

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ СФЕРА  
ПАЦИЕНТОВ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ  
В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ**

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России

<sup>2</sup>Рехбергклиник, Бреттен, Германия

Статья представляет результаты изучения соматических и эмоциональных составляющих клинических проявлений постхолецистэктомического синдрома у 100 пациентов, перенесших холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни свыше 1 года назад. Установлено, что субъективные и объективные результаты проведенной холецистэктомии в отдаленном периоде во многом определяются особенностями течения желчнокаменной болезни и ее осложнениями на дооперационном этапе, отношением пациентов к собственному заболеванию, их мотивацией в принятии решения о показаниях и сроке операции. Наибольшее снижение качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде отмечено у пациентов с рецидивирующим и малосимптомным течением желчнокаменной болезни в связи с комплексом диспепсических и болевых ощущений, ассоциированных с билиарными дисфункциями и проявлениями билиарнозависимого панкреатита.

*Ключевые слова:* желчнокаменная болезнь, постхолецистэктомический синдром, качество жизни, эмоционально-личностная сфера.

**QUALITY OF LIFE AND EMOTIONAL-PERSONAL SPHERE  
OF PATIENTS WITH POST-CHOLECYSTECTOMY SYNDROME  
IN LATE POSTOPERATIVE PERIOD**

G.S. Dzhulay, M.A. Lvova

<sup>1</sup>Tver State Medical University, Russia

<sup>2</sup>Rechbergklinik, Bretten, Germany

The article presents the results of physical and emotional components of the clinical manifestations study of 100 cholecystectomized patients for cholelithiasis over 1 year ago. It was found that long term subjective and objective results of the cholecystectomy in many respects determined by the course characteristics of gallstone disease and its complications in the preoperative period, the patient's attitude to his own disease, their motivation in deciding about the indications and timing of the operations. The greatest decrease in quality of life in the late postoperative period was observed in patients with recurrent and oligosymptomatic course of gallstones due to the complex of dyspeptic and pain perception associated with biliary dysfunction and symptoms of biliary pancreatitis.

*Key words:* cholelithiasis, post-cholecystectomy syndrome, quality of life, emotional-personal sphere.

**Введение**

Большая распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) в популяции и несомненные успехи абдоминальной хирургии не дают оснований прогнозировать снижение числа успешно выполняемых холецистэктомий (ХЭ). Более того, можно предполагать расширение показаний к плановым и экстренным вмешательствам, особенно

малоинвазивным, и, соответственно, рост оперативной активности при ЖКБ. Считается, что выполненная по показаниям своевременная плановая ХЭ в условиях высококвалифицированного хирургического стационара приводит к полному выздоровлению и полному восстановлению трудоспособности и качества жизни у большинства пациентов. Однако исследования последних лет показали, что качество жизни части пациентов после ХЭ ниже, чем до операции, связывая это с развитием комплекса ощущений и проявлений патологии системы пищеварения в послеоперационном периоде – постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС). При этом хирурги продолжают поиск путей совершенствования превентивных механизмов формирования ПХЭС в самой технологии оперативного пособия, объясняя субъективное неблагоприятное состояние пациентов в отдаленном периоде после ХЭ именно с дефектами ее выполнения. Терапевты же склонны к расширительному толкованию данного синдрома, связывая его с недиагностированным на дооперационном этапе болезнью и неустранимым в ходе ХЭ (а, возможно, и потенциально неустранимым?) комплексом органических и функциональных изменений в системе пищеварения больного ЖКБ. Как бы то ни было, снижение КЖ больного, перенесшего ХЭ в разных модификациях хирургической техники, отмечается как едва ли не закономерное явление, особенно при исходно малосимптомном течении ЖКБ. В то же время детальный анализ характера течения ЖКБ на дооперационном этапе и его связи с субъективным благополучием/неблагополучием в отдаленном послеоперационном периоде в литературе практически не представлен.

**Целью** настоящей работы явилось выяснение особенностей качества жизни и эмоционально-личностной сферы пациентов со сформированным ПХЭС в отдаленном периоде после ХЭ в зависимости от особенностей течения ЖКБ на дооперационном этапе.

