

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ХОЛЕСТЕРОЗОМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Иванченкова Р. А., Атькова Е. Р.

Первый МГМУ им. И. М. Сеченова

Атькова Евгения

E-mail: panacea@inbox.ru

РЕЗЮМЕ

Цель: исследовать качество жизни больных ЖКБ и ХЖП на фоне медикаментозной терапии и после хирургического лечения.

Материалы и методы: обследовано 60 больных ЖКБ и ХЖП, леченных консервативно, 75 больных ЖКБ и ХЖП, леченных хирургически, группа сравнения — 35 человек в возрасте $20,6 \pm 1,2$. Проведено анкетирование с использованием опросников GIC, SF-36; УЗИ, обзорная рентгенография, КТ органов брюшной полости, холецистография; исследовали спектр липидов крови.

Результаты: при ЖКБ снижение КЖ выявлено у 92,8% больных по всем шкалам, прогрессирующее в период обострения заболевания (58,3%). Общий балл КЖ снижен (до $92,5 \pm 7,0$) при сравнении с КГ ($346,7 \pm 8,2$, $p < 0,001$) и максимальными баллами (410,0). Консервативная терапия улучшает КЖ больных ЖКБ в 50,7% случаев по всем шкалам. Общий балл повысился до $155,9 \pm 5,6$, $p < 0,001$, однако оставался ниже, чем в КГ.

При ХЖП снижение КЖ выявлено у 75,8% больных, по всем шкалам, прогрессирует в период обострения заболевания (40,8%). Связь ухудшения КЖ с длительностью рецидива заболевания устойчива ($p < 0,001$). Консервативная терапия улучшает КЖ больных ХЖП в 54,1% случаев по всем шкалам. Общий балл увеличился с $51,9 \pm 5,5$ до $135,1 \pm 2,6$ ($p < 0,001$), однако оставался ниже, чем в КГ.

КЖ больных ЖКБ снижено в большей степени, чем при ХЖП. У больных ЖКБ основными факторами снижения КЖ являются боль (34,5% и 100% в период обострения заболевания) и отказ от употребления привычной ранее пищи (62,0%) из-за боязни возникновения болевого приступа, при ХЖП — эмоциональный фактор (66,9% — мысли о неотвратимости оперативного лечения и возможности малигнизации).

При ЖКБ КЖ больных до ХЭ снижено (93,6%) в большей степени, чем у больных до проведения консервативной терапии за счет болевого фактора (65,4%), общий балл составил $86,4 \pm 5,1$ и $92,5 \pm 7,0$, соответственно, $p < 0,05$. Основными факторами различия КЖ являются болевой симптом (65,4% и 35,7%) и эмоциональный фактор. Факторами повышения КЖ после ХЭ (59,1%) являются устранение болевого приступа (100%), нормализация стула. Общий балл повысился с $86,4 \pm 5,1$ до $128,4 \pm 6,3$, $p < 0,001$, однако оставался ниже, чем в КГ ($p < 0,001$) и при сравнении с максимальными баллами ($p < 0,001$).

При ХЖП качество жизни больных до ХЭ снижено (95,1%) в большей степени, чем у больных до проведения консервативной терапии (75,8%), за счет эмоционального фактора: мысли о возможности малигнизации. Общий балл составил $40,2 \pm 5,3$ и $51,9 \pm 5,5$, соответственно, $p < 0,05$. Хирургическое лечение улучшает КЖ больных ХЖП (61,8%) по всем шкалам. Общий балл повысился с $40,2 \pm 5,3$ до $122,6 \pm 6,0$, $p < 0,001$, однако оставался ниже, чем в КГ ($p < 0,001$) и при сравнении с максимальными баллами ($p < 0,001$).

Заключение: представленные результаты позволяют рекомендовать консервативную терапию больным ЖКБ в качестве метода выбора при наличии показаний для ее проведения. Определяющим фактором литотерапии является плотность конкремента, измеряемая при КТ. При невозможности осуществления консервативной терапии необходимо своевременное хирургическое лечение ЖКБ до развития необратимых изменений в органах гепатодуоденопанкреатической системы.



SUMMARY

Objective: to investigate the quality of life of patients with gallstone disease and gall bladder cholelithiasis on a background of conservative therapy and after surgery.

Materials and Methods: the study involved 60 patients with GSD and GBC treated conservatively, 75 patients with GSD and GBC treated surgically, the control group — 35 men aged of $20,6 \pm 1,2$. A survey using questionnaires GIC, SF-36, ultrasound, radiography, CT of the abdomen, cholecystography, examined the range of blood lipids.

Results: reduction in QOL in the CL was detected in 92.8% of patients on all scales, progressing during the exacerbation of the disease (58.3%). The overall QOL score was reduced (up to $92,5 \pm 7,0$) when compared with CG ($346,7 \pm 8,2$, $p < 0,001$) and the maximum score (410.0). Conservative therapy improves the QOL of patients with gallstone disease in 50.7% of cases at all scales. The overall score increased to $155,9 \pm 5,6$, $p < 0,001$, but remained lower than in the CG. When GBC reduced QOL was found in 75.8% of patients on all scales, progressing during the exacerbation of the disease (40.8%). Contact of worsening QOL with the duration of relapse stable disease ($p < 0,001$). Conservative therapy improves the QOL of patients with GBC in 54.1% of cases at all scales. The overall score has increased from $51,9 \pm 5,5$ to $135,1 \pm 2,6$ ($p < 0,001$), but remained lower than in the CG. QOL of patients with GSD and GBC reduced by all indicators, the GSD to a greater extent. In patients with GSD main factors reducing the QOL are pain (34.5% and 100% in the period of exacerbation of the disease) and non-use of previously familiar food (62.0%) because of fear of pain attack at GBC — emotional quotient (66.9% — thought about the inevitability of surgery and the possibility of malignancy). When GSD QOL of patients before CE decreased (93.6%) to a greater extent than in patients prior to conservative treatment due to the pain factor (65.4%), total score amounted to $86,4 \pm 5,1$ and $92,5 \pm 7,0$, respectively, $p < 0,05$. The main factors of nuclear explosion-QOL differences were pain attacks (65.4% and 35.7%) and emotional quotient. The factors of higher-QOL after the CE (59.1%) are the elimination of pain attack (100%), normalization of stool. The total score improved from $86,4 \pm 5,1$ to $128,4 \pm 6,3$, $p < 0,001$, but remained lower than in the CG ($p < 0,001$) and a comparison with the highest scores ($p < 0,001$). When GBC quality of life of patients before CE decreased (95.1%) to a greater extent than in patients prior to conservative treatment (75.8%) due to emotional factors: the thought of the possibility of malignancy. The total score was $40,2 \pm 5,3$ and $51,9 \pm 5,5$, respectively, $p < 0,05$. Surgical treatment improves QOL of patients with GBC (61.8%) in all major scales. The total score improved from $40,2 \pm 5,3$ to $122,6 \pm 6,0$, $p < 0,001$, but remained lower than in the CG ($p < 0,001$) and a comparison with the highest scores ($p < 0,001$).

