



УДК 617–089+616.3

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОЛИТИАЗОМ

Деговцов Е. Н.¹, Трухан Д. И.¹, Пропп А. Р.², Колядко П. В.³, Никулина С. А.²

¹ ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России (г. Омск, Россия)

² БУЗОО «Областная клиническая больница» (г. Омск, Россия)

³ БУ «Нижевартовская окружная клиническая больница» (г. Нижневартовск, Россия)

ANALIS LONG-TERM RESULTS OF MINIMALLY INVASIVE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHOLECYSTOCHOLANGIOLITHIASIS

Degovtsov E. N.¹, Trukhan D. I.¹, Propp A. R.², Kolyadko P. V.³, Nikulina S. A.²

¹ Omsk State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Omsk, Russia)

² Regional Clinical Hospital (Omsk, Russia)

³ Nizhnevartovsk District Clinical Hospital (Nizhnevartovsk, Russia)

Для цитирования: Деговцов Е. Н., Трухан Д. И., Пропп А. Р., Колядко П. В., Никулина С. А. Анализ отдаленных результатов минимально инвазивного хирургического лечения больных холецистохолангиолитиазом. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2018;150(2): 74–81.

For citation: Degovtsov E. N., Trukhan D. I., Propp A. R., Kolyadko P. V., Nikulina S. A. Analis long-term results of minimally invasive surgical treatment of patients with cholecystocholangiolithiasis. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2018;150(2): 74–81.

Трухан Дмитрий Иванович
Trukhan Dmitry I.
dmitry_trukhan@mail.ru

Деговцов Евгений Николаевич — д.м.н., заведующий кафедрой госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России

Трухан Дмитрий Иванович — д.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней и поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России

Пропп Александр Робертович — к.м.н., заведующий хирургического отделения БУЗОО «Областная клиническая больница»

Колядко Павел Васильевич — врач-хирург БУ «Нижевартовская окружная клиническая больница», хирургическое отделение № 3

Никулина Светлана Александровна — врач-хирург хирургического отделения БУЗОО «Областная клиническая больница»

Degovtsov Eugene N. — MD, PhD, head of the Chair of hospital surgery, Federal State Educational Institution of Higher Education «Omsk state medical university» Ministry for Public Health of the Russian Federation

Trukhan Dmitry I. — MD, PhD, professor of the Chair of internal diseases and polyclinic therapy, Federal State Educational Institution of Higher Education «Omsk state medical university» Ministry for Public Health of the Russian Federation

Propp Alexander R. — PhD, Head of the Surgical Department, Omsk Regional Clinical Hospital

Kolyadko Pavel V. — surgeon of the Nizhnevartovsk District Clinical Hospital

Nikulina Svetlana A. — surgeon of the surgical department of the Omsk Regional Clinical

Резюме

Цель исследования. Изучение отдаленных результатов хирургического лечения у больных холецистохолангиолитиазом.

Материалы и методы. В исследовании проведено сравнение двух групп больных: 31 пациент, оперированные одноэтапным миниинвазивным хирургическим способом и 28 пациентов, которые были оперированы двухэтапным хирургическим способом. Для изучения отдаленных результатов лечения у больных холецистохолангиолитиазом,

которые подвергались хирургическому лечению, было проведено исследование методами анкетирования (анкета SF-36) и обследования, включающего клинические (жалобы, осмотр), лабораторные (анализ крови и мочи, уровень билирубина, АЛАТ, АСАТ, ЩФ) и инструментальные (ультразвуковое исследование, фиброгастродуоденоскопия) методы исследования.

Результаты. Полученные результаты проведенного исследования свидетельствуют о несомненном преимуществе одноэтапного минимально инвазивного хирургического лечения больных с холецистохолангиолитиазом. Показатели качества жизни у пациентов, принимавших на послеоперационном этапе курации препараты УДХК, были лучше в сравнении с пациентами, не принимавшими УДХК, что может служить дополнительным основанием к назначению препаратов УДХК после холецистэктомии.

Заключение. Полученные результаты проведенного исследования свидетельствуют о несомненном преимуществе одноэтапного минимально инвазивного хирургического лечения больных холецистохолангиолитиазом.

Ключевые слова: холецистохолангиолитиаз, минимально инвазивная хирургия, фиброхолангиоскопия, послеоперационный период, качество жизни, урсодезоксихолевая кислота

Summary

The aim. The study of the long-term results of surgical treatment in patients with cholecystocholangiolithiasis.

Materials and methods. In the study, two groups of patients were compared: 31 patients operated with a single-step minimally invasive surgical method and 28 patients who were operated with a two-stage surgical procedure. To study the long-term results of treatment in patients with cholecystocholangiolithiasis who underwent surgical treatment, a questionnaire survey (questionnaire SF-36) and a survey including clinical (complaints, examination), laboratory tests (blood and urine test, bilirubin level, ALAT, ACAT, AF) and instrumental (ultrasound, fibrogastroduodenoscopy) research methods.

Results. The obtained results of the conducted study testify to the undoubted advantage of one-stage minimally invasive surgical treatment of patients with cholecystocholangiolithiasis. Quality of life indicators in patients taking UDCA drugs at the postoperative stage of smoking were better in comparison with patients who did not take UDCA, which may serve as an additional reason for prescribing UDCA drugs after cholecystectomy.

Conclusion. The received results of the conducted research testify to an undoubted advantage of one-stage minimally invasive surgical treatment of patients with cholecystocholangiolithiasis.