#### **Материалы и методы**

Обследовано 100 больных (80 женщин и 20 мужчин) в возрасте  $57,2 \pm 12,81$  лет ( $X \pm s$ ), перенесших лапароскопическую ХЭ по поводу ЖКБ более года назад. Все они были отобраны методом случайной выборки по данным диспансерных журналов хирургов поликлиник г. Твери. Критерием включения в исследование являлось наличие у них жалоб со стороны органов пищеварения и верифицированного с помощью дополнительных методов диагностики ПХЭС. Критериями исключения служили: «благополучные» (без жалоб) постхолецистэктомические состояния, сопутствующие заболевания со стойким снижением трудоспособности и качества жизни, в частности, сердечно-сосудистой (тяжелые формы ИБС: стенокардия выше II функционального класса, постинфарктный кардиосклероз, сердечная недостаточность выше I стадии, артериальная гипертензия выше II стадии и 2 степени), нервной (состояния после

инсультов, энцефалопатия любого генеза выше I степени) систем, сахарный диабет тяжелого течения, злокачественные новообразования любой локализации.

Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее детализацию жалоб и их количественную оценку с помощью визуальных аналоговых шкал с расчетом предложенного нами индекса субъективного восприятия болезни (ИСВБ). Детали анамнеза уточнялись по медицинской документации пациентов, особое внимание уделялось времени, способу и обстоятельствам, связанным с операцией. Осмотр проводился по традиционной схеме; пациентам выполнялась эзофагогастродуоденоскопия, УЗИ органов брюшной полости с оценкой состояния печени, поджелудочной железы, по показаниям выполнялась внутривенная холангиография, а по строгим показаниям – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Исследование качества жизни осуществлялось с помощью адаптированного для гастроэнтерологических больных теста КЖ КНЦ РАМН.

Статистическая обработка созданной базы данных проводилась с помощью пакета программ STATISTICA (версия 6.1). Использован однофакторный дисперсионный анализ, критерий  $\chi^2$ . Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

По характеру течения ЖКБ на дооперационном этапе пациенты были разделены на 3 группы. Первую составили 26 человек, у которых до ХЭ имело место бессимптомное камненосительство либо только диспепсические расстройства – подобное течение ЖКБ было обозначено как «малосимптомное». В состав второй группы вошли 55 больных с торпидным течением ЖКБ, предполагавшим предшествующие ХЭ редкие (менее 5 эпизодов) желчные колики и постоянные тупые боли в правом подреберье. Третья группа была образована 19 пациентами с рецидивирующим течением ЖКБ, характеризовавшимся частыми (более 5 эпизодов) желчными коликами и/или механической желтухой в анамнезе. По длительности послеоперационного периода (от проведения ХЭ до настоящего исследования) группы были сопоставимы: она колебалась в пределах 6,90–7,48 лет без статистически значимых различий.

### **Результаты исследования**

Изучение средней длительности дооперационного периода в группах больных с ПХЭС показало, что у обследованных с малосимптомным и торпидным течением ЖКБ она была примерно одинакова –  $3,0 \pm 3,52$  и  $2,8 \pm 3,64$  лет соответственно ( $P=0,816$ ), тогда как у больных с рецидивирующим течением ЖКБ оказалась наибольшей –  $8,2 \pm 6,82$  лет ( $P<0,0001$ ). При этом (табл. 1) все пациенты группы I и половина (54,5%) группы II были прооперированы в плановом порядке, тогда как большинство больных (73,7%) в группе III

перенесли ХЭ по экстренным показаниям. Установлено, что билиарные дисфункции как проявления ПХЭС имели место во всех группах пациентов с примерно равной частотой, однако органические поражения желчевыводящих протоков (ЖВП) в виде рубцовых стриктур и холедохолитиаза чаще встречались у больных с рецидивирующим течением ЖКБ (группа III). Билиарнозависимый панкреатит, напротив, чаще выявлялся у пациентов группы I. Обращает на себя внимание, что, по данным медицинской документации, ни у одного из них на дооперационном этапе не было верифицировано хронического панкреатита, и патологические изменения поджелудочной железы сформировались уже после ХЭ. Во всех группах у ряда пациентов обнаруживалось сочетание дисфункций ЖВП и хронического панкреатита, но наиболее часто подобная комбинация имела место у лиц с рецидивирующим течением ЖКБ (группа III), однако, в отличие от больных группы I, у большинства из них проявления хронического панкреатита имели место еще до операции.