Conclusion: the results allow us to recommend a conservative therapy for cholelithiasis patients as a method of choice in the presence of indications for its place-of. The determining factor is the density of lithotherapy concrement, as measured by CT. In case of impossibility of conservative therapy should prompt surgical treatment of cholelithiasis before the development of irreversible changes in the organs of hepatopancreatoduodenal system.

Консервативная терапия желчнокаменной болезни (ЖКБ) препаратами желчных кислот признана во всем мире и дает хорошие результаты (60–70%) при соблюдении всех параметров лечения. В последнее время эти препараты применяются и для лечения полипозных форм холестероза желчного пузыря (ХЖП) [1, 2]. Однако проведенный нами ретроспективный анализ результатов лечения показал, что рецидив заболевания выявляется у $10,3 \pm 2,4\%$ больных ЖКБ и $19,7 \pm 4,6\%$ больных ХЖП.

Несмотря на интенсивное внедрение консервативной терапии в клиническую практику, холецистэктомия (ХЭ) остается эффективным методом

лечения и ЖКБ, и ХЖП. Однако ХЭ не приводит к полному излечению больных, т. к. в 85% случаев хронические заболевания желчевыводящих путей (ХЗЖВП) сопровождаются поражением органов гепатодуоденопанкреатической системы, анатомически и функционально тесно связанных между собой [1]. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения больных ЖКБ и ХЖП показал, что удовлетворительное самочувствие после удаления желчного пузыря (ЖП) наблюдается лишь у $53,0 \pm 5,0\%$ и $50,0 \pm 5,3\%$ больных, соответственно.

Рецидивы после проведения консервативной терапии, осложнения после хирургического лечения

Таблица 1

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ЖКБ ДО ЛЕЧЕНИЯ ПО ОПРОСНИКУ GIC			
Исследуемые факторы	Результаты анкетирования больных (n = 60)		
	ЖКБ	КГ (n = 35)	Максим. баллы
Пузырные	4,3 ± 1,3 (92,8%)	9,8 ± 1,0, <i>p</i> < 0,01*	10,0
Социальные	7,6 ± 1,7 (25,3%)	8,9 ± 1,3, <i>p</i> = 0,6	10,0
Эмоциональные	30,8 ± 2,3 (98,0%)	103,5 ± 4,7, <i>p</i> < 0,001*	120,0
Диспепсия	17,6 ± 1,7 (93,8%)	86,2 ± 3,6, <i>p</i> < 0,001*	100,0
а. боль	35,7%	0	0
б. неустойчивый стул	28,4%	0	0
в. чувство тошноты	9,7%	0	0
Ограничения в питании	22,8 ± 1,5 (100%)	64,9 ± 4,0, <i>p</i> < 0,001*	70,0
Общий балл	92,5 ± 7,0	346,7 ± 8,2, <i>p</i> < 0,001*	410,0

Примечание: * достоверность при *p* < 0,05.

Таблица 2

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ЖКБ ПОСЛЕ ХЭ ПО ОПРОСНИКУ GIC				
Исследуемые факторы	Результаты анкетирования больных после холецистэктомии (n = 75)			
	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев	КГ (n = 35)	Максим. баллы
Пузырные	—	—	9,8 ± 1,0	10,0
Социальные	9,3 ± 1,8 (27,7%)	9,3 ± 1,8 (27,7%)	8,9 ± 1,3, <i>P</i> = 0,6	10,0
Эмоциональные	21,9 ± 3,1 (69%)	32,6 ± 2,9 (66,1%)	103,5 ± 4,7, <i>p</i> < 0,001*	120,0
Диспепсия	20,1 ± 2,6 (76,3%)	35,5 ± 3,2 (62%)	86,2 ± 3,6, <i>p</i> < 0,001*	100,0
а. боль	25,8%	14,7%	0	0
б. неустойчивый стул	8,1%	4,3%	0	0
в. чувство тошноты	2,8%	0%	0	0
Ограничения в питании	24,6 ± 3,0 (83,4%)	33,6 ± 3,5 (71,6%)	64,9 ± 4,0, <i>p</i> < 0,001*	70,0
Общий балл	96,9 ± 5,2	128,4 ± 6,3	346,7 ± 8,2, <i>p</i> < 0,001*	410,0

Примечание: * достоверность при *p* < 0,05.



этих заболеваний ставят перед врачом задачу четко определить критерии целесообразности проведения консервативной терапии, сроки оперативного лечения. Значительную роль в решении этой задачи может играть определение качества жизни (КЖ) больного.

Оценку КЖ больных ЖКБ начали использовать в практической медицине с конца 90-х годов [3]. В нашей стране публикации по этой теме немногочисленны [4, 5]. Данных об исследовании КЖ больных ХЖП, а также сравнительного анализа КЖ больных ЖКБ с ХЖП нет ни в отечественной, ни в зарубежной литературе.

Цель представленного исследования — изучить КЖ больных ЖКБ и ХЖП на фоне медикаментозной терапии и после хирургического лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования проводили в двух группах: Ia группа — 60 больных ЖКБ, леченных консервативно, возраст $43,4 \pm 0,6$ лет (женщин 34), Ib группа — 60 больных ХЖП, леченных консервативно, возраст $41,8 \pm 0,4$ лет (женщин 31); IIa группа — 75 больных ЖКБ, леченных хирургически, возраст $44,7 \pm 0,5$ лет (женщин 54), IIб группа — 75 больных ХЖП, леченных хирургически, возраст $42,5 \pm 0,3$ лет (женщин 38). Группу сравнения составили 35 человек в возрасте $20,6 \pm 1,2$ лет (из них 16 женщин) без признаков заболеваний органов пищеварения, а также сердечно-сосудистой системы.

Проведено комплексное клиническое обследование: УЗИ, обзорная рентгенография, КТ органов брюшной полости, холецистография; исследовали спектр липидов крови.

