the questionnaire. The best results were obtained from patients after endovideosurgical method.

Key words: *cholelithiasis, cholecystectomy, laparotomic, laparoscopic access, life quality.*

Введение. Желчнокаменная болезнь относится к числу распространенных заболеваний, лечение которой в основном оперативное [1,4]. В настоящее время для удаления желчного пузыря используется лапаротомный доступ в различных вариантах: традиционный и минилапаротомный и эндовидеохирургическая операция [4,5]. В последние годы более широкое применение нашел лапароскопический метод холецистэктомии. Большинство исследователей отмечают преимущества лапароскопического метода обосновывая малой травматичностью, быстрым восстановлением трудоспособности, меньшими материальными затратами и др. [7,8]. Эти вопросы широко освещены в литературе, а что касается исследования качества жизни, то этот вопрос остается не изученным, а он имеет немаловажное значение в оценке результатов операций. Термин «Качество жизни» признан в 1977 году [5] и появился в рубрике «Camulated Yndex Medicus». Для изучения качества жизни предложено большое число

анкет-опросников, но любая из анкет должна показать три важные психометрические величины: обоснованность, достоверность и чувствительность, которые должны отражать действие лечения [5,6], включая социальное, физическое и эмоциональное здоровье.

В большинстве случаев оценка лечения проводится на основании клинических симптомов, данным объективного, лабораторного и инструментального исследования и определяется терминами: улучшение, без перемен, ухудшение или результаты: хорошие, удовлетворительные, не удовлетворительные, плохие. Но, как указывают ряд исследователей, этого недостаточно, здесь необходима оценка своего состояния самого больного, которая позволит врачу пересмотреть свои подходы к выбору лечения. Все исследователи, которые изучали качества жизни при различных хирургических и урологических заболеваниях [2,3,5] указывают на особую значимость этих исследований, однако до настоящего времени не представлена сравнительная оценка качества жизни после различных методов удаления желчного пузыря.

Цель работы – представить результаты исследования качества жизни после удаления желчного пузыря различными доступами.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 132 больных с хроническим калькулезным холециститом, оперированных в Ошской городской клинической больнице в период 2013 по 2014 год. Из них у 60 больных холецистэктомия выполнена лапаротомным доступом, а у 72 лапароскопическим, женщин было 92, мужчин 40, возраст колебался от 26 до 66. Все операции выполнялись под эндотрахеальным обезболиванием.

При определении качества жизни использовали анкету-опросник PISO-12, вопросы в которой даны на русском и кыргызском языках.

В разработку мы взяли только тех больных, у которых исследования качества жизни выполнены до операции и после операции в сроки от 3 до 6 месяцев и более одного года.

На основании опросника оценивали 6 шкал, связанных с физической и психологической составляющей здоровья:

1. интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу на дому и вне дома. Низкие показа-

тели, т.е. высокий удельный вес болевого синдрома свидетельствует о том, что боль значительно ограничивает активность больного, страдающего желчнокаменной болезнью;

2. физическая активность или физическое функционирование отражает ограничение физической деятельности из-за проблем, связанных со здоровьем;

3. нарушение психического здоровья – отражает психическое состояние больных в виде ощущения подавленного, унылого депрессивного состояния, ослабление памяти, эмоциональную нестабильность, потеря интереса к событиям;

4. социальное функционирование – определялось степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение);

5. ролевое функционирование – обусловленное физическим состоянием – влияние на ограничение в общественной деятельности из-за физических проблем (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная работа значительно ограничена физическим состоянием пациента;

6. сексуальное функционирование – психологическое состояние больных, дискомфорт и неудовлетворенность половой жизнью.

Таблица 1 – Оценка качества жизни больных, перенесенных холецистэктомии

Группы больных и показатели	до операции		через 3-6 мес.		более года	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Болевой синдром: 1-группа n-60 2-группа n-72	60	100,0	18	30,0	3	5,0
	72	100,0	6	8,3	1	1,4
Физическая активность: 1-группа n-60 2-группа n-72	48	80,0	21	35,0	8	13,3
	61	84,7	13	13,3	2	2,8
Нарушение психического здоровья: 1-группа n-60 2-группа n-72	51	85,0	38	63,3	19	31,7
	64	88,9	29	40,3	8	11,1
Социальное функционирование: 1-группа n-60 2-группа n-72	46	76,7	21	35,0	16	26,7
	52	72,2	15	20,8	4	5,6
Ролевое функционирование: 1-группа n-60 2-группа n-72	47	78,3	31	51,7	13	21,7
	52	72,2	23	31,9	5	6,9
Сексуальное функционирование: 1-группа n-60 2-группа n-72	28	46,7	18	30,0	4	6,7
	34	47,2	6	8,3	3	4,1