Таблица 1

### Сравнительная характеристика обследованных пациентов

Характеристики	Группы больных			P
	Группа I n=26	Группа II n=55	Группа III n=19	
Средняя длительность дооперационного периода, лет (X±s)	3,0±3,52	2,8±3,64	8,2±6,82	<0,0001
Средняя длительность послеоперационного периода, лет (X±s)	7,0±6,85	7,5±6,62	6,9±5,16	0,921
Характер проведенной операции, абс. (%)				
Экстренный	0(0)	25(45,5)	14(73,7)	<0,0001
Плановый	23(100)	30(54,5)	5(26,3)	
Частота выявления и характер ПХЭС, абс. (%)				
Билиарные дисфункции	6(23,1)	20(36,4)	4(21,1)	0,304
Билиарнозависимый панкреатит	12(46,2)	14(25,5)	4(21,1)	0,106
Сочетание билиарных дисфункций и панкреатита	8(30,8)	21(38,2)	11(57,9)	0,171
Рубцовые стриктуры ЖВП	1(3,8)	0(0)	3(15,8)	0,010
Холедохолитиаз	1(3,8)	2(3,6)	3(15,8)	0,136
Частота выявления основных клинических синдромов, абс. (%)				
Абдоминальный болевой	13(50,0)	29(52,7)	14(73,7)	0,220
Желудочной диспепсии	21(80,8)	41(74,5)	15(78,9)	0,804
Билиарной диспепсии	17(65,4)	37(67,3)	14(73,7)	0,826
Кишечной диспепсии	21(80,8)	34(61,8)	13(68,4)	0,233
Индекс субъективного восприятия болезни, баллы (X±s)	16,8±6,62	12,6±6,45	16,0±8,45	0,021

Примечание: P – статистическая значимость различий между группами.

Анализ основных клинических синдромов показал, что абдоминальные боли чаще всего беспокоили пациентов группы III (73,7% случаев). Это были постоянные тупые распирающие болевые ощущения, нередко опоясывающего характера, локализованные в верхних отделах живота. Следует отметить, что в группе I у лиц с бессимптомным камненосителем либо скудными проявлениями диспепсии частота его выявления после ХЭ составила 50%, причем боли носили постоянный характер. Среди лиц с торпидным течением ЖКБ они имели место в 52,7 % наблюдений и протекали по типу приступов желчной колики. Желудочная и кишечная диспепсия наиболее часто регистрировалась в группе I (по 80,8% случаев соответственно) и была представлена горькой отрыжкой, горечью во рту, изжогой, переполнением и тяжестью в эпигастрии, метеоризмом, диареей. При этом проявления желудочной и кишечной диспепсии в группе III присутствовали у пациентов постоянно, а группах I и II провоцировались пищевыми факторами.

Субъективное восприятие своего заболевания (табл. 1) у больных групп I и III практически не различалось: ИСВБ составил  $16,8 \pm 6,62$  и  $16,0 \pm 8,45$  ( $P=0,723$ ) баллов соответственно, достоверно превышая данный показатель у пациентов группы II:  $12,6 \pm 6,45$  баллов ( $P=0,021$ ).

Изучение типов отношения к болезни развивает данную тенденцию (рис. 1). У пациентов группы I структура типов отношения к болезни сходна с таковой в группе III: преобладают тревожный, ипохондрический и сенситивный типы, характеризующиеся интер- и интрапсихической направленностью и способствующие формированию дезадаптивного поведения пациентов в связи с заболеванием. В группе II, напротив, доминировали эргопатический и гармоничный типы, т.е. восприятие заболевания у большинства обследованных было адекватным, и социальная адаптация пациентов при этом не страдала.