С целью комплексной оценки КЖ больных ХЗЖВП в динамике были использованы опросники GIC и SF-36, с помощью которых проводилось первичное (до лечения) и повторное (через год после начала терапии, через 6 и 12 месяцев после ХЭ) анкетирование больных. GIC (*Gallstone Impact Checklist*) — специализированный для заболеваний ЖП опросник III типа, позволяющий отразить проблемы, характерные для конкретного заболевания. SF-36 — общий опросник II типа, применяемый для оценки КЖ как у больных, так и у здоровых людей.

Результаты обработаны при помощи IBM с использованием статистического пакета «Биостат». Достоверность различий показателей считали при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование общих факторов КЖ при ХЗЖВП по опроснику SF-36 менее информативно, чем определение частных факторов по опроснику GIC ($p >$

$0,06$), поэтому далее приводятся данные только по опроснику GIC.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХЗЖВП, ЛЕЧЕННЫХ КОНСЕРВАТИВНО

При ЖКБ снижение КЖ выявлено у 92,8% больных (табл. 1), по шкале пузырных факторов — 92,8%, $p < 0,01$, диспепсии — 93,8%, $p < 0,001$, питания — 100% $p < 0,001$, эмоциональной — 98,0%, $p < 0,001$ и социальной — 25,3%, $p = 0,6$ сферы; прогрессирует в период обострения заболевания (58,3%). Общий балл КЖ снижен (до $92,5 \pm 7,0$) при сравнении с КГ ($346,7 \pm 8,2$, $p < 0,001$) и максимальными баллами (410,0).

Связь ухудшения КЖ с длительностью рецидива заболевания устойчива ($p < 0,001$). Основными факторами снижения КЖ являются болевой симптом (35,7% и 100% в период обострения), неустойчивый стул (28,4%), эмоциональный (75,7%, постоянные мысли о болезни) фактор.

Консервативная терапия улучшает КЖ больных ЖКБ в 50,7% случаев по всем основным шкалам: пузырным факторам (42,1%), диспепсии (48,3%, $p < 0,001$), питания (49,5%, $p < 0,001$), эмоциональной сферы (54,4%, $p < 0,01$). Общий балл повысился до $155,9 \pm 5,6$, $p < 0,001$, однако оставался ниже, чем в контрольной группе (рис. 1).

Факторами улучшения КЖ являются устранение болевого приступа (100%), снижение (исчезновение) частоты возникновения и интенсивности проявления болевого симптома (пузырные баллы $9,7 \pm 0,9$ против $4,3 \pm 1,3$ до лечения, $p < 0,01$), уменьшение проявлений диспепсии ($48,3 \pm 2,2$ против $17,6 \pm 1,7$, $p < 0,001$), улучшение, вследствие этого, характера питания ($46,1 \pm 3,5$ против $22,8 \pm 1,5$, $p < 0,001$), повышение психоэмоционального ($54,5 \pm 4,1$, против $30,8 \pm 2,3$, $p < 0,01$) статуса.

При ХЖП снижение КЖ выявлено у 75,8% больных, по шкале пузырных факторов — 93,8%, $p < 0,05$, диспепсии — 93,8%, $p < 0,001$, питания — 100,0%, $p < 0,001$, эмоциональной — 95,2%, $p < 0,001$, и социальной — 13,8%, ($p = 0,8$) сферы; прогрессирует в период обострения заболевания (40,8%). Связь ухудшения КЖ с длительностью рецидива заболевания устойчива ($p < 0,001$). Основными факторами снижения КЖ являются неустойчивый стул (31,4%), эмоциональный (66,9%) — мысли о неотвратимости оперативного лечения и возможности малигнизации (рис. 2).

Консервативная терапия улучшает КЖ больных ХЖП в 54,1% случаев по всем основным шкалам: пузырным (72,1%), диспепсии (40,7%, $p < 0,01$), питания (28,5%, $p < 0,001$), эмоциональной сферы (32,8%, $p < 0,001$). Общий балл увеличился с $51,9 \pm 5,5$ до $135,1 \pm 2,6$ ($p < 0,001$), однако оставался ниже, чем в КГ, как и у больных ЖКБ.

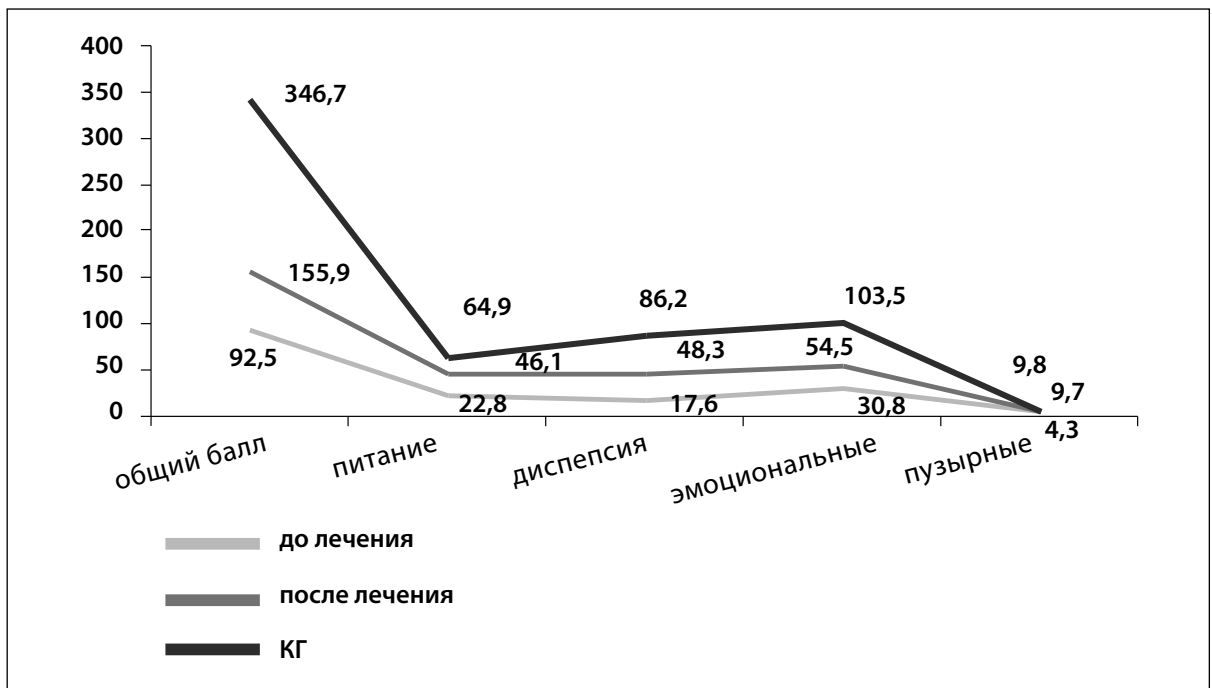


Рис. 1. Динамика основных показателей КЖ больных ЖКБ до и после консервативной терапии.

