



УДК 616.366-003.7-089.87-072.1-036.82

## ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Маршева С.И.<sup>1,2</sup>, Поддубная О.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

<sup>2</sup> ФГБУЗ «Клиническая больница № 81» ФМБА России, г. Северск

### РЕЗЮМЕ

Целью клинического исследования была разработка метода комплексной реабилитации пациентов после эндоскопической холецистэктомии на раннем амбулаторно-поликлиническом этапе с использованием магнитолазерной терапии, КВЧ-терапии и минеральных вод.

Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что комплексная реабилитация пациентов, страдающих желчно-каменной болезнью, после эндоскопической холецистэктомии с использованием природных и преформированных физических факторов способствует улучшению показателей функциональной активности гепатобилиарной системы, психоэмоционального состояния и повышению адаптационных возможностей организма, не вызывая их напряжения.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** желчно-каменная болезнь, эндоскопическая холецистэктомия, ранняя реабилитация.

### Введение

В настоящее время желчно-каменная болезнь (ЖКБ) рассматривается как полиэтиологическое дисметаболическое заболевание гепато-билиарной системы с преимущественным формированием камней в желчном пузыре [1, 5, 9]. В связи с широкой распространенностью и устойчивой тенденцией к росту ЖКБ увеличивается и число проводимых холецистэктомий, которых в России выполняется до 100 тыс. в год [8]. Плановая холецистэктомия, своевременно выполненная в условиях специализированного медицинского учреждения, обеспечивает благоприятный прогноз отдаленных результатов лечения ЖКБ. Однако проведение холецистэктомии не гарантирует удовлетворительного качества жизни пациентов. Несмотря на огромные компенсаторные возможности органов пищеварения, полноценной адаптации к потере желчного пузыря не происходит даже спустя 14–17 лет после операции [1–4]. Послеоперационный период у большинства больных сопровождается полиморфизмом клинических проявлений и жалоб, которые чаще обу-

словлены функциональными и (или) органическими нарушениями в билиарной зоне [8].

Как до холецистэктомии, так и в различные сроки после операции у пациентов с ЖКБ имеются признаки психосоматических нарушений (чаще функциональных). Эти нарушения способствуют астенизации личности и снижению адаптационных возможностей организма, что значительно утяжеляет течение соматических заболеваний [11].

Современные методы аппаратной физиотерапии воздействуют на основные звенья патогенеза послеоперационных нарушений, уменьшая напряженность метаболических процессов и улучшая функциональное состояние органов пищеварения. Некоторые физические факторы (магнито-лазерная терапия, КВЧ-терапия и др.) благоприятно влияют на адаптационные возможности организма, способствуют улучшению кровообращения и регенерации, обладают противовоспалительным и анальгезирующим действием, что обосновывает использование их в реабилитации пациентов после холецистэктомии, в том числе в ранний послеоперационный период [10]. В комплексном лечении данной категории больных часто используют питьевые минеральные воды, которые оказывают многостороннее

✉ Маршева Светлана Ивановна, тел. 8-923-413-0004;  
e-mail: marsheva.70@mail.ru

влияние как местно – на процессы пищеварения и моторику органов желудочно-кишечного тракта, так и на состояние внутренней среды организма в целом [6].

Используемые в настоящее время медицинские технологии предусматривают более поздние сроки проведения восстановительного лечения – на 14–21-е сут после холецистэктомии [2].

Цель исследования – разработка метода комплексного лечения больных после эндоскопической холецистэктомии на раннем восстановительном этапе амбулаторно-поликлинической реабилитации с использованием преформированных физических факторов и минеральных вод.

## Материал и методы

Обследовано и пролечено 73 пациента, прошедших общеклиническую и психологическую диагностику как в предоперационном, так и в раннем послеоперационном (7–10 дней после операции) периодах. Всем обследованным пациентам была проведена лапароскопическая холецистэктомия, с последующим назначением комплекса реабилитационных мероприятий на базе структурных подразделений клинической больницы № 81 ФМБА России (г. Северск).

При клиническом обследовании проводилась оценка жалоб со стороны органов пищеварительной системы, интенсивность которых выражалась в баллах. Оценка клинической эффективности проводилась по динамике интегрального клинического показателя (ИКП), который являлся средним значением, получаемым при делении суммы клинических жалоб (в баллах) и симптомов (в баллах) на число этих жалоб и симптомов. Балльная система позволяет проследить динамику показателей и дать качественную оценку эффективности реабилитационных мероприятий. Подсчет баллов производился путем деления суммы всех баллов на число оцениваемых показателей. Коэффициент эффективности (КЭ) ложится в основу оценки результата лечения: если его значение менее 1,0 – ухудшение состояния; 1,0–1,2 – без перемен; 1,3–2,0 – незначительное улучшение; 2,1–3,0 – улучшение; более 3,0 – значительное улучшение. К положительным результатам относятся «незначительное улучшение», «улучшение» и «значительное улучшение», что в совокупности составляет терапевтическую эффективность [7]. Для оценки адекватности проводимого лечения использовался показатель адаптационных возможностей организма по Л.Х. Гаркави [4].

