

На правах рукописи

Низамов Руслан Айратович

**Повышение эффективности ускоренной
послеоперационной реабилитации у пациентов
после холецистэктомии**

14.01.17 - хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Уфа – 2019

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель: Тимербулатов Шамиль Вилевич,

доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты:

Демин Дмитрий Борисович, доктор медицинских наук, доцент, Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Оренбургский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой факультетской хирургии.

Курбангалеев Арсен Ирекович, кандидат медицинских наук, доцент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Казанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, доцент кафедры хирургических болезней;

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «___» _____ 2019г. в ___ часов на заседании диссертационного совета Д 208.006.02 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте (<http://www.bashgmu.ru/dissertatsii>) Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3.

Автореферат разослан «__» _____ 2019 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук

Федоров Сергей Владимирович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования: В настоящее время желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний в структуре мужской и женской популяции в возрасте 35-54 лет, составляет 4,7% и 8,3%, а в возрасте 25-64 лет достигает 10,5%. В развитых странах, по данным ряда авторов, распространенность ЖКБ колеблется от 3 до 20%, в Европе 10-15%, среди всей популяции занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости (Алвендова Л.Р.К., 2016; Вахрушев Я.М., Хохлачева Н.А., 2016; Lammert F. et al., 2016; Chen Y.C. et al., 2014). За последнее десятилетие наблюдается увеличение числа оперативных вмешательств при гепатобилиарной патологии и холецистэктомия занимает ведущие позиции. Хирургическое лечение ЖКБ, на данный момент, является золотым стандартом. На современном этапе развития хирургии используются два основных метода оперативного лечения ЖКБ – традиционная холецистэктомия из минилапаротомного доступа и лапароскопическая холецистэктомия. Заболеваемость ЖКБ имеет общемедицинское и социально-экономическое значение в результате высокой распространенности среди лиц трудоспособного возраста (Абрамова А.Г., 2016; Grottemeyer K.C., Lammert F., 2016). Оперативное лечение ЖКБ выполняется по определенным показаниям и после хирургического вмешательства рекомендуется этап реабилитации для более быстрого восстановления, особенно для лиц трудоспособного возраста. При лечении ЖКБ применение концепции ускоренной послеоперационной реабилитации, которая предполагает раннюю активизацию пациентов, является целесообразной. Научные исследования по эффективности активной ускоренной реабилитации в послеоперационном периоде и по отдаленным результатам лапароскопической холецистэктомии у больных ЖКБ в доступной литературе отсутствуют.

Исследование клинической эффективности ускоренной послеоперационной реабилитации у больных с ЖКБ является актуальным.

Степень разработанности проблемы

Исследования последних лет направлены на повышение эффективности послеоперационной реабилитации больных ЖКБ после лапароскопической холецистэктомии. Разрабатываются новые медицинские технологии послеоперационного периода у больных ЖКБ для уменьшения сроков нетрудоспособности, сокращения пребывания в стационаре, улучшения качества жизни. В настоящее время при восстановительном лечении хирургических заболеваний большое значение приобретает концепция ускоренной послеоперационной реабилитации, с ранней активизацией пациентов (Чеканова Е.Г., 2011; Donahue T.R., 2018).

В работах Silva Y.R. (2013) показана эффективность применения ЛФК в ранние сроки после лапароскопической холецистэктомии. В настоящее время предлагается выполнение ЛХЭ в условиях стационара одного дня, но отмечается неоднозначное отношение хирургов к методикам направленным на сокращение сроков госпитализации (Алвендова Л.Р., 2016; Brescia A., 2013; Salleh A.A., 2015).

Немногочисленные исследования по ранней реабилитации после ЛХЭ показали улучшение качества жизни. В работах Поддубной О.А. и Маршева С.И. (2015) показана эффективность применения маломинерализованной минеральной воды, магнитолазерной и КВЧ-терапии в комплексной санаторной реабилитации больных ЖКБ после ЛХЭ. В исследовании Куликова А.Г. (2017) у четверти пациентов после лапароскопической холецистэктомии отмечался болевой, диспепсический и астено-невротический синдромы. Применение больным после холецистэктомии природных лечебных факторов Ессентукского курорта в сочетании с общесистемной магнитотерапией и фармакопрепаратом дюспаталин способствует значительному уменьшению клинических проявлений заболевания, улучшению функционального состояния гепатобилиарной системы, кишечника, липидного метаболизма, перекисного гомеостаза (Меркулова Г.А., 2016).

В единичных работах было показано, что выполнение медицинских рекомендаций больными ЖКБ часто не соблюдаются. Плотникова Е.Ю. и соавт. (2011) установили, что только 56% женщин с ЖКБ соблюдают диету. Исследований

по изучению приверженности к выполнению врачебных рекомендаций у больных ЖКБ после операции не выявили. Изучение клинической эффективности ускоренной послеоперационной реабилитации у больных с ЖКБ является актуальным и своевременным.

Цель исследования: изучить результаты лечения больных с желчнокаменной болезнью после лапароскопической холецистэктомии с применением ускоренной послеоперационной реабилитации.