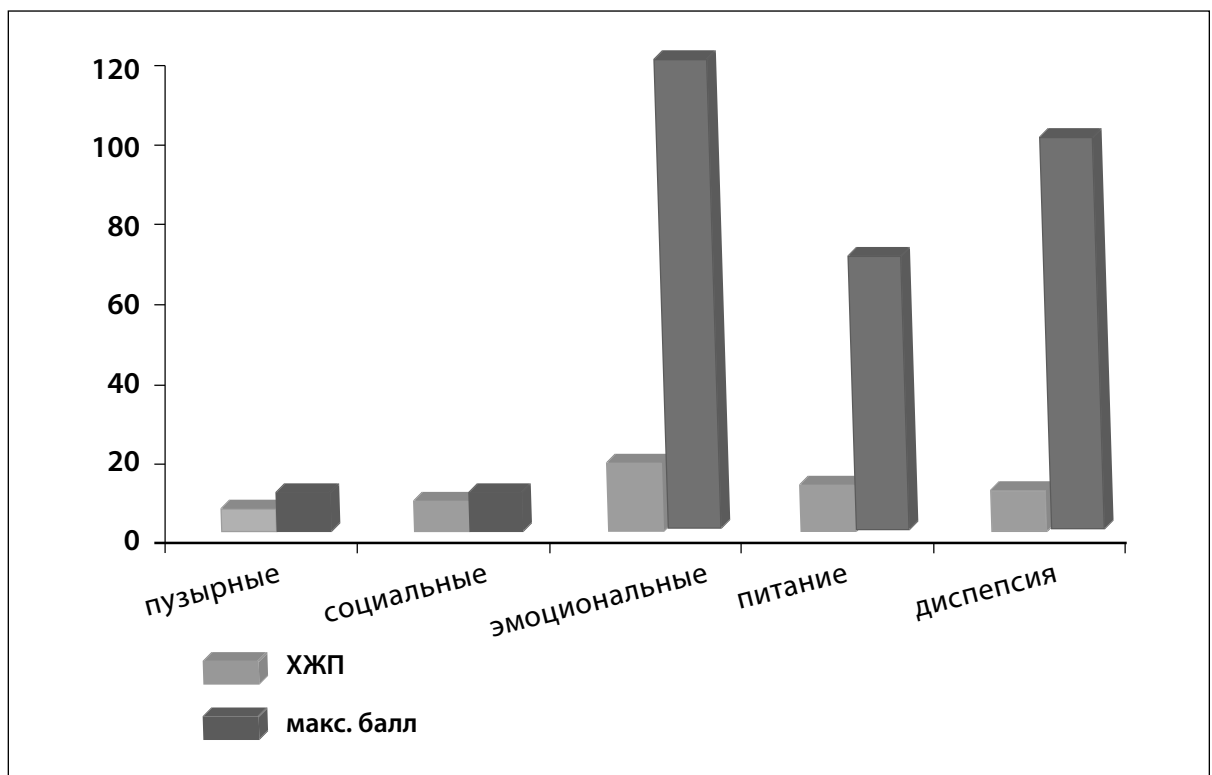


Рис. 2. Качество жизни больных ХЖП, по данным опросника GIC.



Факторами повышения КЖ являлись уменьшение болевого симптома (до 1,1%), нормализация стула (до 5,3%), улучшения в эмоциональной сфере (рис. 3).

Сравнительный анализ полученных данных показал, что КЖ больных ЖКБ и ХЖП характеризуется снижением по всем основным показателям (92,8% и 75,8%), при ЖКБ в большей степени. Однако если у больных ЖКБ основными факторами снижения КЖ являются боль (34,5% и 100% в период обострения заболевания) и отказ от употребления привычной ранее пищи (62,0%) из-за боязни возникновения болевого приступа, то при ХЖП — в основном, по эмоциональным показателям (66,9% — мысли о неотвратимости оперативного лечения и возможности малигнизации), а также по шкалам диспепсии (57,1%) и питания (56,0%).

Клиническое наблюдение 1, иллюстрирующее улучшение КЖ больного ЖКБ, 55-ти лет, леченного консервативно.

УЗИ: желчный пузырь 72,0 x 35,0 мм, стенка не изменена, в полости ЖП определяется группа конкрементов до 5,0 мм, занимающая около 1/3 полости. По данным КТ денситометрическая плотность желчи составляла + 2,0 НУ, конкрементов — + 27,0 НУ — рис. 4 (а — е).

Результаты анкетирования: пузырьные факторы — 5,1 балла, социальные — 7,6; эмоциональные — 32,3 балла, фактор диспепсии — 15,8 балла, фактор питания — 29,4; общий балл — 90,2.

Клинический диагноз: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит с нарушением (снижением) сократительной функции ЖП в стадии ремиссии.

Больному назначена терапия Урсофальком по схеме. На фоне проводимой терапии и лизиса конкрементов отмечалось улучшение КЖ по всем основным показателям: пузырьные — 8,4 балла, социальные — 8,0, эмоциональные — 56,3 балла, фактор диспепсии — 50,1, фактор питания — 43,5 балла, общий счет — 166,9.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХЗЖВП, ЛЕЧЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИ

При ЖКБ качество жизни больных до ХЭ снижено (93,6%) в большей степени, чем у больных до проведения консервативной терапии за счет болевого фактора (65,4%). Различия проходят по шкале диспепсии ($6,6 \pm 2,0$ и $17,6 \pm 1,7$, $p < 0,001$), эмоциональных баллов ($6,8 \pm 3,1$ и $30,8 \pm 2,3$, $p < 0,001$), баллов питания ($17,8 \pm 2,1$ и $22,8 \pm 1,5$, $p < 0,05$); общий балл составил $86,4 \pm 5,1$ и $92,5 \pm 7,0$, соответственно, $p < 0,05$. Основными факторами различия КЖ являются болевой симптом (65,4% и 35,7%) и эмоциональный (неотвратимость оперативного лечения, неопределенность будущего).

Все больные перед ХЭ отметили снижение КЖ в связи с необходимостью постоянного контроля

за диетой, т. к. малейшие отклонения вызывали усиление болевого симптома.