Изучение психосоматического состояния пациентов проводили с использованием метода цветочных выборов М. Люшера и неспецифического опросника оценки качества жизни (тест SF-36) [11]. При этом

оценивали показатели, отражающие изменения личностно-эмоциональной сферы, коэффициенты баланса вегетативной нервной системы, работоспособности и наличия стрессового состояния. В ходе исследования с помощью теста SF-36 оценивали следующие количественные показатели (в баллах от 0 до 100, где 100 представляет полное здоровье): физическое функционирование, ролевую деятельность, телесную боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье.

Средний возраст обследованных пациентов составлял  $(54,7 \pm 3,7)$  года, соотношение по полу 4 : 1 (женщины и мужчины соответственно). Сравнимые группы были однородными по полу, возрасту и клинико-лабораторным показателям.

Все пациенты получали базовое лечение, включающее щадяще-тренирующий режим, лечебное питание, соответствующее диете № 5 по Певзнеру, и внутренний прием минеральной воды, с последующим проведением физиотерапевтических процедур в амбулаторных условиях.

В соответствии с особенностями проводимого лечения все пациенты были разделены на три группы. Пациенты 1-й группы (контрольная, 25 человек) получали базовое лечение и магнитолазерную терапию на область эпигастрия, правого и левого подреберья; представители 2-й группы (сравнения, 23 человека) получали базовое лечение и КВЧ-терапию на область правого подреберья и нижнюю треть грудины; больные 3-й группы (основная, 25 человек) получали базовое лечение, магнитолазерную и КВЧ-терапию по вышеописанным методикам.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистических пакетов Statistica 8. Критическое значение уровня статистической значимости при проверке нулевых гипотез принималось равным 0,05. Для сравнения внутригрупповых и межгрупповых различий использовался непараметрический критерий Вилкоксона и критерий Колмогорова–Смирнова для двух несвязных групп. Для всех количественных признаков в сравниваемых группах рассчитывалось среднее арифметическое  $M$  и среднеквадратическая (стандартная) ошибка среднего  $m$ .

## Результаты и обсуждение

Все пациенты переносили лечение удовлетворительно, необходимости в отмене процедур не отмечалось.

При поступлении в клинической картине пациентов всех групп имелись признаки дисфункции гепатобили-

арной системы (боли в области правого подреберья, изжога, горечь во рту). При анализе динамики этих проявлений заболевания было отмечено, что у пациентов основной группы болевой синдром после лечения полностью купировался у 83,4% пациентов, в группе сравнения – у 78,0%, в группе контроля – у 66,7% пациентов. У остальной части пролеченных больных интенсивность болевого синдрома (в баллах) на момент завершения реабилитационного курса снижалась, но оставалась на уровне 1–2 баллов («незначительно выражен») (табл. 1), что, вероятно, было обусловлено исходно сниженными компенсаторно-приспособительными возможностями организма в ранний послеоперационный период.

Таблица 1

Динамика клинико-биохимических показателей при лечении больных ЖКБ, перенесших эндоскопическую холецистэктомию ( $M \pm m$ )				
Группа	Срок исследования	Показатель		
		Интенсивность болевого синдрома, балл	АСТ, Ед/л	АЛТ, Ед/л
Основная	До лечения	3,1 ± 0,7	32,3 ± 2,5	31,5 ± 2,8
	После лечения	1,6 ± 0,5**	21,1 ± 2,3****	20,6 ± 2,3***
Сравнения	До лечения	3,2 ± 0,7	31,7 ± 3,1	32,6 ± 2,3
	После лечения	1,2 ± 0,9**	23,2 ± 3,6*	22,3 ± 2,9**
Контроля	До лечения	3,2 ± 0,5	31,2 ± 3,4	32,2 ± 3,1
	После лечения	0,9 ± 0,3****	23,9 ± 3,1**	24,8 ± 2,6*

Примечание. \* – при  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,005$ ; \*\*\*\* –  $p < 0,001$ .

По данным исследования биохимических показателей крови наблюдалось улучшение количественных показателей у всех обследованных пациентов: снижались до нормы уровни аспаратаминотрансферазы (АСТ) ( $p < 0,001$ ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ) ( $p < 0,005$ ) в основной группе, что было более значимым, чем в группах контроля и сравнения (табл. 1).