Задачи исследования

1. Оценить клинико-функциональные нарушения билиарной системы, тонуса вегетативной нервной системы, свободно-радикального окисления и психо-эмоционального статуса у больных желчнокаменной болезнью.

2. Изучить динамику качества жизни и приверженности к лечению больных желчнокаменной болезнью после оперативного лечения в зависимости от проводимой реабилитации: в амбулаторных условиях и с санаторным этапом.

3. Определить эффективность ускоренной послеоперационной реабилитации у больных ЖКБ в зависимости от проводимого вида восстановительного лечения на состояние вегетативной нервной системы, психо-эмоционального статуса и свободно-радикального окисления.

4. Провести сравнительный анализ результатов ускоренной послеоперационной реабилитации больных желчнокаменной болезнью после холецистэктомии по непосредственным и отдаленным результатам наблюдения.

Научная новизна исследования. Впервые у больных с ЖКБ проведена комплексная оценка исходного состояния здоровья и выявлены дисбаланс вегетативного обеспечения, нарушение свободно-радикального окисления с увеличением продуктов перекисного окисления липидов и снижением ферментов антиоксидантной защиты.

Впервые разработана и обоснована программа ускоренной послеоперационной реабилитации больных ЖКБ после лапароскопической холецистэктомии с применением санаторного этапа.

Доказано положительное влияние ускоренной послеоперационной реабилитации у больных ЖКБ на психоэмоциональное состояние. Показано, что у больных ЖКБ после санаторного этапа реабилитации повышается качество жизни и приверженность к выполнению рекомендации по лечению.

У больных ЖКБ после лапароскопической холецистэктомии в раннем восстановительном послеоперационном этапе установлено улучшение вегетативного баланса, снижение уровня продуктов перекисного окисления липидов, увеличение ферментов антиоксидантной защиты и улучшение качества жизни. В отдаленном периоде наблюдения отмечено восстановление свободно-радикального окисления и гармонизирующей функции ВНС.

Теоретическая и практическая значимость работы

На основе комплексной оценки состояния здоровья исходно выявлены дисбаланс вегетативного обеспечения, нарушения свободно-радикального окисления, угнетение антиоксидантной системы, ассоциированных с ухудшением качества жизни пациентов с ЖКБ. Установлено, что применение принципов ускоренного послеоперационного восстановления, включая санаторно-курортный этап реабилитации, сокращает сроки восстановления физического и психического здоровья, улучшает вегетативное обеспечение.

Доказана эффективность концепции ускоренной послеоперационной реабилитации для больных желчнокаменной болезнью на раннем восстановительном этапе после холецистэктомии.

Предложен комплексный подход к концепции ускоренной реабилитации с применением санаторно-курортного лечения в раннем послеоперационном периоде у больных после лапароскопической холецистэктомии.

Практическому здравоохранению предложены новые эффективные программы ускоренной послеоперационной реабилитации с санаторным этапом восстановительного лечения для больных ЖКБ после лапароскопической холецистэктомии.

Положения, выносимые на защиту

1. У больных ЖКБ исходно выявляется высокая частота симптомов желудочно-кишечного дискомфорта, вегетативных расстройств, ассоциированных с антиоксидантной системой и ухудшение качества жизни.

2. Ускоренная послеоперационная реабилитация больных ЖКБ после лапароскопической холецистэктомии с включением в комплекс санаторно-восстановительного лечения способствует сокращению сроков физического и психологического восстановления, нормализации состояния антиоксидантной системы и вегетативного статуса.

3. В отдаленном периоде после лапароскопической холецистэктомии ускоренная послеоперационная реабилитация с санаторно-курортным лечением достоверно снижает частоту развития постхолецистэктомического синдрома.

Внедрение результатов исследования в практику

Разработанные методы ускоренной послеоперационной реабилитации у больных ЖКБ применяются в медицинских организациях города Уфы (ГБУЗ БСМП №22, ГБУЗ №21), внедрены в учебный процесс кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

Основные положения диссертационной работы используются в учебном процессе: в лекционном материале, при проведении семинарских занятий со студентами, интернами, ординаторами и аспирантами на кафедрах хирургического профиля БГМУ.

Апробация работы

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на заседании кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИДПО и межкафедральном заседании ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 15.10.2018г.

Публикации по материалам диссертации

По теме диссертации в научных изданиях опубликовано 8 работ, из них 3 в журналах, входящих в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Степень личного участия в работе

Личное участие соискателя в работе составляет более 80 %. Автор принимал непосредственное участие в разработке и внедрении ускоренной послеоперационной реабилитации больных ЖКБ с применением санаторного этапа, а так же осуществлял операции по лапароскопической холецистэктомии, самостоятельно курировал включенных в исследование больных. Автором выполнен анализ медицинской документации (историй болезней, операционных журналов, электронных данных инструментальных обследований) и статистическая обработка материала. Самостоятельно выполнен сравнительный анализ результатов хирургического лечения и реабилитации в клинических группах.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена в классическом стиле на 119 страницах компьютерного текста. Состоит из введения, 4-х основных глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Библиографический указатель содержит 237 источника, в том числе иностранных авторов. Диссертация иллюстрирована рисунками и таблицами.