Осознание предстоящего хирургического вмешательства оказывало существенное влияние на состояние эмоциональной сферы больных. Выраженность изменений по шкале эмоций напрямую зависела от степени близости предстоящей операции ($p < 0,001$). Мысли больных были сконцентрированы на постоянном анализе правильности предстоящего шага, уровне квалификации хирурга. Изменения по этой шкале были характерны одинаково как для мужчин, так для женщин ($p < 0,05$). Наиболее часто больные жаловались на раздражительность (42%), снижение работоспособности из-за страха предстоящей операции (35,4%), а также склонность к апатии (15,6%) и депрессии (7%). Изменения в психоэмоциональной сфере влекли за собой выраженное снижение уровня КЖ ($p < 0,02$).

Хирургическое лечение улучшает КЖ больных ЖКБ в 48,5% случаев по всем основным шкалам: пузырьным (удален), диспепсии ($6,6 \pm 2,0$ до $35,5 \pm 3,2$, $p < 0,001$), питания ($17,8 \pm 2,1$ до $33,6 \pm 3,5$, $p < 0,05$), эмоциональной сферы ($6,8 \pm 3,1$ до $32,6 \pm 2,9$, $p < 0,001$). Факторами повышения КЖ являются устранение болевого приступа (100%), нормализация стула (неустойчивый стул снизился с 36% до 4,4%). Общий балл повысился с $86,4 \pm 5,1$ до $128,4 \pm 6,3$, $p < 0,001$, однако оставался ниже, чем в КГ ($p < 0,001$) и при сравнении с максимальными баллами ($p < 0,001$) — табл. 2.

КЖ больных ЖКБ, леченных консервативно и хирургически, характеризуется снижением по всем основным показателям в 43,1% и 45,1%, соответственно, при сравнении с КГ и максимальными баллами ($p < 0,001$). Однако общий балл у больных, леченных консервативно, достоверно выше, чем у больных после ХЭ ($155,9 \pm 5,6$ и $128,4 \pm 6,3$, $p < 0,05$). Достоверны и различия по эмоциональным баллам ($54,5 \pm 4,1$ против $32,6 \pm 2,9$, $p < 0,05$), диспепсии ($48,3 \pm 2,2$ против $35,5 \pm 3,2$, $p < 0,05$), питания ($46,1 \pm 3,5$ против $33,6 \pm 3,5$, $p < 0,05$) рис. 5.

При ХЖП качество жизни больных до ХЭ снижено (95,1%) в большей степени, чем у больных до проведения консервативной терапии (75,8%), за счет эмоционального фактора; различия проходят по шкале диспепсии ($6,9 \pm 2,2$ и $10,7 \pm 2,2$, $p < 0,001$), эмоциональных баллов ($6,4 \pm 3,3$ и $17,4 \pm 2,8$, $p < 0,001$) — мысли о возможности малигнизации; общий балл составил $40,2 \pm 5,3$ и $51,9 \pm 5,5$, соответственно, $p < 0,05$.

Хирургическое лечение улучшает КЖ больных ХЖП (61,8%) по всем основным шкалам: пузырьным (удален), диспепсии ($6,9 \pm 2,2$ до $20,0 \pm 3,1$, $p < 0,001$), питания ($18,5 \pm 2,5$ до $38,0 \pm 3,2$, $p < 0,05$), эмоциональной сферы ($6,4 \pm 3,3$ до $35,9 \pm 3,0$, $p <$

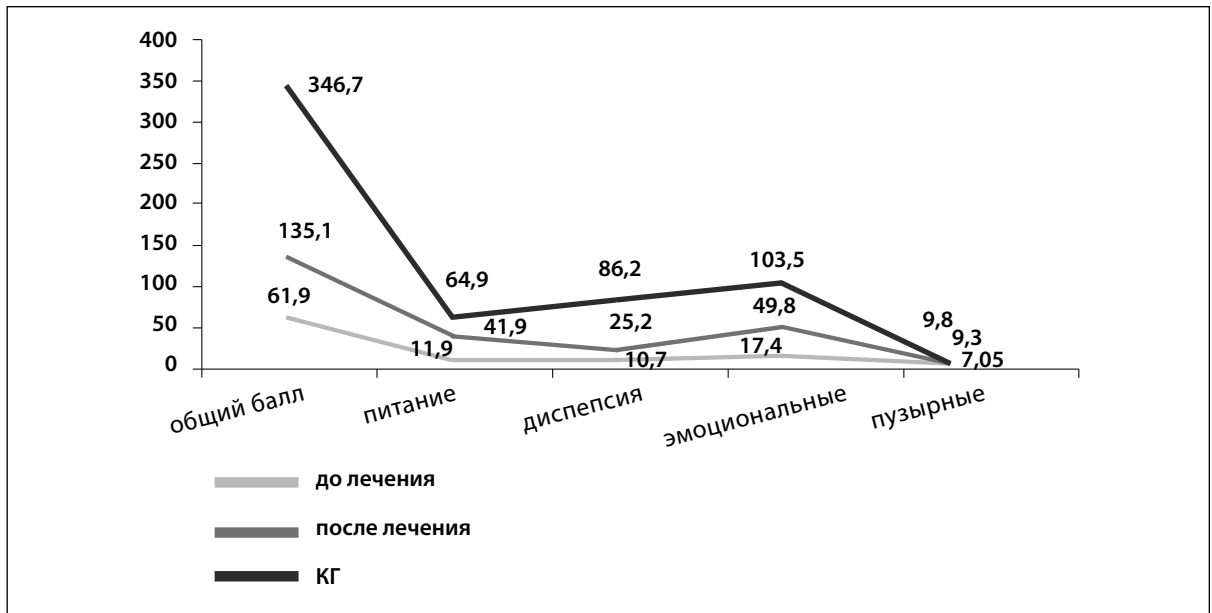


Рис. 3. Динамика основных показателей КЖ больных ХЖП до и после консервативной терапии.

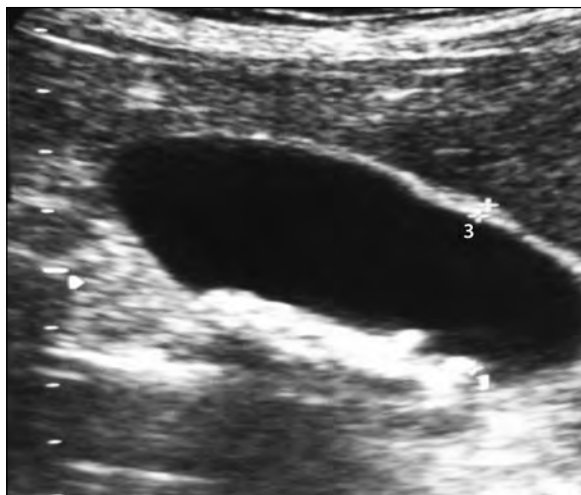


Рис. 4 а. Б-й О., 55 лет. УЗ-картина ЖКБ (до лечения). Визуализируются конкременты диаметром до 5,0мм, занимающие до 1/3 полости ЖП. Плотность желчи +2,0 НУ, плотность конкрементов +27,0 НУ.