Keywords: cholecystocholangiolithiasis, minimally invasive surgery, fibrocholangioscopy, postoperative period, quality of life, ursodeoxycholic acid (UDCA)

Желчнокаменной болезнью страдает около 10% населения земного шара, число заболевших возрастает каждое десятилетие в два раза [1, 2]. В мире выполняется свыше 2,5 млн холецистэктомий (ХЭ) в год, в России до 2012 г. проводилось 340 тыс. холецистэктомий, в последние годы их число увеличилось до 500 тыс. холецистэктомий [3,4].

Наиболее актуальной проблемой в диагностике и лечении из всех осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) является сочетание острого холецистита и холангиолитиаза. Острый холецистит развивается у 24–26% больных хроническим калькулезным холециститом, а холангиолитиаз наблюдается у 18–25% пациентов с калькулезным холециститом [5,6].

В отдалённом послеоперационном периоде у 12,3–24% пациентов с холецистохолангиолитиазом после выполнения двухэтапного хирургического лечения нарушение замыкательной функции большого сосочка двенадцатиперстной кишки приводит к дуоденобилиарному рефлюксу, бактериальной контаминации и хроническому воспалению желчных путей, что может негативно сказываться на отдаленных результатах хирургического лечения [7–10].

Цель исследования: изучить отдаленные результаты одноэтапного минимально инвазивного хирургического лечения у больных с холецистохолангиолитиазом в сравнении с двухэтапным хирургическим пособием.

Материалы и методы

В настоящее время для оценки отдаленных результатов лечения применяется изучение субъективно-восприятия пациентов при помощи анкетирования. Наибольшее распространение приобрела анкета Short Form – 36 of Health Status Survey (SF-36),

которая относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни. Анкета SF-36 была разработана для определения норм для здорового населения и для групп пациентов с различными хроническими заболеваниями [11–13].

Публикаций, посвященных исследованию качества жизни больных, оперированных по поводу холестиохоангиолитиаза, с целью изучения отдаленных результатов, в настоящее время немного [1, 2, 14–16].

Для изучения отдаленных результатов лечения у больных с холестиохоангиолитиазом, которые подвергались хирургическому лечению, нами было проведено исследование методами анкетирования (анкета SF-36) и обследования, включающего клинические (жалобы, осмотр), лабораторные (анализ крови и мочи, уровень билирубина, АлАТ, АсАт, ЩФ) и инструментальные (ультразвуковое исследование (УЗИ), фиброгастродуоденоскопия (ФГДС)) методы исследования.

В 1-ю группу (А) был включен 31 пациент, которые были оперированы одноэтапным минимально инвазивным хирургическим способом (минимально инвазивная холецистэктомия сочеталась с фиброхолангиоскопией и литоэкстракцией). Средний возраст – $55,3 \pm 15,4$ лет, мужчин – 10 (32,3%), женщин – 21 (67,7%). Оценивались отдаленные результаты лечения в послеоперационном периоде в сроки от 2 до 5 лет (в среднем $3,0 \pm 1,5$ года).

Во 2-ю группу (В) были включены 28 пациентов, оперированные двухэтапным хирургическим

способом (первым этапом выполнялась минимально инвазивная холецистэктомия, вторым – эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией). Средний возраст – $49,6 \pm 13,9$ лет, мужчин – 8 (28,6%), женщин – 20 (71,4%). Послеоперационный период составил в среднем $5,0 \pm 2$ года.

В контрольную группу вошли 30 практически здоровых лиц в возрасте $52,9 \pm 5,6$ лет, у которых в результате проведенных исследований не было выявлено структурной патологии со стороны желчевыводящей системы. Среди них мужчин было 9 (30%), женщин – 21 (70%). Группы обследованных лиц (А и В) и контрольная группа по возрасту и полу были сопоставимы.

Все пациенты, которые были включены в исследование, дали информированное согласие на участие в нем. Полученные при исследовании данные обработаны с помощью общепринятых в медико-биологических исследованиях методов системного анализа. Статистический анализ проводили в системе управления базами данных «Access», электронных таблицах «Excel». Определяли следующие показатели описательной статистики: среднее арифметическое (М), ошибку среднеарифметического (м), среднеквадратичное отклонение (σ). Уровень значимости статистических тестов был принят за 0,05

Полученные результаты

Было разослано 75 приглашений пациентам, которые оперированы одноэтапным минимально инвазивным хирургическим способом, на которые откликнулся 31 пациент (группа А), что составило 41,3%. Метод анкетирования SF-36 был применен у всех явившихся пациентов, клиническое и лабораторное обследование проведено у 22 пациентов (70,9%), инструментальное обследование у 16 пациентов (51,6%). Результаты анкетирования пациентов в отдаленном послеоперационном периоде представлены в таблице 1. Как видно из таблицы 1 большинство показателей качества жизни у пациентов после холецистэктомии достоверно снижено по сравнению с контрольной группой.

В зависимости от результатов анкетирования и обследования, пациенты в группе А были разделены на следующие группы: хорошие результаты А1 (27 пациентов, что составило 87,1%), удовлетворительные результаты А2 (4 пациента, что составило 12,9%). Неудовлетворительных результатов в группе больных холестиохоангиолитиазом, оперированных одноэтапным минимально инвазивным хирургическим способом не наблюдали.

При клиническом, лабораторном и инструментальном обследовании в группе с хорошими результатами (А1–27 пациентов) отмечено, что пациенты жалоб практически не предъявляли, вели обычный образ жизни, результаты операции расценивали как хорошие, диету не соблюдали. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот мягкий и безболезненный, рубцы от стояния лапароскопических троакаров или послеоперационный рубец в правом подреберье после минопаротомии окрепшие, без признаков воспаления

и грыжевых выпячиваний. При лабораторном исследовании отклонений от показателей не выявлено. При УЗИ диаметр общего желчного протока в пределах нормы, плотность стенок его увеличена. ФГДС удалось выполнить 11 пациентам, на которой обнаружено, что у 9 пациентов патология отсутствует, а у 2 – отмечен дуоденогастральный рефлюкс с катаральными изменениями слизистой антрального отдела желудка.