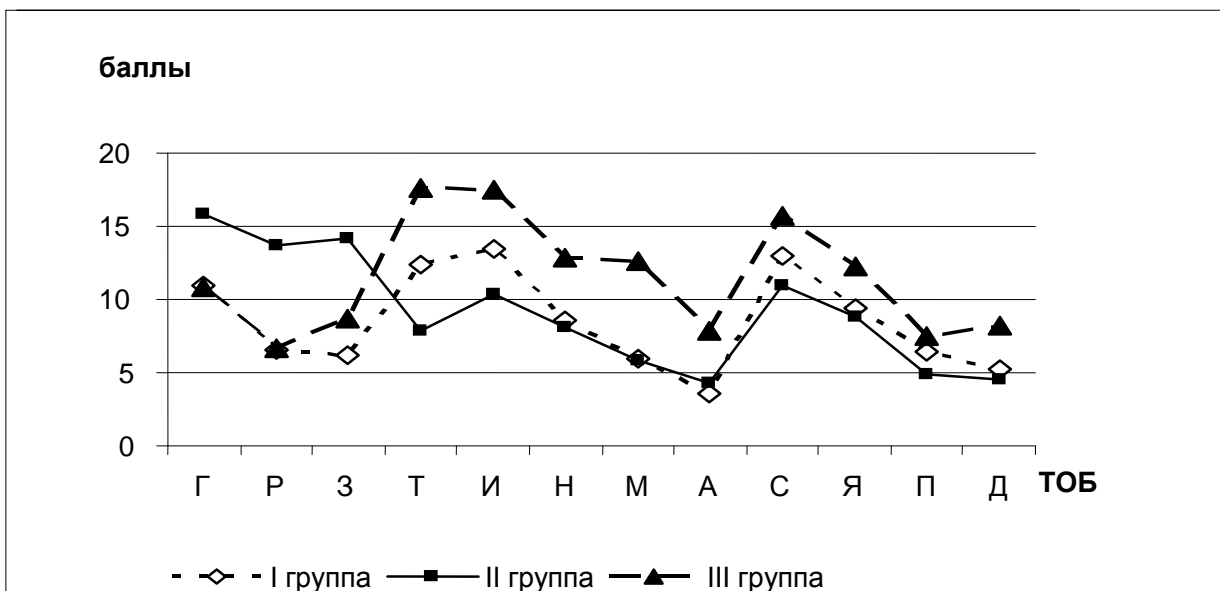


Рис. 1. Типы отношения к болезни у пациентов с ПХЭС.

Примечание: типы отношения к болезни - Г – гармоничный, Э – эргопатический, З – анозогнозический, Т – тревожный, И-ипохондрический, Н – неврастенический, М – меланхолический, А – апатический, С – сенситивный, Я – эгоцентрический, П – паранойяльный, Д – дисфорический.

При изучении параметров КЖ (рис. 2) установлено, что наибольший эмоциональный негативизм вызывала у пациентов необходимость лечения (шкала 1), постоянного соблюдения диеты (шкала 14), повторные инструментальные диагностические процедуры (шкала 15), изменение во внешнем облике в связи с болезнью, преимущественно – прибавка в весе (шкала 16). Усредненные профили КЖ располагались в диапазоне отрицательных значений, но при этом КЖ лиц группы III страдало наиболее существенно. У пациентов группы I КЖ оказалось ниже, чем у лиц с торпидным течением заболевания (группа II).

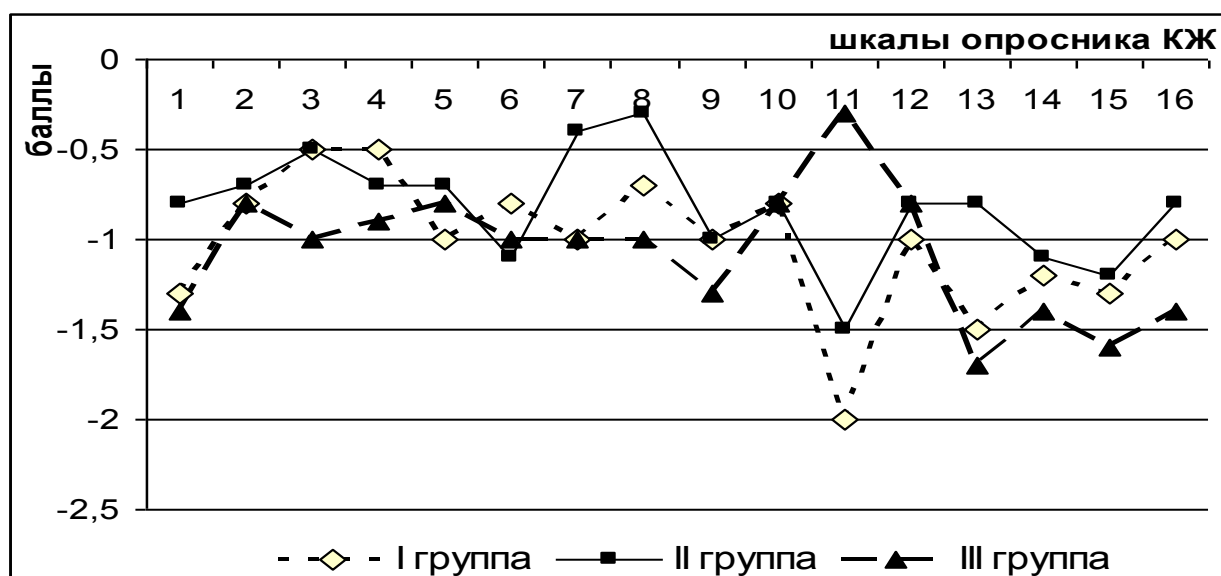


Рис. 2. Усредненные профили КЖ пациентов с ПХЭС.