Рис. 4 б. УЗ-картина (в процессе лечения) через 2 месяца. Определяется небольшая группа конкрементов до 5,0мм, толщина стенки ЖП до 3,0мм.

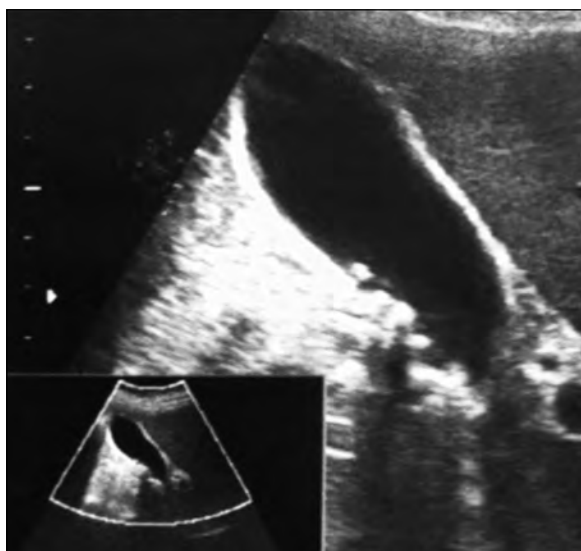


Рис. 4 в. УЗ-картина через 6 месяцев лечения. Размеры конкрементов уменьшились до 3,0мм.



Рис. 4 г. УЗ-картина через 10 месяцев лечения. Визуализируются единичные конкременты до 3,0мм.



0,001). Факторами повышения КЖ являются нормализация стула (неустойчивый стул снизился с 56% до 12,6%), улучшение эмоционального фактора. Общий балл повысился с $40,2 \pm 5,3$ до $122,6 \pm 6,0$, $p < 0,001$, однако оставался ниже, чем в КГ ($p < 0,001$) и при сравнении с максимальными баллами ($p < 0,001$).

КЖ больных ХЖП, леченных консервативно и хирургически, характеризуется снижением по всем основным показателям в 21,7% и 33,3% соответственно при сравнении с КГ и максимальными баллами ($p < 0,001$). Общий балл у больных, леченных консервативно, достоверно выше, чем у больных после ХЭ ($135,1 \pm 2,6$ и $122,6 \pm 6,6$, $p < 0,02$). Достоверны и различия по эмоциональным баллам ($49,8 \pm 3,1$ против $35,9 \pm 3,0$, $p < 0,05$), питания ($41,9 \pm 2,4$ против $38,0 \pm 3,2$, $p < 0,05$) (рис. 6).

Клиническое наблюдение 2, иллюстрирующее улучшение КЖ больной ЖКБ, 25 лет, после холецистэктомии.

УЗИ: желчный пузырь 76 x 31 мм, стенки уплотнены, толщиной до 2,5 мм. В просвете ЖП — конкремент размером до 8,0 мм (рис. 7 а, б, на цветной вклейке в журнал).

Результаты опросника GIC: пузырьные — 5,4 балла, социальные — 8,9; эмоциональные — 37,5 балла, фактор диспепсии — 19,1 балла, питания — 33,1; общий балл — 104,0.

Клинический диагноз: желчнокаменная болезнь. Хронический рецидивирующий холецистит.

Больной была назначена терапия Урсофальком, на фоне которой в течение 6 месяцев конкремент уменьшился до 6,0 мм, однако в дальнейшем его размер оставался без динамики. В связи с желанием больной планировать беременность, а также ввиду отсутствия эффекта от лечения было принято решение о проведении ХЭ.

После ХЭ отмечалось улучшение КЖ по всем показателям: социальные — 8,9, эмоциональные — 70,5 балла, фактор диспепсии — 60,2, питания — 45,6 балла, общий счет — 185,2.

Исследование конкремента после ХЭ показало, что по своему составу он оказался смешанным, что и обусловило отсутствие эффекта от проводимой терапии.

Хирургическое лечение ЖКБ привело к улучшению КЖ больной, наблюдаемому в течение 7-ми лет после ХЭ. Больная родила, и в настоящее время ее самочувствие удовлетворительное.

Клиническое наблюдение 3, иллюстрирующее отсутствие улучшения КЖ больного ЖКБ, 60 лет, после холецистэктомии.

УЗИ: желчный пузырь 80 x 33 мм, стенки уплотнены, толщиной до 3,0 мм. В просвете ЖП — группа мелких конкрементов до 5,0 мм, занимающих до 3/4 полости ЖП (рис. 8 а, б).

Клинический диагноз: желчнокаменная болезнь. Хронический рецидивирующий калькулезный холецистит.

Проводилась консервативная терапия Урсофальком, но без эффекта. В связи с продолжавшимися болевыми приступами было принято решение о проведении ХЭ, которая прошла успешно. Через восемь лет после оперативного лечения вновь возникли боли в правом подреберье приступообразного характера. При УЗИ выявлено расширение холедоха до 11,5 мм, в просвете — эхопозитивные структуры (конкременты?) Больному по экстренным показаниям была проведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением конкрементов из холедоха и наложением супрадуоденального холедоходигестивного анастомоза.

В течение двух лет состояние больного оставалось удовлетворительным. Результаты опросника GIC: пузырьные факторы — 5,2 балла, социальные — 8,6; эмоциональные — 36,4 балла, фактор диспепсии — 22,1 балла, фактор питания — 32,7; общий балл — 105,0.

Внезапно развилась клиническая картина холангита: боли в правом подреберье, сопровождавшиеся ознобом, подъемом температуры до 40°C . При обследовании (КТ) конкременты в протоках не выявлены. Проведена консервативная терапия.

В настоящий момент самочувствие больного удовлетворительное, однако КЖ снижено по шкалам питания и диспепсии. По данным опросника GIC: социальные — 8,6, эмоциональные — 39,5 балла, фактор диспепсии — 25,2, питания — 34,8 балла, общий счет — 108,1.

Таким образом, у больного ЖКБ после ХЭ возник рецидив камнеобразования в холедохе (через 8 лет). В дальнейшем КЖ больного было снижено присоединением холангита.