При клиническом, лабораторном и инструментальном обследовании в группе с удовлетворительными результатами (А2–4 пациента) отмечено, что пациенты предъявляют жалобы на периодическое чувство дискомфорта в верхней половине живота, особенно при погрешностях в рекомендованной диете после холецистэктомии, чувство горечи во рту по утрам. Все пациенты были обследованы: при осмотре состояние удовлетворительное, живот мягкий и безболезненный, послеоперационные рубцы обычных свойств для лапароскопических операций и минопаротомии. Отклонений в лабораторных исследованиях не обнаружено. Всем пациентам этой группы были выполнены УЗИ и ФГДС. При УЗИ: стенка общего желчного протока уплотнена, расширения его просвета не выявлено. Всем пациентам этой группы выполнена ФГДС, на которой выявлен дуоденогастральный рефлюкс с катаральными изменениями слизистой антрального отдела желудка.

Пациентам, которые оперированы двухэтапным хирургическим способом, было разослано 65 приглашений. Явились 28 пациентов (группа В), что составило 43,1%. Также было установлено, что за послеоперационный период от причин,

Результат Шкалы	Группа А (n = 31)	Группа А1 (n = 27)	Группа А2 (n = 4)	Группа контроля (n = 30)	Р*
Физическое функционирование (PF)	84,6±13,4	85,9±11,9	75,5±12,3	96,2±2,2	<0,05
Физическо-ролевое функционирование (RP)	69,6±12,3	71,5±11,7	56,8±21,1	91,1±9,8	<0,01
Интенсивность боли (BP)	81,3±10,5	82,2±9,5	75,6±17,6	89,7±10,1	<0,05
Общее здоровье (GH)	54,8±12,9	55,1±21,9	53,1±23,6	73,2±17,6	<0,01
Жизненная активность (VT)	62,6±13,1	65,2±16,1	44,8±18,8	62,2±14,2	>0,05
Социальное функционирование (SF)	73,2±14,3	73,3±12,6	73,1±16,3	85,6±13,8	<0,05
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	62,3±18,5	64,3±18,5	56,7±16,5	65,5±15,0	>0,05
Психическое здоровье (MH)	62,4±13,2	65,8±13,2	57,4±20,1	63,4±14,5	>0,05

Таблица 1

Показатели качества жизни пациентов группы А в отдаленном послеоперационном периоде (M±σ)

Примечание:

статистическая значимость различий рассчитана между группой А и контрольной группой.

* – различия статистически значимы при p<0,05.

Результат Шкалы	Группа В (n = 28)	Группа В1 (n = 19)	Группа В2 (n = 6)	Группа В3 (n = 3)	Группа контроля (n = 10)	Р*
Физическое функционирование (PF)	81,0±11,1	81,9±12,1	80,1±13,5	77,5±12,8	96,2±2,2	<0,05
Физическо-ролевое функционирование (RP)	64,1±15,3	69,1±21,3	50,3±22,4	60,1±18,9	91,1±9,8	<0,01
Интенсивность боли (BP)	74,1±15,4	78,4±16,4	69,7±18,7	55,8±17,7	89,7±10,1	<0,05
Общее здоровье (GH)	46,6±18,3	44,3±23,3	52,1±21,8	49,9±24,1	73,2±17,6	<0,01
Жизненная активность (VT)	47,8±19,7	52,1±21,9	41,2±19,2	33,9±20,7	62,2±14,2	<0,05
Социальное функционирование (SF)	69,5±16,5	70,6±17,4	70,2±14,6	61,4±15,4	85,6±13,8	<0,05
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	60,7±15,3	62,5±18,2	62,9±19,3	45,3±21,1	65,5±15,0	>0,05
Психическое здоровье (MH)	53,3±18,1	54,8±22,1	54,8±15,8	41,1±17,9	63,4 ± 14,5	<0,05

Таблица 2

Показатели качества жизни пациентов группы В в отдаленном послеоперационном периоде (M±σ)

Примечание:

статистическая значимость различий рассчитана между группой В и контрольной группой

* – различия статистически значимы при p<0,05

не связанных с хирургическим лечением умерло 5 пациентов. Кроме этого, у 4 пациентов выявлены признаки рубцового рестеноза большого дуоденального сосочка, рецидивный холангиолитиаз у 4 пациентов, у 2 пациентов выявлена клиника холангита. Всем этим 10 пациентам проведено стационарное лечение с повторными хирургическими вмешательствами, у этой категории пациентов анкетирование не проводилось.

Метод анкетирования SF-36 был применен всем 28 пациентам группы В. Из них клиническое и лабораторное обследование проведено 25 пациентам (89, 3%), инструментальное – 20 пациентам (71,4%).

Результаты анкетирования пациентов группы В в отдаленном послеоперационном периоде представлены в таблице 2. Как видно из таблицы 2 большинство показателей качества жизни у пациентов после холецистэктомии достоверно снижено по сравнению с контрольной группой.

В зависимости от результатов анкетирования и обследования, пациенты были разделены на следующие группы: – хорошие результаты (В1–19 пациентов, что составило 67,8%), удовлетворительные результаты (В2–6 пациентов, что составило 21,5%), неудовлетворительные результаты (В3–3 пациента, что составило 10,7%).