Работа основана на материалах клинико-лабораторных исследований 128 больных с ЖКБ, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При проведении диагностики, лечения и реабилитации больных ЖКБ соблюдались этические принципы, предъявляемые статьей 24 Конституции РФ.

Клиническая характеристика обследуемых групп пациентов

Из общего числа исследуемых, методом случайной выборки, были отобраны 128 больных с ЖКБ после холецистэктомии поступившие на стационарное лечение за период 2013-2016 г.в ГБУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи в г.Уфа., лица трудоспособного возраста от 20 до 59 лет, средний возраст составил $47 \pm 2,1$ лет, из них женщин 83 (64,8%) и мужчин 45 (35,2%).

Критерии исключения из исследования: наличие тяжелой сопутствующей патологии (онкопатология, хронические заболевания в стадии декомпенсации, кардиохирургические вмешательства).

Диагноз желчнокаменной болезни верифицировался согласно МКБ 10 (K80) и рекомендаций III Съезда научного общества гастроэнтерологов России (2002).

Для уточнения диагноза применялись трансабдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ); при необходимости назначали методы высокотехнологического исследования: магнитно-резонансная холангио-панкреатография (МРХПГ), согласно рекомендациям научного общества гастроэнтерологов России по диагностике и лечению желчнокаменной болезни.

Обследование проводилось до оперативного лечения (лапароскопической холецистэктомии), через 1 и 6 месяцев.

Для оценки эффективности предложенного метода ускоренной реабилитации исследованные больные ЖКБ после холецистэктомии были рандомизированы методом конвертов на две группы:

I-основная группа ($n=91$), из них 31 мужчин и 60 женщин, средний возраст $46,8 \pm 2,6$ лет, давность заболевания $11,5 \pm 3,2$ лет, получили санаторный этап реабилитации;

II-группа сравнения ($n=37$), из них 14 мужчин и 23 женщин, средний возраст $47,5 \pm 2,5$ лет, давность заболевания $11,0 \pm 3,6$ лет, после операций наблюдались в амбулаторных условиях.

III группа контрольная ($n=25$), для сопоставления полученных результатов были обследованы 25 доноров, средний возраст $32,3 \pm 3,2$ лет.

Согласно приказа Минздравсоцразвития России от 27.01.2006 г. N 44 больным после холецистэктомии был рекомендован санаторный этап реабилитации, в Республике Башкортостан - санатории «Юматово» длительность лечения составило 18 дней. В результате личностных причин (семейные, хозяйственные обстоятельства и связанные с работой и т.д.), часть пациентов отказались от санаторного этапа реабилитации и наблюдались амбулаторно по месту жительства.

Сравниваемые группы оперированных больных ЖКБ были сопоставимы по полу, возрасту, давности заболевания, частоте и видам сопутствующих заболеваний.

Согласно концепции ускоренной послеоперационной реабилитации для больных с ЖКБ нами был проведен комплекс лечебных мероприятий. Больной после холецистэктомии из операционной поступал в палату интенсивной терапии, в первые 2 часа проводилось наблюдение за общим состоянием, через 4-6 часов рекомендовали вставать с постели, ходить по палате и принимать жидкую пищу. На следующий день после операции больной свободно передвигался с общей пройденной дистанцией 100-150 метров, в последующие дни увеличивал расстояние до 700-1000 метров. На 5-6 сутки после холецистэктомии больного направляли в санаторий «Юматово» для проведения дальнейшего восстановительного лечения: диетотерапия, включавшая прием кумыса по 100 мл слабой крепости (80% по Тернеру) за 20 минут до приема пищи; терренкур до 3-5 километров, физиотерапия и лечебная гимнастика с элементами дыхательных упражнений.

Методика оперативного лечения. Выполнение лапароскопической холецистэктомии проводилось, согласно предложенного протокола.

Инструментальные

Изучение состояния печени и гепатобилиарной системы у больных ЖКБ проводилось на аппарате УЗИ Siemens acuson x300 (2010, Германия), при необходимости уточнения диагноза применяли магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ) на томографе Philips Achiva 1,5T (2010, Нидерланды).

Вегетативное обеспечение изучали методом вариационной кардиоинтервалометрии с математическим анализом работы сердца по Р.М. Баевскому с соавт.. Вариабельность сердечного ритма (ВСР) анализировали по показателям кардиоинтервалограммы.

Лабораторные методы исследования

Свободно-радикальное окисление изучалось по уровню продуктов перекисного окисления липидов: уровень диеновых конъюгатов и шиффовых оснований (по

методу Волчегорского И.А. и соавт., 1989). Уровень ферментов антиоксидантной защиты по активности каталазы - методика Королюк М.А. и соавт. (1988), глутатионпероксидазы – с помощью набора Ransel Glutathioneperoxidase (Randox Laboratories Ltd., США).

Для оценки психологического статуса больных с ЖКБ применяли опросник оперативной оценки «Самочувствие», «Активность» и «Настроение» (САН).

Уровень тревожности определялся по шкале самооценки Ч.Д.Спилбергера, адаптированного Ю.Л.Ханиным, оценивали реактивную и личностную тревожность.

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

Приверженность к выполнению врачебных рекомендаций по питанию и образу жизни определялось с помощью разработанного нами опросника.