Таким образом, ХЗЖВП существенно снижают КЖ больных, при ЖКБ преимущественно по шкале боли и диспепсии, при ХЖП — по эмоциональному фактору (страх онкологического заболевания) и диспепсии. Консервативная терапия улучшает КЖ больных по всем шкалам, но остается ниже, чем в контрольной группе. КЖ больных перед ХЭ, значительно ниже, чем у больных, которым планируется проведение консервативной терапии по всем показателям. Консервативная терапия улучшает КЖ больных в большей степени, чем хирургическое лечение.

Представленные результаты позволяют рекомендовать консервативную терапию больным ЖКБ в качестве метода выбора при наличии показаний для ее проведения. Определяющим фактором литотерапии является плотность конкремента, измеряемая при КТ. При невозможности осуществления консервативной терапии необходимо своевременное хирургическое лечение ЖКБ до развития необратимых изменений в органах гепатодуоденопанкреатической системы.

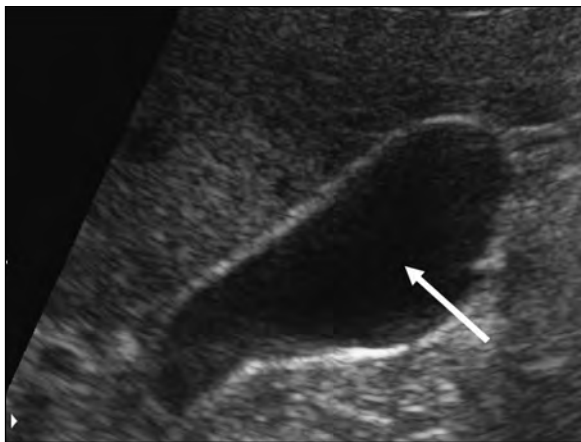


Рис. 4 д. УЗИ-картина через 12 месяцев лечения. Визуализируются 2 конкремента до 2,0 мм.

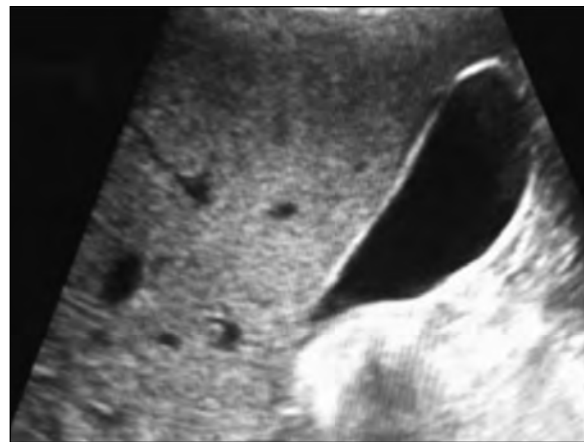


Рис. 4 е. УЗИ-картина через 14 месяцев лечения. Полость ЖП гомогенна, конкременты не определяются.

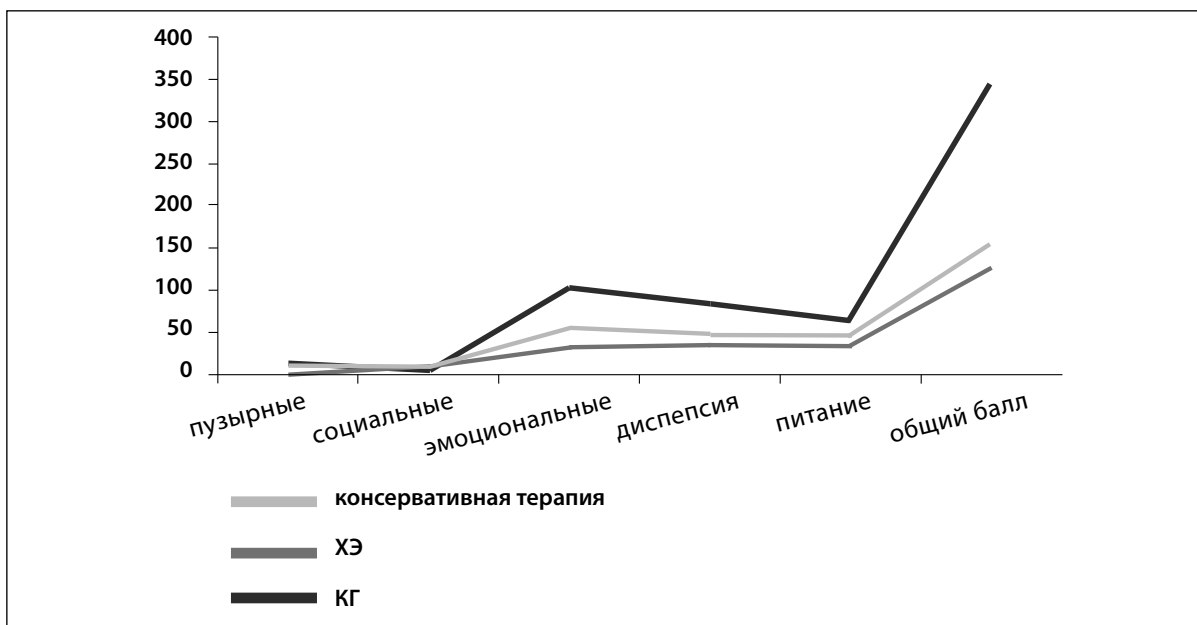


Рис. 5. Сравнительная характеристика КЖ больных ЖКБ после консервативной терапии и ХЭ.