При клиническом, лабораторном и инструментальном обследовании в группе В1 выявлено отсутствие жалоб по основному заболеванию, по поводу которого подверглись хирургическому лечению, пациенты вели обычный образ жизни, результатами операции были довольны и расценивали как хорошие, строго диету не соблюдали, считали себя здоровыми. При осмотре: состояние

удовлетворительное, живот мягкий и безболезненный, рубцы от стояния лапароскопических троакаров или послеоперационный рубец в правом подреберье после минилапаротомного доступа окрепшие, без признаков воспаления и грыжевых выпячиваний. При лабораторном исследовании отклонений от показателей не выявлено. При УЗИ: диаметр общего желчного протока в пределах нормы, плотность стенок его увеличена. ФГДС удалось выполнить 8 пациентам, на которой обнаружено, что у 5 пациентов патология отсутствует, у 2 – явления катарального гастродуоденита, у 1 пациента выявлен дуодено-гастральный рефлюкс с явлениями катарального антрального гастрита. Папиллотомное отверстие округлой формы, незначительного диаметра до 10 мм, из которого поступает светлая желчь.

При клиническом, лабораторном и инструментальном обследовании в группе В2 отмечено, что пациенты предъявляли жалобы на периодическое чувство дискомфорта и боли в верхней половине живота, особенно при погрешностях в рекомендованной диете после холецистэктомии, чувство горечи во рту по утрам. Пациенты старались придерживаться диеты и рекомендаций по питанию после минимально инвазивных операций, которые были получены ими при выписке из стационара, непостоянно принимали спазмолитики (папаверин, дротаверин) и различные препараты панкреатина. Трудоспособность была сохранена. Все пациенты были обследованы: при осмотре состояние удовлетворительное, живот мягкий и безболезненный, послеоперационные рубцы обычных свойств для лапароскопических и минилапаротомных

операций. Отклонений в лабораторных исследованиях не обнаружено. При УЗИ: стенка общего желчного протока уплотнена, расширения не выявлено. Всем пациентам этой группы выполнена ФГДС, на которой выявлен дуоденогастральный рефлюкс с катаральными изменениями слизистой антрального отдела желудка. Папиллотомное отверстие овальной формы, диаметром до 10–12 мм, из которого поступает светлая желчь.

При клиническом, лабораторном и инструментальном обследовании в группе В3 отмечено наличие жалоб на часто рецидивирующий болевой синдром, отсутствие положительной динамики после хирургического лечения. Пациенты вынуждены придерживаться строгой диеты и периодически госпитализировались в гастроэнтерологические отделения. Трудоспособность у них часто

утрачивалась на длительное время. При осмотре состояние расценивалось как удовлетворительное, послеоперационные рубцы без воспалительных изменений, живот мягкий, дряблый, болезненный при пальпации в эпигастральной области и правом подреберье. Особенных изменений в лабораторных показателях выявить не удалось. УЗИ и ФГДС выполнены всем пациентам этой группы. При УЗИ: некоторое расширение общего желчного протока до 12–14 мм, уплотнение его стенок, диффузные изменения в поджелудочной железе. При ФГДС: дуоденогастральный рефлюкс выявлен у всех обследованных пациентов, также атрофический, катаральный гастродуоденит. Папиллотомное отверстие округлой формы, диаметром от 10 до 15 мм, ригидные края, обильно поступает желчь в просвет кишки.

Обсуждение

Изучая качество жизни пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу холецистохолангиолитиаза, необходимо следовать следующему принципу: качество жизни пациента является показателем, без учета которого адекватно оценить эффективность хирургических вмешательств на современном этапе не представляется возможным, и проводимая оценка качества жизни является конечным этапом хирургического лечения и должна быть применена к каждому пациенту [3]. У пациентов, перенесших холецистэктомию, качество жизни достоверно ниже по целому ряду показателей по сравнению с контрольной группой. Вместе с тем, при сравнении показателей качества жизни в группах А и В (таблица 3) отмечен ряд достоверно более высоких показателей качества жизни у пациентов, оперированных одноэтапным минимально инвазивным хирургическим способом по сравнению с пациентами, оперированными двухэтапным хирургическим способом.

Рекомендации, данные пациентам непосредственно после операционного лечения включали: соблюдение диеты (100%), прием спазмолитиков (81,4%) и препаратов панкреатина (71,2%). Вместе с тем, холецистэктомию не устраняет основной этиопатогенетический фактор - литогенные свойства желчи. Однако, к сожалению, ни одному из пациентов рекомендации по последующему приему препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) не были даны. Известно, что УДХК не только снижает литогенность желчи (профилактика камнеобразования), но и ликвидирует дефицит желчных кислот в организме и тем самым устраняет хроническую билиарную недостаточность, а также обладает антихолестатическим, антиоксидантным и цитопротективным (защищает эпителиоциты желудка, кишечника, желчных путей от контакта с токсичными гидрофобными желчными кислотами) действием [17, 18]. Применение у пациентов после холецистэктомии УДХК можно рассматривать в качестве патогенетической терапии. Большинство специалистов указывают на необходимость постоянного приема УДХК однократно вечером после

холецистэктомии в дозе от 1-й капсулы (250 мг) до 2–3-х капсул. В литературе можно найти и другие рекомендации: прием УДХК месячными курсами каждый 2-й или 3-й месяц, а также проведение 2-х курсов в год по 50 дней (1 капсула вечером) [19].

На амбулаторно-поликлиническом этапе курации участковым терапевтом или гастроэнтерологом были назначены препараты УДХК 10 пациентам из группы А и 9 пациентам из группы В, все они входили в подгруппы с хорошими результатами А1 и В1. Показатели качества жизни у пациентов, получавших препараты УДХК были лучше, чем у пациентов, не принимавших препараты УДХК (таблица 4).