1 группа – больные оперированы лапаротомным доступом

2 группа – холецистэктомия произведена лапароскопически

Рассматривая показатели качества жизни необходимо отметить, что до операции у всех больных отмечены нарушения: это выраженный болевой синдром, снижение физической активности, которое связано с частым и выраженным болевым синдромом. Также у большинства больных отмечено нарушение психического здоровья, социального и ролевого функционирования. И почти у половины обследованных выявлены нарушения и сексуального функционирования. Выявленные нарушения были на одинаковом уровне в обеих группах больных ($P>0,05$).

Через 3-6 месяцев после операции отмечена положительная динамика всех показателей качества жизни, но более выражена была в группе больных, у которых холецистэктомия выполнена лапароскопически. Так, болевой синдром выявлен в первой группе больных у 18 пациентов (30%), во второй лишь у 6 из 72 обследованных (8,3), различия эти достоверны. Необходимо отметить, что выраженность болевого синдрома в эти сроки исследования были незначительной, больные отмечали возникновение тупых болей в основном после физической нагрузки. Также достоверные различия отмечали в показателях ролевого и сексуального функционирования ($P<0,05$).

При обследовании больных через год после операции в обеих группах обследованных лишь единичные больные отмечали появление болей при физической нагрузке, но боли возникали очень редко. Также отмечено улучшение физической активности и оно было достоверно выше у больных после лапароскопической холецистэктомии.

После лапаротомной холецистэктомии достоверно ниже была физическая активность ($P<0,05$) и нарушение психического здоровья, чаще сохранялось нарушение социального функционирования, в то время как после лапароскопической холецистэктомии лишь у единичных больных имело место нарушения социального, ролевого и сексуального функционирования.

Таким образом, наши наблюдения за больными с желчнокаменной болезнью, осложненной хроническим холециститом позволяют сделать следующие выводы:

1. У больных хроническим калькулезным холециститом выявлены существенные нарушения качества жизни: физическая активность, нарушения психического здоровья, ролевого, социального и сексуального функционирования.

2. Оперативное лечение (холецистэктомия) ведет к улучшению показателей качества жизни, но положительная динамика достоверно выше после лапароскопической холецистэктомии.

Литература:

1. Ветшев П.С. Холецистэктомия из мини доступа с элементами открытой лапароскопической техники при хирургическом лечении желчнокаменной болезни [Текст] П.С. Ветшев // Хирургия.- 1998.- №9.- С. 43-49.
2. Дзеранов Н.К. Качество жизни пожилых больных нефролитиазом [Текст] Н.К. Дзеранов, К.А. Байбарин, А.В. Казаченко // Урология.- 2006.- №1.- С. 7-10.
3. Добровольский С.Р. Исследование качества жизни больных в хирургии [Текст] С.Р. Добровольский, Ю.К. Абдрахманов, Э.К. Джамынчиев // Хирургия.- 2008.- №12.- С. 73-76.
4. Ермаков Е.А. Мининвазивные методы лечения желчнокаменной болезни [Текст] Е.А. Ермаков, А.Н. Лищенко // Хирургия.- 2013.- №6.- С. 66-69.
5. Миронюк Н.В. Оценка качества жизни пациентов после антирефлюксных операций с использованием опросника GIRD-HRQL [Текст] Н.В. Миронюк, О.Б. Оспанов, И.С. Волчкова // Вестник хирургии.- 2012.- №1.- С. 10-13.
6. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни больных в хирургии [Текст] А.А. Новик, Т.А. Ионова, П. Кайнд // Санкт-Петербург: ЭЛБИ, 1999.- 140с.
7. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине [Текст] А.А. Новик, Т.А. Ионова // М: ОЛМА, 2007.- 159с.
8. Федоров И.В. Эндоскопическая хирургия [Текст] И.В. Федоров, Е.И. Сигал, В.В. Одинцов // М: 1998.- 152с.
9. Sandblom G. Pain and health related quality of life in a geographically defined population of men with prostate cancer [Text] G. Sandblom, P. Carlsson, P. Sigsjo, E. Varenhorst // Br. J. Cancer 2011.- Vol. 85, #4.- P. 497-503.

Рецензент: д.м.н. Токтогулов О.Ж.