Тип отношения к болезни (ТОБ) устанавливали согласно опросника Л. И. Вассермана (1987).

Методика проведения образовательной программы

В условиях санатория «Юматово» больным ЖКБ проводилась образовательная программа по типу «Школа для больных» в виде информирования путем индивидуальных и групповых бесед. Во время бесед делали акцент на «Питание после ХЭ», «Борьба с вредными привычками», «Образ жизни больного ЖКБ после ХЭ».

Статистический анализ данных проводился с использованием программы Statistica for Windows версии 10.0 / Microsoft Office 7.0.

На предварительном этапе все полученные данные проверялись на нормальность распределения методом Шапиро-Уилка. Оценку достоверности и корреляции проводили по параметрическим и непараметрическим критериям χ^2 с поправкой Йетса. Искажение достоверности полученных различий при множественных сравнениях предупреждали использованием поправки Бонферони. Применялись такие количественные показатели как M – среднее арифметическое значение и m – ошибка среднего значения (стандартное отклонение). Сравнение двух связанных выборок по частоте встречаемости признака проводили по критерию Мак-Нимара.

Различия между сравниваемыми показателями считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Все больные желчнокаменной болезнью при поступлении в хирургическое отделение ГБУЗ РБ Больницы скорой медицинской помощи г. Уфа предъявляли жалобы на боли или чувство дискомфорта в эпигастриальной области и правом подреберье, у 52 (40,6%) боли в околопупочной области, у 34 (26,5%) болевые ощущения определялись по всей поверхности живота, метеоризм у 90 (70,3%), тошнота у 53 (41,4%), диарея у 50 (39,0%), горечь во рту у 41 (32,0%), отрыжка воздухом и пищей у 39 (30,4%), рвота желчью у 33 (25,7%). Из объективных признаков у больных ЖКБ наблюдалась субэритематозность кожных покровов и склер у 15 (11,7%). При ФГДС был выявлен дуоденогастральный рефлюкс, наличие желчи в желудке, умеренный поверхностный рефлюкс-гастрит был у 53 (41,4%) и умеренный поверхностный гастрит у 75 (58,6 %).

У больных желчнокаменной болезнью после лапароскопической холецистэктомии установлено значимое улучшение, наблюдалось уменьшение частоты диспепсических и болевых проявлений, динамика изменений отображена на рисунке 1.

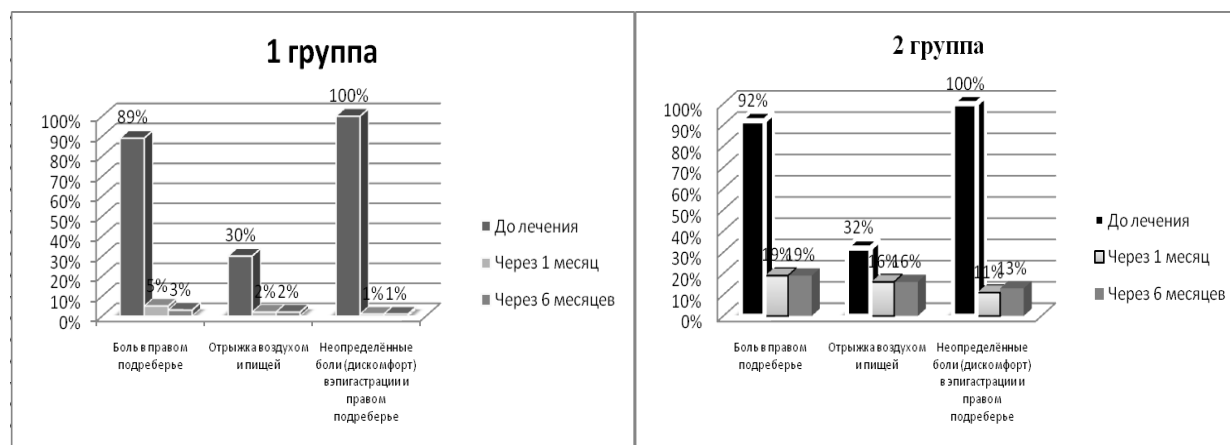


Рисунок 1 - Динамика постхолецистэктомического синдрома у больных ЖКБ

Наиболее выраженная позитивная динамика наблюдалась через месяц после операции в I группе исследуемых, которым применяли ускоренную

послеоперационную реабилитацию с санаторным этапом, по сравнению со II группой – реабилитация с амбулаторным этапом.

Результаты исследования показали, что через 1 и 6 месяцев после холецистэктомии у больных ЖКБ, которым применяли ускоренную послеоперационную реабилитацию и санаторный этап была более выраженная позитивная динамика и значимо меньше отмечалось клинических проявлений постхолецистэктомического синдрома, по сравнению с II группой, которые наблюдались амбулаторно. Как видно из представленных данных более выраженная позитивная динамика наблюдалась в I (основной) группе исследуемых.

Оценка исходного уровня вегетативного статуса у больных с ЖКБ выявила преобладание симпатического влияния ВНС – на 35% больше в сравнении с контрольной группой. Через месяц после операции наблюдалось значимое уменьшение числа лиц с симпатикотонией в обеих группах, на 27,44% и на 16,15% соответственно. Через 6 месяцев после операции отмечалась сохранение позитивной динамики - число больных с симпатикотонией в I группе уменьшилось на 13,48% больше по сравнению со II группой.