Данный факт подтверждает количественная оценка КЖ (табл. 3). Суммарный индекс КЖ у больных группы III был наименьшим –  $-9,3 \pm 5,16$  балла, а у обследованных группы II оказался наибольшим –  $-5,7 \pm 3,71$  балла. Индексы выбранных шкал подчинялись той же закономерности (табл. 3).

Таблица 3

**Индексы качества жизни пациентов с ПХЭС в баллах,  $X \pm s$**

Индексы	Группа I n=26	Группа II n=55	Группа III n=19	P
Индекс качества жизни	$-7,3 \pm 3,51$	$-5,6 \pm 3,71$	$-9,3 \pm 5,16$	0,003
Индекс выбранных шкал	$5,2 \pm 3,33$	$4,3 \pm 1,99$	$6,3 \pm 2,70$	0,002

Примечание: P – статистическая значимость различий между группами (использован однофакторный дисперсионный анализ).

**Обсуждение полученных результатов**

Полученные данные свидетельствуют, что у пациентов с ПХЭС в отдаленные сроки после ХЭ субъективная оценка результатов выполненной операции нередко отличается эмоциональным негативизмом и несоответствием с тяжестью и потенциальной опасностью дооперационного течения ЖКБ.

Не вызывает удивления, что худшие функциональные результаты проведенного оперативного вмешательства отмечаются у пациентов с рецидивирующим течением ЖКБ, переносивших пять и более эпизодов желчной колики и еще на дооперационном этапе имевших сформированный хронический билиарнозависимый панкреатит. Именно эта категория пациентов отличалась наибольшей продолжительностью дооперационного течения ЖКБ, что, в какой-то мере, можно связать с преобладанием у них тревожного, ипохондрического и сенситивного типов отношения к болезни и, соответственно, дезадаптивным (неконструктивным) поведением в связи с имеющимся заболеванием. Такая модель поведения породила отсроченное согласие на необходимое оперативное лечение симптомной ЖКБ, в итоге большая часть пациентов с рецидивирующим течением заболевания (73,7% случаев) была, в конечном счете, прооперирована по экстренным показаниям, а в формировании ПХЭС имели место его органические причины, которые в первую очередь и сопровождают экстренные холецистэктомии. К уже имевшемуся у данной категории пациентов панкреатиту с функциональной недостаточностью органа в послеоперационном периоде присоединялись билиарные (сфинктерные) дисфункции, что и определяло наиболее низкое качество жизни. Это, в свою очередь, оправдывало дооперационную «нерешительность» в отношении показаний к оперативному лечению с

заведомо предполагаемым недоверием к его позитивному исходу, разочарованием и даже сожалением.

В то же время пациенты с малосимптомным или бессимптомным течением ЖКБ на дооперационном этапе также имели неблагоприятный отдаленный функциональный результат оперативного лечения. Прооперированные исключительно в плановом порядке, они вправе были ожидать благоприятного исхода лечения как с точки зрения профилактики возможных осложнений ХЭ, так и субъективного благополучия. Преобладание у них тревожного, ипохондрического и сенситивного типов отношения к болезни легко объясняет мотивы их согласия на проведения ХЭ в условиях хорошего предоперационного самочувствия. Объективной причиной ухудшения самочувствия является достаточно высокая частота послеоперационного развития хронического билиарнозависимого панкреатита (46,2% случаев).

Качество жизни пациентов с торпидным течением ЖКБ, характеризующимся упорным болевым синдромом «правого подреберья» и выраженной комбинированной диспепсией (желудочной, кишечной и билиарной), в отдаленном периоде ХЭ нарушалось в меньшей степени, чем у лиц с рецидивирующим или малосимптомным течением болезни. При этом частота выявления клинической симптоматики ПХЭС у них существенно не различалась сравнительно с другими пациентами, а субъективное восприятие болезни определялось и выраженностью как билиарных дисфункций, так и функциональной недостаточности поджелудочной железы. Решение о согласии на оперативное лечение им приходилось принимать для достижения субъективного благополучия, чему в немалой степени способствовало и адекватное отношение к собственному заболеванию, преимущественно эргопатическое и гармоничное.