В течение длительного времени в РФ препараты с международным непатентованным наименованием «урсодезоксихолевая кислота» были представлены двумя европейскими дженерическими препаратами Урсофальк и Урсосан, конкуренции с которыми не выдержал оригинальный препарат УДХК Урсо (Токуо Tanabe Co., Япония), появившийся в РФ позже дженериков и ушедший с рынка РФ в 2002 г. В настоящее время Урсо присутствует только на фармрынках Японии и Канады, на российском рынке представлены лишь дженерические препараты УДХК [20–22].

Однако, необходимо отметить, что не все препараты УДХК соответствуют требованиям, предъявляемым к качественным дженерикам, и не демонстрируют в клинической практике сопоставимый терапевтический эффект. Причем существенным моментом, влияющим на качество препарата, является качество субстанции [23–25].

В 2009 году в РФ зарегистрирован отечественный генерик УДХК – препарат Урдокса® (АО ФП «Оболенское»), обладающий характеристиками, позволяющими рассматривать его в качестве препарата выбора для первичной и вторичной профилактики ЖКБ, проведения литолитической терапии. Урдокса производится из европейской субстанции (Industria Chimica Emiliana) по стандартам GMP на российском производстве, что позволяет использовать в клинической практике

Результат Шкалы	Группа А (n = 31)	Группа В (n = 28)	p*
Физическое функционирование (PF)	84,6±13,4	81,0±11,1	>0,05
Физическо-ролевое функционирование (RP)	69,6±12,3	64,1±15,3	>0,05
Интенсивность боли (BP)	81,3±10,5	74,1±15,4	<0,05
Общее здоровье (GH)	54,8±12,9	46,6±18,3	<0,05
Жизненная активность (VT)	62,6±13,1	47,8±19,7	<0,05
Социальное функционирование (SF)	73,2±14,3	69,5±16,5	>0,05
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	62,3±18,5	60,7±15,3	>0,05
Психическое здоровье (MH)	62,4±13,2	53,3±18,1	<0,05

Таблица 3

Показатели качества жизни пациентов групп А и В в отдаленном послеоперационном периоде (M±σ)

Примечание:

статистическая значимость различий рассчитана между группами А и В.

* – различия статистически значимы при p<0,05.

Результат Шкалы	Группа А без УДХК (n = 21)	Группа А +УДХК (n = 10)	Группа В без УДХК (n = 19)	Группа В +УДХК (n = 9)
Физическое функционирование (PF)	82,5±12,5	88,9±12,8	80,3±11,4	82,4±12,3
Физическо-ролевое функционирование (RP)	65,4±12,3	78,5±11,7*	59,8±13,3	73,1±15,3*
Интенсивность боли (BP)	79,4±10,8	85,2±10,4	71,1±12,5	80,4±12,3*
Общее здоровье (GH)	51,3±12,7	62,1±15,8*	45,8±12,7	48,3±13,3
Жизненная активность (VT)	62,3±14,1	63,2±13,1	44,8±13,7	54,1±13,9*
Социальное функционирование (SF)	70,3±13,3	79,3±12,7*	68,5±12,5	71,6±14,4
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	61,3±16,5	64,4±15,5	59,3±14,3	63,5±12,2
Психическое здоровье (MH)	62,4±13,2	65,8±13,2	50,7±12,1	58,8±13,1*

Таблица 4

Показатели качества жизни пациентов группы А и В в отдаленном послеоперационном периоде (M±σ) в зависимости от приема препаратов УДХК

Примечание:

статистическая значимость различий рассчитана в подгруппах групп А и В в зависимости от применения/не применения препаратов УДХК

* – различия статистически значимы при p<0,05.

препарат высокого качества по привлекательной цене, что особенно значимо при курсовом приеме.

Урдокса входит в перечень жизненно важных лекарственных средств. Благодаря доступной цене препарат может с успехом заменять более дорогие аналоги в рамках международного непатентованного названия УДХК [24, 25].

Девятилетний опыт использования препарата Урдокса продемонстрировал высокую терапевтическую эффективность и безопасность его применения у пациентов с различной патологией гепатобилиарной системы, подтвержденные

исследованиями, проведенными в авторитетных медицинских центрах [24–34].

В обзорах, опубликованным в 2017 году и посвященным применению препаратов УДХК при различной патологии гепатобилиарной системы отмечается, что Урдокса® – это эффективный препарат для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей, который является «золотой серединой» среди препаратов УДХК, так как сочетает в себе высокое качество итальянской субстанции и доступную стоимость курса лечения [35–39].

Заключение

Таким образом, проведенный сравнительный анализ эффективности одноэтапного минимально инвазивного и двухэтапного хирургического лечения больных с холецистохолангиолитиазом выявил определенную диспропорцию уровня качества жизни между этими группами. Полученные результаты проведенного исследования свидетельствуют о несомненном преимуществе одноэтапного

минимально инвазивного хирургического лечения больных с холецистохолангиолитиазом.

Показатели качества жизни у пациентов, принимавших на послеоперационном этапе курации препараты УДХК, были лучше в сравнении с пациентами, не принимавшими УДХК, что может служить дополнительным основанием к назначению препаратов УДХК после холецистэктомии.