Анализ динамики адаптационных возможностей организма показал следующее: прирост числа пациентов с высоким уровнем реактивности (УР) после лечения в основной группе составлял 23,7%, в группе сравнения – 12,6%, в группе контроля 17,7% (табл. 1), что свидетельствовало о благоприятном влиянии лечения на изучаемый показатель во всех группах. При этом в основной группе, где пациентам в лечебный комплекс включались магнитолазерная и КВЧ-терапия, полученный эффект был выше в 1,3 раза.

Анализ динамики показателей психологического статуса выявил следующее. Динамика средних значений коэффициентов, определяемых по методике цветных выборов М. Люшера, была положительной во всех группах по таким показателям, как гетерономность – автономность ( $p < 0,05$ ), концентричность – эксцентричность ( $p < 0,05$ ) и стрессоустойчивость ( $p < 0,01$ ). Результаты исследования с использованием методики SF-36 также свидетельствовали о положительной динамике во всех исследуемых группах по таким шкалам, как «физическая боль», «эмоционально-ролевое функционирование», «ментальное здоровье», показатели которых значительно улучшились ( $p < 0,01$ ). Полученные результаты позволяли сделать вывод о том, что проводимые мероприятия благоприятно влияют на психо-эмоциональное состояние больных ЖКБ, перенесших холецистэктомию.

Непосредственная эффективность лечения, при расчете которой учитывались только показатели «значительное улучшение» и «улучшение», в основной группе составила 90,5%, что было выше, чем в группах сравнения (80,0%) и контроля (76,4%) (табл. 2).

Таблица 2

Динамика показателей эффективности лечения больных ЖКБ, перенесших эндоскопическую холецистэктомию, %				
Группа	Срок исследования	Показатель		
		Число больных болевым синдромом	Число больных с высоким УР	Непосредственная эффективность лечения
Основная	До лечения	95,6	61,2	90,5
	После лечения	16,6	84,9	
Сравнения	До лечения	97,0	66,0	80,0
	После лечения	22,0	78,6	
Контроля	До лечения	98,5	55,8	76,4
	После лечения	33,5	73,5	

Анализ структуры эффективности выявил различия. Так, в основной группе число больных со «значительным улучшением» составляло 64,5%, в группе сравнения – 52,8%, в группе контроля – 47,7%. Это свидетельствовало о более благоприятном прогнозе проводимых реабилитационных мероприятий в основной группе, что, вероятнее всего, будет обеспечивать сохранение эффекта в отдаленные сроки наблюдения.

## Заключение

Таким образом, анализ результатов проведенных клинических исследований свидетельствует о том, что комплексная физиобальнеотерапия пациентов, перенесших эндоскопическую холецистэктомию, включающая лечебное питание, внутренний прием мало-

минерализованной минеральной воды, магнитолазерной и КВЧ-терапии, проведенная в раннем послеоперационном периоде, способствует улучшению показателей функциональной активности гепатобилиарной системы и психоэмоционального состояния на фоне повышения адаптационных возможностей организма. Результаты предварительного анализа отдаленных результатов эффективности проводимых лечебных мероприятий свидетельствует о необходимости проведения реабилитационных мероприятий на раннем послеоперационном этапе, направленных на профилактику развития постхолецистэктомического синдрома.

### Литература

1. Агафонова Н.А. Состояние после холецистэктомии: Патогенез, клиника, лечение // *Consilium Medicum*. 2002. Экстра-вып. С. 9–11.
2. Белобородова Э.И. Восстановительное лечение при постгастрорезекционных расстройствах и состоянии после удаления желчного пузыря // *Медицинская технология, регистрационное удостоверение № ФС 2006/357-у от 12.12.2006 г.*, выданное Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Томск, 2006.
3. Ветшев П.С., Шпаченко Ф.А. Холецистэктомия и качество жизни оперированных больных // *Мед. помощь*. 2004. № 5. С. 30–35.
4. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. и др. Антистрессорные реакции и активационная терапия. Екатеринбург: Филантроп, 2002; 2003. Ч. I, II. 336 с.
5. Григорьев П.Я., Солуянова И.П., Яковенко А.В. Желчнокаменная болезнь и последствия холецистэктомии: диагностика, лечение и профилактика // *Леч. врач*. 2002. № 6. С. 26–32.
6. Гуляева С.Ф. Эффективность сульфатной кальциевой минеральной воды при нарушении моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря // *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры*. 2004, № 6. С. 20–22.
7. Зарипова Т.Н. Дифференцированная терапия физическими факторами и вторичная физиопрофилактика заболеваний органов дыхания: метод. рекомендации / сост. Т.Н. Зарипова и др. Томск, 1990. С. 11.
8. Лазебник Л.Б. Заболевания органов пищеварения у пожилых. Анахарсис, 2003. 185 с.
9. Мараховский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2003. Т. 13. С. 81–92.
10. Оранский И.Е., Гуляев В.Ю. КВЧ-терапия: проблемы и перспективы // *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры*. 2003. № 1. с. 46–48.
11. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие. Самара: Бахрах-М, 2000. 672 с.