### **Заключение**

Проведенные исследования больных с постхолецистэктомическим синдромом свидетельствуют, что субъективные и объективные результаты проведенной холецистэктомии в отдаленном периоде помимо техники вмешательства и качества его выполнения во многом определяются особенностями течения ЖКБ и ее осложнениями на дооперационном этапе, отношением пациентов к собственному заболеванию, мотивацией в принятии решения о показаниях и сроке операции.

### **Литература/References**

1. Славин Л.Е. Лапароскопическая холецистэктомия // Практическая медицина. – 2010. – № 2 (41). – С. 30-35.



2. Лазебник Л.Б., Ежова Т.Б., Копанева М.И. Сравнительное исследование качества жизни больных желчнокаменной болезнью и постхолецистэктомическим синдромом // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2003. - № 2-3. – С. 92.
3. Осипенко М.Ф., Волошина Н.Б., Литвинова Н.В. Последствия оперативного лечения желчнокаменной болезни // Практическая медицина. – 2012. – № 3 (58). – С. 33-36.
4. Ковалев А.И., Соколов А.А., Аккуратова А.Ю. Постхолецистэктомический синдром: причины и тактика хирургического лечения // Новости хирургии. – 2011. – Т. 19, № 1. – С. 16-21.
5. Паршиков В.В., Фирсова В.Г., Градусов В.П. и др. Осложнения желчнокаменной болезни и хирургические вмешательства как причины постхолецистэктомического синдрома // Медицинский альманах. – 2011. – № 5. – С. 266-269.
6. Лебедев С.В., Еремеев А.Г., Татаринов А.П., Свистунов И.О. Роль патологических изменений билиарно-панкреатодуоденальной зоны в развитии постхолецистэктомического синдрома // Эксперимент. и клинич. гастроэнтерология. – 2013. – № 11. – С. 34-37.
7. Ильченко А.А. Постхолецистэктомический синдром: взгляд на проблему с позиции терапевта // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16, № 2. – С. 37-44.
8. Быстровская Е.В. Постхолецистэктомический синдром: патогенетические и терапевтические аспекты проблемы // Медицинский совет. – 2012. – № 2. – С. 83-87.
9. Казюлин А.Н. Нарушения пищеварения при постхолецистэктомическом синдроме и возможности их коррекции // Медицинский совет. – 2013. – № 2. – С. 14-24.
10. Самсонов А.А., Плотникова Е.Ю., Рубан А.П. и др. Желчнокаменная болезнь, холецистэктомия. Что дальше? // Медицинский совет. – 2014. – № 4. – С. 50-54.
11. Григорьева И.Н., Романова Т.И. Качество жизни у больных желчнокаменной болезнью в отдаленный период после холецистэктомии // Эксперимент. и клинич. гастроэнтерология. – 2010. – № 9. – С. 38-43.
12. Джулай Г.С. Особенности вегетативных функций у больных хроническим гастритом // Клиническая медицина. - 2000. - № 6. - С. 28.
13. Калинин М.Н., Джулай Г.С. Наукометрические показатели в системе организации науки и оценке эффективности научной деятельности ВУЗов // Верхневолжский медицинский журнал. - 2013. - Т. 11. - № 4. - С. 4-5.
14. Чернин В.В., Джулай Г.С. Клинико-патогенетические варианты хронического гастрита // Терапевтический архив. - 2004. - Т. 76. № 2. - С. 22-27.

15. Джулай Г.С., Чернин В.В. Качество жизни и отношение к болезни у пациентов с хроническим гастритом // Клиническая медицина. - 2002. - № 7. - С. 32.
16. Джулай Г.С., Секарева Е.В., Курицын В.М., Джулай Т.Е. Клинико-патогенетические варианты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: факторы риска и предикторы развития // Терапевтический архив. - 2013. - Т. 85. - № 2. - С. 8-12.
17. Джулай Г.С., Погорельцева О.А., Слюсарь Т.А. Инсульт-индуцированные нозокомиальные пневмонии: теория и практика // Верхневолжский медицинский журнал. - 2010. - Т. 8. № 4. - С. 44-48.
18. Джулай Г.С. Инфекционные эзофагиты // Верхневолжский медицинский журнал. - 2009. - Т. 7. № 1. - С. 31-34.