Литература

1. Лазебник Л. Б., Копанева М. И., Ежова Т. Б. Сравнительное исследование качества жизни у больных желчнокаменной болезнью и постхолецистэктомическим синдромом. Материалы 5-го Славяно-Балтийского научного форума. Санкт-Петербург. Гастро, 2003;2–3:93.
2. Лазебник Л. Б., Копанева М. И., Ежова Т. Б. Потребность в медицинской помощи после оперативных вмешательств на желудке и желчном пузыре (Обзор лит. и собств. наблюдения). Терапевтический архив. 2004; 2: 83–7
3. Минушкин О. Н. Синдром после холецистэктомии в практике терапевта и гастроэнтеролога. Лечащий врач. 2015; 2: 40–7.
4. Минушкин О. Н., Гусева Л. В., Бурдина Е. Г. и др. Больные после удаления желчного пузыря. Всегда ли это постхолецистэктомический синдром? Медицинский совет. 2016;14: 122–8.

5. *Винокуров М. М., Павлов И. А., Гоголев Н. М. и др.* Хирургическое лечение больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой. *Анналы хирургической гепатологии.* 2004;2:114–5.
6. *Collins C., Maguire D., Ireland A.* A prospective study of common bile duct calculi in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: natural history of choledocholithiasis revisited. *Ann. Surg.* 2004;1: 28–33.
7. *Ветшев П. С., Чилингарики К. Е., Инполитов Л. И., Шпаченко Ф. А.* Качество жизни больных после различных способов холецистэктомии. *Анналы хирургической гепатологии.* 2003;1:72–9.
8. *Бебуришвили А. Г., Быков А. В., Зюбина Е. Н., Бурчуладзе Н. Ш.* Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита. *Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова.* 2005;1: 43–7.
9. *Быстровская Е. В., Ильченко А. А.* Отдаленные результаты холецистэктомии. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2008; 5: 23–7.
10. *Алиев Ю. Г., Курбанов Ф. С., Попович В. К. и др.* Малоинвазивное хирургическое лечение острого и осложненного калькулезного холецистита. *Московский хирургический журнал.* 2014;2: 35–8.
11. *Franks P., Lubetkin E., Gold M. R. et al.* Mapping the SF-12 to the EuroQol EQ-5D Index in a National US Sample. *Medical Decision Making.* 2004. 24(3), 247–254. doi: 10.1177/0272989X04265477.
12. *Brazier J., Roberts J., & Deverill M.* The Estimation of a Preference-based Measure of Health from the SF-36. *Journal of Health Economics.* 2004. 21(2), 271–292
13. *Новик А. А.* Исследование качества жизни в медицине: учеб. Пособие. М., ГЭОТАР-МЕД. 2004. 304 с.
14. *Quintana J. M., Cabriada J., Arostegui I. et al.* Quality-of-life outcomes with laparoscopic vs open cholecystectomy *Surg.Endosc.* 2003;17:1129–34.
15. *Черкасов М. Ф., Кузьменко В. Л.* Возможность прогнозирования отдаленных результатов холецистэктомии. *Современные проблемы науки и образования.* 2016;3: 178–87
16. *Савченко Ю. П., Бенсман В. М., Карипиди Г. К. и др.* Отдаленные результаты хирургического лечения холецистита в зависимости от способа холецистэктомии. *Кубанский научный медицинский вестник.* 2016;5: 98–101.
17. *Трухан Д. И.* Рациональная фармакотерапия в гастроэнтерологии. *Справочник поликлинического врача.* 2012;10: 18–24.
18. *Трухан Д. И., Филимонов С. Н., Тарасова Л. В.* Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей. *Новокузнецк: ООО «Полиграфист».* 2013. 111 с.
19. *Трухан Д. И., Филимонов С. Н., Тарасова Л. В.* Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний печени и поджелудочной железы. *Новокузнецк: ООО «Полиграфист».* 2013. 154 с.
20. *Трухан Д. И., Тарасова Л. В.* Лекарственная безопасность и рациональная фармакотерапия в гастроэнтерологической практике. *Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии.* 2013; 5: 9–16.
21. *Тарасова Л. В., Трухан Д. И.* Лекарственная безопасность в гастроэнтерологии. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2013; 4: 81–7.
22. *Трухан Д. И.* Выбор лекарственного препарата с позиций рациональной фармакотерапии. *Consilium Medicum.* 2013; 11: 45–9.
23. *Трухан Д. И.* Оригиналы и генерики: перезагрузка в свете экономического кризиса. *Справочник поликлинического врача.* 2012;4: 32–6.
24. *Казюлин А. Н.* Место урсодезоксихолевой кислоты в терапии неалкогольной жировой болезни печени на разных стадиях заболевания: стеатоз, стеатогепатит, фиброз/цирроз. *РМЖ.* 2017;17: 1248–57
25. *Казюлин А. Н., Гончаренко А. Ю., Калягин И. Е.* Применение урсодезоксихолевой кислоты в профилактике и лечении желчнокаменной болезни в практике врачей «первого контакта». *РМЖ «Медицинское обозрение».* 2017;2: 80–7
26. *Эсауленко Е. В., Никитина О. Е., Дунаева Н. В. и др.* Опыт применения урсодезоксихолевой кислоты («Урдокса») в комплексной терапии хронического вирусного гепатита. *Журнал инфектологии.* 2011;3: 42–5.
27. *Сологуб Т. В., Осиновец О. Ю.* Опыт применения препарата «Урдокса» у больных хроническим гепатитом в стадии цирроза. *TERRA MEDICA.* 2012; 2: 9–17.
28. *Барановский А. Ю., Райхельсон К. Л., Семенов Н. В., Солоницын Е. Г.* Принципы лечения холестатических заболеваний печени. *Лечащий врач.* 2012;7: 43–9.
29. *Зиновьева Е. Н., Мехтиев С. Н., Мехтиева О. А.* Современные аспекты патогенетического лечения неалкогольной жировой болезни печени. *Эффективная фармакотерапия.* 2012;26: 24–9.
30. *Веселова Е. Н., Алексеев Е. Е., Мкртчян Л. С.* Место урсодезоксихолевой кислоты в современной гепатологии. *Медицинский вестник Юга России.* 2012;1: 36–9.
31. *Авалуева Е. Б., Ткаченко Е. И., Сказываева Е. В. и др.* Эффективность урсодезоксихолевой кислоты в терапии неалкогольной жировой болезни печени, ассоциированной с метаболическим синдромом. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2013; 11: 26–30.
32. *Зубрицкий В. Ф., Гибадулин Н. В., Костюченко М. В.* Профилактика послеоперационного гепаторенального синдрома. *Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология № 1.* 2013; 7: 42–8.
33. *Костюченко Л. Н.* Нутриционная поддержка при постколрезекционном (постколэктомическом) синдроме: что нового? *Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология № 3.* 2013; 3 (31): 10–4.
34. *Трухан Д. И., Викторова В. И.* Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей в практике врача первого контакта. *Пассивное ожидание или активное наблюдение? Медицинский совет.* 2016; 14:109–15
35. *Мязин Р. Г.* Место урсодезоксихолевой кислоты в лечении хронического вирусного гепатита. *Медицинский совет.* 2017;4: 31–5.
36. *Пиманов С. И., Макаренко Е. В.* Идиосинкразические лекарственные поражения печени: диагностика и лечение. *Медицинский совет.* 2017;5:100–7.
37. *Цуканов В. В., Тонких Ю. Л., Васютин А. В.* Рекомендации по ведению больных с функциональными расстройствами желчного пузыря и сфинктера Одди. *Медицинский совет.* 2017;11: 100–3.
38. *Шульпекова Ю. О., Шульпекова Н. В., Семенистая М. Ч. и др.* Клиническое и патогенетическое обоснование применения урсодезоксихолевой кислоты в лечении желчнокаменной болезни. *РМЖ.* 2017;10: 745–9.
39. *Казюлин А. Н.* Место урсодезоксихолевой кислоты в терапии неалкогольной жировой болезни печени на разных стадиях заболевания: стеатоз, стеатогепатит, фиброз / цирроз. *Медицинский алфавит.* 2017;40: 50–60.