Состояние вегетативного тонуса по данным кардиоинтервалографии у больных ЖКБ исходно значимо отличались от контрольной группы, так показатель Мо был меньше на 21,9%, ВР на 33,3%, а уровень АМо и ИН были выше на 49% и на 72% соответственно.

Через 1 месяц после ХЭ у больных ЖКБ наблюдалась положительная динамика функционального состояния ВНС: показатель Мо увеличился в I группе на 22,8% и во II группе на 13,7%; ВР на 35,7% и на 20,0%, а уровень АМо снизился на 17,5% и на 12,5% ИН уменьшился на 50,9% и на 35,6% соответственно. Результаты исследования свидетельствуют, что снижение влияния симпатикотонии было более выражено в I группе обследуемых с ЖКБ, которым применяли ускоренную послеоперационную реабилитацию в сочетании с санаторным этапом, по сравнению со II группой - наблюдавшиеся после операции в амбулаторных условиях.

Через 6 месяцев у больных ЖКБ после операции ЛХЭ наблюдалась положительная динамика по вегетативному обеспечению, так в I группе отмечалось полное восстановление гармонизирующей функции ВНС. Показатели АМо и ИН в обеих группах снизились, но более значимая позитивная динамика была в I группе, где дополнительно применяли санаторный этап реабилитации, в сравнении со II группой, но контрольных значений в обеих группах не достигли.

Показатели свободно-радикального окисления у больных ЖКБ значимо отличались от контрольной группы. Уровни продуктов перекисного окисления липидов у больных ЖКБ были выше, чем в контрольной группе, показатель ДК и ШО на 20,5% ($p<0,05$) и 36,4% ($p<0,05$). Уровень ферментов антиоксидантной защиты: каталазы и глутатион-пероксидазы был ниже на 27,6% и 20,07% соответственно.

После операции наблюдалась позитивная динамика с уменьшением продуктов ПОЛ и увеличением ферментов антиоксидантной защиты, которая была более выраженная в I группе, по сравнению со II группой. В результате проведенного оперативного лечения и ускоренной реабилитации с применением санаторного этапа (через месяц) у лиц с ЖКБ I группы выявили снижение уровня диеновых конъюгатов на 15,8%, во II группе на 5,4%; уровень шиффовых оснований на 25,0% и 11,6%; отмечалось значимое увеличение активности ферментов антиоксидантной защиты: уровень каталазы на 37,2 % и 16,2% и уровень глутатионпероксидазы на 22,5% и 17,2 % соответственно.

Через 6 месяцев после ЛХЭ сохранялось позитивная динамика, показатели ПОЛ несколько снизились, но значимых различий между группами по уровню ДК и ШО не выявили. Выраженной динамики по уровню ферментов антиоксидантной защиты (после 6 месяцев) в обеих группах не отмечалось. В I группе исследуемых, которые получили ускоренную послеоперационную реабилитацию и санаторный этап восстановительного лечения, показатели свободно-радикального окисления были ближе к значениям контрольной группы в сравнении со II группой. Показатели антиоксидантной защиты во II группе были

ниже контрольных значений и свидетельствовали о неполном восстановлении свободно-радикального окисления.

Анализ психологического здоровья у больных с ЖКБ по тесту «САН» показал более низкий исходный уровень по сравнению с группой контроля, так уровень «Самочувствия» был ниже на 41,4%, «Активности» на 43,5%, и «Настроения» на 46,0%.

Оценка, проведенного через 1 месяц после операции, показала более выраженную позитивную динамику психологического здоровья в I группе – на фоне проводимой ускоренной послеоперационной реабилитации с санаторным этапом по сравнению со II группой, наблюдавшиеся амбулаторно. Установлено значимое увеличение уровня «Самочувствие» в I группе на 51,7% ($p < 0,05$) и во II группе на 40,2%, уровень «Активность» на 38,9% и на 32,3% соответственно по сравнению с исходным уровнем. Анализ результатов проведенного исследования не выявил значимых различий между группами в психоэмоциональной сфере по уровню «Настроение» и увеличение показателя было на 45,5% и 45,9% соответственно.

Через 6 месяцев после операции наблюдалась позитивная динамика, улучшились все показатели САН в обеих группах, причем показатели «Активность» и «Настроение» были приближены к значениям контрольной группы, разница была незначимой.

Оценки психологической сферы у больных с ЖКБ по уровню личностной и реактивной тревожности исходно выявили ухудшение психологического здоровья в сравнении с контрольной группой.

Через 1 месяц после ХЭ наблюдалась незначительное уменьшение числа лиц с низким уровнем ЛТ в I группе на 1,1% и во II группе на 2,7%; с высоким уровнем на 6,5% и 5,4% соответственно. Значимое улучшение наблюдалось у лиц с умеренным уровнем ЛТ, так в I группе увеличилось на 7,6% и во II группе на 8,1%. Выявлено незначительное уменьшение низкого уровня ЛТ: в I группе на 14,1%, во II группе на 9%, высокого уровня на 6,5% и 4,7%, увеличение умеренного уровня на 7,1% и 3,2% соответственно, в сравнении с исходными данными.