Поступила в редакцию 04.07.2012 г.

Утверждена к печати 07.12.2012 г.

**Маршева Светлана Ивановна** (✉) – аспирант кафедры восстановительной медицины, физиотерапии и курортологии СибГМУ (г. Томск), зав. отделением восстановительного лечения Консультативно-диагностического центра № 1 ФГБУЗ «Клиническая больница № 81» ФМБА России (г. Северск).

**Поддубная Ольга Александровна** – д-р мед. наук, доцент кафедры восстановительной медицины, физиотерапии и курортологии СибГМУ (г. Томск).

✉ **Маршева Светлана Ивановна**, тел. 8-923-413-0004; e-mail: marsheva.70@mail.ru

## POSSIBILITIES OF EARLY REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS AFTER ENDOSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

**Marsheva S.I.<sup>1,2</sup>, Poddubnaya O.A.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation*

<sup>2</sup> *Federal State Organization of Health Clinical Hospital № 81, Seversk, Russian Federation*

### ABSTRACT

The aim of the clinical test was to develop a method for combined rehabilitation of patients after endoscopic cholecystectomy at the early stage with the use of magnetic-laser therapy, UHF therapy, and mineral waters.

The analysis of obtained results has indicated that the combined rehabilitation of cholelithiasis patients after endoscopic cholecystectomy with the use of natural and preformed physical factors favored the improvement of indices of functional activity of the hepatobiliary system, psychoemotional state, and adaptability of the organism, not causing their stress.

**KEY WORDS:** cholelithiasis, endoscopic cholecystectomy, early rehabilitation.

*Bulletin of Siberian Medicine*, 2013, vol. 12, no. 1, pp. 109–113

#### References

1. Agafonova N.A. *Consilium Medicum*, 2002, Extra-no., pp. 9–11 (in Russian).
2. Beloborodova E.I. Rehabilitation treatment of post gastro resectional disorders and conditions after removal of gallbladder. *Medical technology RF*, no. 2006/357, 2006. (in Russian).
3. Vetshev P.S., Shpachenko F.A. *Medical Care*, 2004, no. 5, pp. 30–35 (in Russian).
4. Grigor'yev P.Ya., Soluyanov I.P., Yakovenko A.V. *Attending Doctor*, 2002, no. 6, pp. 26–32 (in Russian).
5. Garkavi L.Kh., Kvakina Ye.B., Kuz'menko T.S. *Anti-stress reaction and activation therapy*. Yekaterinburg, Philanthropist Publ., 2002–2003, 336 p. (in Russian).
6. Gulyayeva S.F. Questions Balneology, physical therapy and exercise therapy, 2004, no. 6, pp. 20–22 (in Russian).
7. Zaripova T.N. *Differentiated therapy by physical factors and secondary physioprophyllaxis respiratory diseases*. Guidelines, 1990, p. 11. (in Russian).
8. Lazebnik L.B. *Diseases of the digestive system in elderly age*. Moscow, Anacharsis Publ., 2003, 208 p. (in Russian).
9. Marakhovskiy Yu.Kh. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*, 2003, no. 13, pp. 81–92. (in Russian)
10. Oranskiy I.Ye., Gulyayev V.Yu. *Questions Balneology, physical therapy and exercise therapy*, 2003, no. 1, pp. 46–48 (in Russian).
11. Raygorodskiy D.Ya. *Practical psychodiagnosis. Methods and tests*. Samara, Bachrach Publ., 2000. 672 p. (in Russian).

**Marsheva Svetlana I.** (✉), Department of Rehabilitation Advisory and Diagnostic Center № 1 of the Federal State Organization of Health Clinical Hospital № 81, Seversk, Chair of Restorative Medicine, Physiotherapy and Health Resort of Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

**Poddubnaya Olga A.**, Chair of Restorative Medicine, Physiotherapy and Health Resort of Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

✉ **Marsheva Svetlana I.**, Ph. +7-923-413-0004; e-mail: marsheva.70@mail.ru