Reference

- Lazebnik L. B., Kopaneva M. I., Ezhova T. B. Sravnitel'noe issledovanie kachestva zhizni u bol'nykh zhelchnokamennoi boleznyu i postkholestektomicheskim sindromom. Materialy 5-go Slavyano-Baltiiskogo nauchnogo foruma. Sankt-Peterburg. Gastro, 2003; 2–3:93.
- Lazebnik L. B., Kopaneva, I.M., Ezhova T. B. Need for medical care after surgery on the stomach and gall bladder (Review of references and own observations). Terapevtichesky Arkhiv, 2004, 2: 83–87.
- Minushkin O. N. Syndrome after cholecystectomy in the practice of the therapist and the gastroenterologist. Lechaschy Vrach, 2015, 2: 40–47.
- Minushkin O. N., Guseva L. V., Burdina E. G. i dr. Bol'nye posle udaleniya zhelchnogo puzыrya. Vsegda li eto postkholestektomicheskii sindrom? Medical Advice. 2016;14: 122–8.
- Vinokurov M. M., Pavlov I. A., Gogolev N. M. i dr. Khirurgicheskoe lechenie bol'nykh ostrym kal'kuleznym kholestistom, oslozhnennym kholeddokholitiazom i mekhanicheskoi zheltukhoi. Annaly khirurgicheskoi gepatologii. 2004;2:114–5.
- Collins C., Maguire D., Ireland A. A prospective study of common bile duct calculi in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: natural history of choledocholithiasis revisited. Ann. Surg. 2004;1: 28–33.
- Vetshev P.S., Chilingaridi K.E., Ippolitov L. I. et al. Life quality of patients after various methods of cholecystectomy. Annaly khirurgicheskoi gepatologii, 2003; 8 (1): 72–79.– (In Russ.)
- Beburishvili A. G., Bykov A. V., Zyubina E. N., Burchuladze N. Sh. Evolyutsiya podkhodov k khirurgicheskomu lecheniyu oslozhnennogo kholestistita. Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova. 2005;1: 43–7.
- Bystrovskaya E. V., Ilchenko A. A. Otdalennye rezul'taty kholestektomii. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2008; 5: 23–27.
- Aliev Yu. G., Kurbanov F. S., Popovich V. K. et al. Maloinvazivnoe khirurgicheskoe lechenie ostrogo i oslozhnennogo kal'kuleznogo kholestistita. Moscow Surgical Journal. 2014; 2: 35–8.
- Franks, P., Lubetkin, E., Gold, M. R. et al. Mapping the SF-12 to the EuroQol EQ-5D Index in a National US Sample. Medical Decision Making. 2004. 24(3), 247–254. doi: 10.1177/0272989X04265477.
- Brazier J., Roberts J. & Deverill M. The Estimation of a Preference-based Measure of Health from the SF-36. Journal of Health Economics. 2004. 21(2), 271–292
- Novik A. A. Issledovanie kachestva zhizni v meditsine: ucheb. posobie. M., GEOTAR-MED. 2004. P. 304
- Quintana J.M., Cabriada J., Arostegui I. et al. Quality-of-life outcomes with laparoscopic vs open cholecystectomy Surg. Endosc. 2003;17:1129–34.
- Cherkasov M. F., Kuzmenko V. L. Possibility of forecasting cholecystectomy long-term results. Modern problems of science and education. 2016;3: 178–87
- Savchenko Y. P., Bensman V. M., Karipidi G. K., Gumenyuk S. E., Suzdaltsev I. V. Long-term results of surgical treatment of cholecystitis, depending on the method of cholecystectomy Kuban Scientific Medical Bulletin 2016;5: 98–101
- Trukhan D. I. Rational pharmacotherapy in gastroenterology. Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2012; 10: 18–24. (In Russ.)
- Trukhan D. I., Filimonov S. N., Tarasova L. V. Klinika, diagnostika i lechenie osnovnykh zabolovaniy zhelchnogo puzыrya i zhelchevyvodyashchikh putei. Novokuznetsk: OOO.Poli-grafist., 2013. p. 111
- Trukhan D. I., Filimonov S. N., Tarasova L. V. Klinika, diagnostika i lechenie osnovnykh zabolovaniy zhelchnogo puzыrya i zhelchevyvodyashchikh putei. Novokuznetsk: OOO.Poli-grafist., 2013. p.154
- Trukhan D. I., Tarasova L. V. Drug safety and rational drug therapy in gastroenterologic practice. Klinicheskiye Perspektivy Gastroenterologii, Hepatologii, 2013, 5: 9–16.