В I группе установлено уменьшение числа лиц с низким уровнем на 2,2% и во II группе на 2,7%, с высоким уровнем на 53,3% и 8,3% соответственно, а с умеренным уровнем РТ увеличилось на 7,7% и на 5,4% соответственно. Установлено значимое снижение в баллах умеренного и высокого уровня в РТ I группе по сравнению с показателями II группы.

Через 6 месяцев после ХЭ наблюдалась стабилизация числа больных ЖКБ с низким и умеренным уровнем личностной тревожности и уровня низкой ЛТ в баллах в обеих группах по сравнению с периодом 1 месяц после ХЭ. Несмотря на неизменное число лиц с высоким уровнем ЛТ в обеих группах по сравнению с периодом 1 месяц после ХЭ, высокий уровень ЛТ в баллах снижался. В I группе больных ЖКБ уровень низкой и высокой ЛТ был значимо ниже, чем в II группе.

Через 6 месяцев после операции средний уровень низкой РТ уменьшился в I и во II группе, значимо отличаясь от контрольной группы. Число лиц с низким уровнем РТ через 6 месяцев после операции практически не изменилось по сравнению с периодом через 1 месяц после операции в обеих группах.

Средние значения умеренного уровня РТ через 6 месяцев после операции увеличились по сравнению с периодом через 1 месяц после операции, значимо отличаясь от контрольной группы. В то же время в I группе умеренный уровень РТ был значимо ниже, чем в II группе исследуемых. Средний уровень высокой РТ через 6 месяцев после операции незначимо снизился в обеих группах по сравнению с периодом 1 месяц после операции. Во II группе средний уровень РТ был несколько выше, чем в I группе.

Результаты исследования больных с ЖКБ после холецистэктомии лапароскопическим доступом и проведенной ускоренной послеоперационной реабилитации показали улучшение психологического здоровья по показателям «Самочувствие», «Активность» и «Настроение», а также увеличение числа лиц с умеренным уровнем реактивной тревожности. Число лиц с высоким уровнем реактивной тревожности в динамике значимо снизилось в группе больных ЖКБ прошедших реабилитацию в санатории, в сравнении с больными, находившимися на амбулаторном наблюдении. Позитивный эффект в психологической сфере был

более выражен у больных ЖКБ, которым проводилась ускоренная послеоперационная реабилитация в условиях санатория «Юматово».

Анализ исходного уровня КЖ в сфере физического здоровья у больных с ЖКБ до оперативного вмешательства показал, что уровень общего состояния здоровья (GH) был ниже на 39,8%, уровень физического функционирования (PF) на 38,8% по сравнению с контрольной группой. Показатель ролевого функционирования, обусловленный физическим состоянием (RP), был ниже на 41,8% в сравнении с контролем и указывал на ограничение жизнедеятельности больных с ЖКБ, показатель шкалы «Боль» исходно был ниже на 43,0% по сравнению с контрольной группой. У исследуемых с ЖКБ определялось ограничение жизненной активности вследствие эмоциональных проблем (VT) и данный показатель был ниже на 49,35% в сравнении с группой контроля. Уровень социального функционирования (SF) также исходно был ниже на 36,4%, уровень «Ролевое функционирование» (RE), обусловленный эмоциональным состоянием, на 40,2% в сравнении с группой контроля.

Установлено более значимое улучшения качества жизни в сфере физического и психологического здоровья у пациентов I группы, которым применяли санаторный этап по сравнению со II группой, которые проходили реабилитацию амбулаторно.

У больных ЖКБ через 1 месяц после проведения ускоренной послеоперационной реабилитации с применением санаторного этапа наблюдалось улучшение показателя PF «физическое функционирование» в I группе увеличение на 33,5%, а во II группе на 13,8% в сравнении с исходным уровнем; показатель RP «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» в I группе увеличился на 27,3%, а во II группе на 16,3%, шкала «Боль» увеличилось на 30,9% и на 20,7% соответственно. Показатель VT «жизненная активность» в I группе увеличился на 47,9% и во II группе на 27,5%. Уровень SF «социальное функционирование» после операции увеличился на 39,4% и 21,3 % соответственно. Показатель «Ролевое функционирование» (RE) на фоне

ускоренной послеоперационной реабилитации увеличился в I группе на 32,6%, а во II группе на 19,7%.

Через 6 месяцев у больных ЖКБ после операции наблюдалось дальнейшее улучшение уровня КЖ в обеих группах, более выражено в I группе.

Оценка выполнения врачебных рекомендаций у больных ЖКБ через 6 месяцев после лапароскопической холецистэктомии показала, что в I группе, где применяли ускоренную послеоперационную реабилитацию с санаторным этапом, чаще придерживались врачебных рекомендаций, чем исследуемые II группы, наблюдавшиеся амбулаторно. В обеих группах исследуемых были лица, которые строго придерживались выполнения рекомендаций по лечению и профилактике заболеваний. У больных ЖКБ после ЛХЭ наиболее выполняемыми рекомендациями было медикаментозное лечение, а также запрет на употребление алкоголя и сладких газированных напитков.