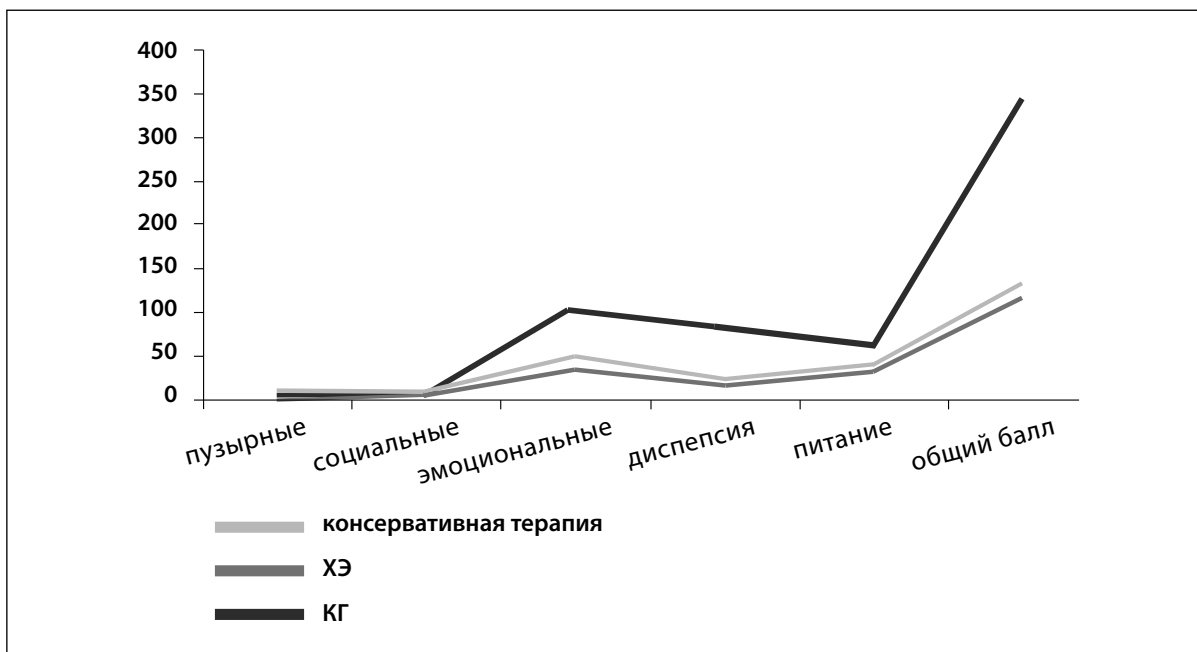


Рис. 6. Сравнительная характеристика КЖ больных ХЖП после консервативной терапии и ХЭ.

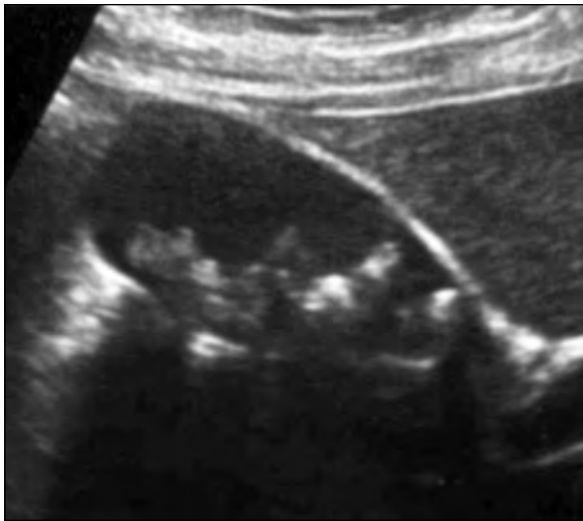


Рис. 8 а. Б-ой. Э., 60 лет. УЗ-картина ЖКБ, в полости ЖП — конкременты до 8,0 мм, занимающие до $\frac{3}{4}$ полости ЖП.



Рис. 8 б. Тот же случай после ХЭ. УЗИ: определяются расширенные холедох и внутрипеченочные желчные протоки; в просвете холедоха — эхопозитивная структура до 1,0 см.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванченкова Р. А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. — М: «Атмосфера», 2006. — 416 с.
2. Ильченко А. А., Морозов И. А., Хомерики С. Г., Орлова Ю. Н. Холестероз желчного пузыря. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 240 с.
3. Russell K. M. Nursing care in the community (book review) // J Comm Health Nurs. — 1996. — Vol. 13. — 203 p.
4. 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». — Гастроэнтерология СПб. — 2003. — Вып. 2-3. — С. 93.

5. Романова Т. И. Качество жизни у больных с желчнокаменной болезнью и его ассоциация с основными факторами риска и полиморфизмом гена АпоЕ: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 2005. — 26 с.



ИЛЛЮСТРАЦИИ К СТАТЬЕ

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЮ
И ХОЛЕСТЕРОЗОМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ
И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ**

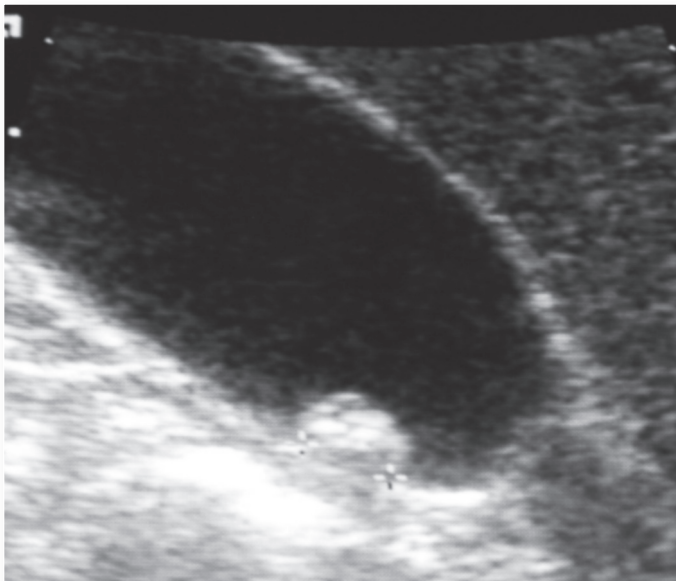


Рис. 7 а. Б-я С., 25 лет. УЗ-картина ЖКБ, в полости ЖП — конкремент величиной до 8,0мм.

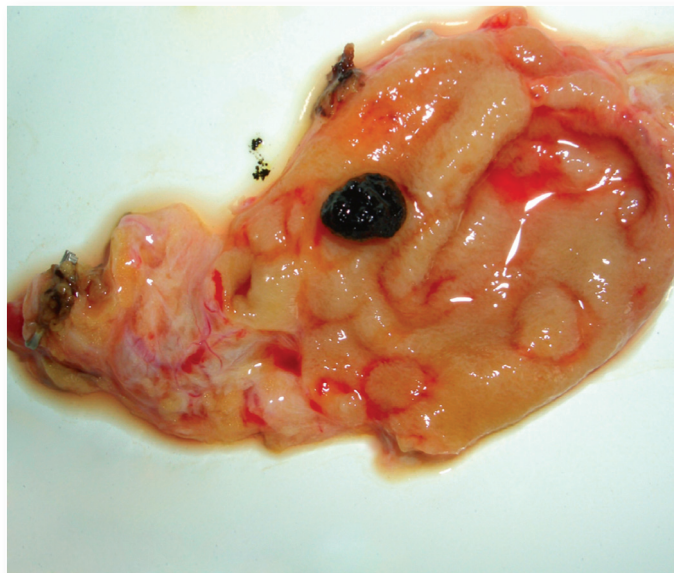


Рис. 7 б. Тот же случай. Макроскопический препарат желчного пузыря (после ХЭ).