- Tarasova L. V., Trukhan D. I. Drug safety in gastroenterology. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya 2013; 4: 81–7.
- Trukhan D. I. Vybór lekarstvennogo preparata s pozitsii ratsional'noi farmakoterapii. Consilium Medicum. 2013; 11:45–9.
- Trukhan D. I. Originaly i generiki: perezagruzka v svete ekonomicheskogo krizisa. Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2012;4: 32–6.
- Kazyulin A. N. Place of ursodeoxycholic acid in the therapy of non-alcoholic fatty liver disease at different stages: steatosis, steatohepatitis, fibrosis / cirrhosis. RMJ. 2017. № 17. P. 1248–1257.
- Kazyulin A. N., Goncharenko A. Yu., Kalyagin I. E. Application of ursodeoxycholic acid for prevention and treatment of cholelithiasis in the practice of the first contact physicians. RMJ. MEDICAL REVIEW. 2017. № 2. P. 80–87.
- E. V. Esaulenko, O. E. Nikitina, N. V. Dunaeva, A. N. Uskov, T. L. Mogilevets. Clinical experience with ursodeoxycholic acid (Urdoxa) in complex therapy of chronic viral hepatitis. Journal Infectology 2011; 3: 42–5. (In Russ.)
- Sologub T. V., Osinovets O. Y. Experience of application of Urdox drug in patients of chronic hepatitis in the cirrhosis stage. Terra Medica, 2012, 2: 9–17. (In Russ.)
- Baranovskii A. Yu., Raikhel'son K. L., Semenov N. V., Solonitsyn E. G. Principles of cholestatic liver diseases treatment. Lechashchii vrach. 2012; 7: 43–9. (In Russ.)
- Zinovieva E. N., Mekhtiev S. N., Mekhtieva O. A. Modern aspects of pathogenetic therapy of non-alcoholic fatty liver disease. Effective Pharmacotherapy. Gastroenterology. 2012;26: 24–9. (In Russ.)
- Veselova E. N., Alekseev E. E., Mkrtychyan L. S. Place ursodeoxycholic acid in modern hepatology. Medical bulletin of the South Russia. 2012; 1: 36–9.
- Avalueva EB, Tkachenko EI, Skazyevaeva EV et al. Efficiency of ursodeoxycholic acid therapy in non-alcoholic fatty liver disease associated with metabolic syndrome. Experimental and clinical gastroenterology/ Eksp Klin Gastroenterol. 2013; 11: 26–30. (In Russ.)
- Zubritsky V. F., Gibadulin N. V., Kostyuchenko M. V. Prevention of post-operation hepatorenal syndrome. Effective Pharmacotherapy. Gastroenterology. 2013; 1: 42–8. (In Russ.)
- L. N. Kostyuchenko. Nutritional support for postcolectomy syndrome: what's new? Effective Pharmacotherapy. Gastroenterology. 2013; 3 (31): 10–4 (In Russ.)
- Trukhan D. I., Viktorova I. A. Gallbladder disease and biliary tract in practice doctor first contact: passive waiting or active surveillance. Medical Advice. 2016; 14:109–15 DOI: http://dx.doi.org/10.21518/2079–701X-2016–14–109–115
- Myazin R. G. The role of ursodeoxycholic acid in the treatment of chronic viral hepatitis. Medical Advice. 2017;4: 31–5. DOI: http://dx.doi.org/10.21518/2079–701X-2017–4–31–35
- Pimanov S. I., Makarenko E. V. Idiosyncratic drug-induced liver injury: diagnosis and treatment. Medical Advice. 2017; 5:100–7. (In Russ.)
- Tsukanov V. V., Tonkikh Yu. L., Vasyutin A. V. Recommendations for management of patients with functional disorders of the gall bladder and sphincter of Oddi. Medical advice. 2017; 11: 100–3. (In Russ.)
- Shul'pekova Yu. O., Shul'pekova N. V., Semenistaya M. Ch. Clinical and pathogenetic substantiation of the use of ursodeoxycholic acid in the treatment of cholelithiasis. Russian Medical Journal. 2017; 10: 745–9. (In Russ.)
- Kazyulin A. Place of ursodeoxycholic acid in the therapy of non-alcoholic fatty liver disease at different stages of the disease: steatosis, steatohepatitis, fibrosis / cirrhosis. MEDICAL ALPHABET. 2017; 40: 50–60 (In Russ.)