Установлено, что больные ЖКБ I группы в 6 раз чаще, придерживались рекомендаций по выполнению ежедневных физических упражнений по сравнению со II группой; в I группе на 12,83% чаще выполняли рекомендации в отношении запрета на потребление алкогольных напитков, чем во II группе. Большее число лиц I группы придерживались рекомендованной частоты приема пищи, в отличие от больных ЖКБ II группы - одна треть. Число лиц, которые не соблюдали рекомендации по диете во II группе было на 29,97% больше чем в I группе. Больные с ЖКБ после холецистэктомии I группы в 96,7% случаев регулярно принимали медикаментозное лечение, во II группе на 10,3% меньше, данные представлены в таблице 1.

Результаты проведенного исследования у больных с ЖКБ после холецистэктомии лапароскопическим доступом и ускоренной послеоперационной реабилитации показали разный уровень выполнения предписанных рекомендаций, причем доля лиц придерживающихся предписанных рекомендаций была значимо выше в группе, прошедших реабилитацию в санатории, по сравнению с наблюдавшимися амбулаторно.

Таблица 1 - Приверженность к выполнению врачебных рекомендаций больных с желчекаменной болезнью после холецистэктомии через 6 месяцев

Вопрос	Выполняете ли Вы ежедневно рекомендованные физические упражнения?			
Варианты ответов	Да, выполняю	Нет, были пропуски 1-2 раза за месяц	Нет, были пропуски 3 и более раз за месяц	
	Абс. %	Абс. %	Абс. %	
I группа (n-91)	46 50,55*	36 39,56	9 9,89*	
II группа (n-37)	3 8,11	12 32,43	22 59,46	
Вопрос	Принимали ли Вы за прошедший месяц алкогольные напитки?			
Варианты ответов	Нет		Да	
	Абс. %		Абс. %	
I группа (n-91)	83 91,21*		8 8,79*	
II группа (n-37)	29 78,38		8 21,62	
Вопрос	Как часто вы принимали пищу 5-6 в день на протяжении последнего месяца			
Варианты ответов	Практически все время	Большую часть месяца	Меньшую часть месяца	
	Абс. %	Абс. %	Абс. %	
I группа (n-91)	82 90,11*	9 9,89*		
II группа (n-37)	11 29,73	24 64,86	2 5,41	
Вопрос	Принимали ли вы острую (жареную, пряную) пищу за последний месяц			
Варианты ответов	Нет	1-2 раза в месяц	1-2 раза в неделю	3 и более раз в неделю
	Абс. %	Абс. %	Абс. %	Абс. %
I группа (n-91)	74 81,32*	6 6,59	5 5,49*	6 6,59
II группа (n-37)	19 51,35	5 13,51	8 21,62	5 13,51

* - при $p < 0,05$ в сравнении со II группой.

Изучение типа отношения к болезни, которое имеет прогностическое значение, исходно у больных ЖКБ преобладал эргопатический – 56 (43,7%), анозогностический – 26 (20,3%) и смешанный (анозо-эргопатический) тип отношения к болезни – 11 (8,5%) в обеих исследуемых группах. Гармоничный тип отношения к болезни выявлялся лишь у 7,6% в I группе и 8,1% в II группе, другие типы отношения к болезни составляли менее 5%.

Через месяц после ЛХЭ в I группе, где применяли санаторный этап реабилитации, увеличилось в 3 раза число лиц с гармоничным типом отношения к болезни и уменьшилось число лиц с эргопатическим типом отношения к болезни. Во II группе исследуемых -поликлинический этап реабилитации, наблюдалось увеличение числа лиц с гармоничным ТОО лишь в 2 раза, а доля лиц с эргопатическим типом отношения к болезни не изменилось. По отдаленным результатам лечения выраженной динамики типов отношения к болезни не отмечалась.

Таким образом, применение ускоренной послеоперационной реабилитации у больных с ЖКБ после ЛХЭ показало положительную динамику клинических данных. Более выраженные изменения отмечались у больных ЖКБ прошедших реабилитацию в санатории по сравнению наблюдавшимися амбулаторно.

Наше исследование установило более высокую эффективность применения санаторного этапа реабилитации у больных с ЖКБ после ЛХЭ и проведенной ускоренной послеоперационной реабилитации в сравнении с прошедшими реабилитацию амбулаторно.

ВЫВОДЫ

1. У больных желчекаменной болезнью исходно выявляются симптомы желудочно-кишечного дискомфорта, дисбаланс вегетативного обеспечения, нарушение свободно-радикального окисления с увеличением продуктов перекисного окисления липидов: диеновых конъюгатов на 25,1%, шиффовых оснований на 57,1% и снижение уровня ферментов антиоксидантной защиты: каталазы на 27,6%, глутатионпероксидазы на 20,1%.

2. После лапароскопической холецистэктомии у больных с желчнокаменной болезнью применение ускоренной послеоперационной реабилитации с включением санаторно-курортного этапа позволяет уменьшить частоту диспепсических и болевых проявлений по сравнению с группой амбулаторного наблюдения; улучшить качество жизни с увеличением уровня общего состояния здоровья на 25,4% и 8,8%; физического функционирования на 33,3% и 13,8%; психологического здоровья на 29,3% и 10,4% соответственно.

3. В результате применения ускоренной послеоперационной реабилитации с санаторным этапом восстановления у больных с желчнокаменной болезнью через 1 месяц после лапароскопической холецистэктомии отмечалось восстановление вегетативного обеспечения - увеличение показателей вариационного размаха на 35,7% и 20,1%; снижение числа лиц с высоким уровнем реактивной тревожности на 46,6%; нормализация свободно радикального окисления: снижение диеновых конъюгатов на 15,7%, шиффовых оснований на 25,1%, увеличение каталазы на 37,2%, глутатионпероксидазы на 22,3%.

4. Через 6 месяцев наблюдения у больных с желчнокаменной болезнью после лапароскопической холецистэктомии и применения ускоренной послеоперационной реабилитации в группе с санаторным этапом сохранялась позитивная динамика свободно-радикального окисления, улучшение вегетативного обеспечения с уменьшением индекса напряжения на 58,5%, снижение числа лиц с высоким уровнем реактивной тревожности на 53,3%, а в группе амбулаторного наблюдения 44,5% и 33,3% соответственно.

5. Изучение отдаленных результатов лечения после лапароскопической холецистэктомии у больных с желчнокаменной болезнью с применением ускоренной послеоперационной реабилитации в группе с санаторным этапом восстановительного лечения показало меньшее число лиц с постхолецистэктомическим синдромом в сравнении с группой амбулаторного наблюдения, более выраженная позитивная динамика была по уровню качества жизни - общее состояние здоровья увеличилось на 42,4% и 26,1%, физическое функционирование на 49,8% и 31,4%, психологическое здоровье на 37,6% и 26,1% соответственно.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Больным желчнокаменной болезнью после лапароскопической холецистэктомии рекомендуется проведение ускоренной послеоперационной реабилитации с применением санаторного этапа для уменьшения числа лиц с постхолецистэктомическим синдромом и повышения компенсаторно-адаптационных возможностей организма.

В комплексе реабилитационных мероприятий у больных желчнокаменной болезнью на этапе санаторно-восстановительного лечения рекомендуются медицинские технологии с включением лечебных факторов санатория – кумыс и лечебная физкультура, которые улучшают клиническое течение, восстанавливают вегетативное обеспечение и нормализуют свободно-радикальное окисление.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Мингазова, Л.Р. Влияние экзогенных факторов на состояние гепатобилиарной системы / Л.Р. Мингазова, Р.А. Низамов, Р.Ш. Мирхайдаров // Актуальные вопросы экологии человека: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (21-23 октября 2015 года, Уфа). – Уфа, 2015. - С.98-101.
2. Состояние иммунной системы у лиц с хроническим вирусным гепатитом проживающих в промышленном городе / Р.А. Низамов, Р.Ш. Мирхайдаров, Р.Н. Кильдибекова[и др.] // Актуальные вопросы экологии человека. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием (21-23 октября 2015 года, Уфа). – Уфа, 2015. - С. 66-70.
3. Сагитдинов, Р.Р. Улучшение качества жизни у больных желчнокаменной болезнью после холецистэктомии / Р.Р. Сагитдинов, Р.А. Низамов // Качество жизнеобеспечения населения: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Уфа, 2016. - С.96-100.
4. Низамов, Р.А. Клиническая характеристика больных желчнокаменной болезнью на предоперационном этапе / Р.А. Низамов // Вестник БГМУ. – 2017. - № 3, прил. 2. - С. 1166-1169.

5. Тимербулатов Ш.В. Качество жизни больных желчнокаменной болезнью после холецистэктомии /Ш.В. Тимербулатов, Р.А. Низамов// **Медицинский вестник Башкортостана.** – 2017. – Т. 12, №5 (71). - С.112-115.
6. Тимербулатов, Ш.В. Состояние психологического здоровья больных с желчекаменной болезнью /Ш.В. Тимербулатов, Р.А. Низамов // Вестник БГМУ. – 2017. -№ 1. - С. 49-55.
7. Тимербулатов Ш.В. Динамика клинических показателей качества жизни и выполнение врачебных рекомендаций у больных желчнокаменной болезнью после холецистэктомии /Ш.В. Тимербулатов, Р.А. Низамов// **Практическая медицина.** – 2018. - Т.16, вып.6. – С.195-200.
8. Тимербулатов Ш.В. Психологические особенности больных с желчекаменной болезнью после холецистэктомии /Ш.В. Тимербулатов, Р.А. Низамов, Р.Н. Кильдибекова// **Вестник современной клинической медицины.** – 2018. – Т. 11, вып. 6. – С.23–28. DOI:10.20969/VSKM.2018.11(6).23-28.

Список сокращений

АМо - амплитуда моды

ВИ – вегетативный индекс

ВНС – вегетативная нервная система

ВР - вариационный размах

ВСР - вариабельность сердечного ритма

ДК - диеновые конъюгаты

ЖКБ – желчнокаменная болезнь

ИН - индекс напряжения регуляторных систем или стресс

КЖ - качество жизни

ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия

ЛФК – лечебная физическая культура

ПОЛ – перекисное окисление липидов

СРО – свободно-радикальное окисление

ТОБ - тип отношения к болезни