

При попытке прогнозирования развития гриппоподобного синдрома в 1-й месяц комбинированной антивирусной терапии выявлена значимость таких предикторов, как генотип HCV ($p = 0,012$) и ВН ($p = 0,014$); состоятельность модели ($\chi^2 = 19,4$, $df = 5$, $p < 0,002$), влияние комбинации двух перечисленных предикторов и злоупотребления алкоголем составили 47% ($R^2 = 0,474$), правильность прогноза — 76,6%, вероятность развития гриппоподобного синдрома:

$$\log \frac{p}{1-p} = -2,54 + 2,69 \text{ генотип 1a} + 8,07 \text{ генотип 2} + 2,38 \text{ генотип 3} + 2,67 \text{ высокая ВН} - 1,94 \text{ злоупотребление алкоголем.}$$

Сведения об авторах:

Клинический центр «Арменикум»

Саркисянц Нарина Константиновна — канд. мед. наук, врач-инфекционист; e-mail: sknarina70@mail.ru

Научно-исследовательский институт курортологии и физической медицины МЗ РА

Григорян Эдуард Грачиевич — д-р мед. наук, проф., гл. гастроэнтеролог МЗ РА, науч. рук. реабилитационного отд-ния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Никитин И. Г. Лечение хронического гепатита С: вчера, сегодня, завтра. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2002; 6: 11—6.
2. Рекомендации по лечению гепатита С. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003; 2: 4—13.
3. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Management of hepatitis C. Hepatology. 2002; 36: 3—20.
4. Hadziyannis S. J., Sette H. Jr., Morgan T. R. et al. Peginterferon alfa-2a and ribavirin combination therapy in patients with chronic hepatitis C with: a randomized study of treatment duration and ribavirin dose. Ann. Intern. Med. 2004; 140: 346—55.
5. Marcellin P. Management of patient with Viral Hepatitis. Paris: AP-MANV; 2004.
6. Falck-Ytter Y., Kale H., Mullen K. D. et al. Surprisingly small effect of antiviral treatment in patients with hepatitis C. Ann. Intern. Med. 2002; 136: 288—92.

Факторами риска (отношение рисков 14,7) явились генотип 1a и высокая ВН (отношение рисков 14,5).

Выводы

1. Наиболее частыми побочными эффектами лечения хронического гепатита С пегилированным интерфероном α -2a с рибавирином являлись лейкопения, тромбоцитопения, похудание, усталость, депрессия.

2. Лечение больных хроническим гепатитом С пегилированным интерфероном α -2a с рибавирином было прервано из-за побочных эффектов в 9,6% случаев: временное прерывание, связанное с назначением пегилированного интерферона α -2a, имело место у 5,5% больных, а обусловленное рибавирином — у 4,1%.

7. Армякина О. Л. Гематологические параллели при хроническом вирусном гепатите В и С. Клиническая лабораторная диагностика. 2005; 8: 47—51.
8. Ющук Н. Д., Климова Е. А., Знойко О. О., Кареткина Г. Н. и др. Протокол диагностики и лечения больных вирусными гепатитами В и С. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2010; 20 (6): 4—60.
9. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis C. J. Hepatol. 2011; 55: 245—64.
10. Fried M. W. Side effects of therapy of hepatitis and their management. Hepatology. 2002; 36 (1): 5237—44.
11. Hepatology — a clinical textbook. 2-ed. Germany, Düsseldorf: flying Publisher; 2010.
12. Weksler B. B. Review article: the pathophysiology of thrombocytopenia in hepatitis C virus infection and chronic liver disease. Aliment. Pharmacol. Ther. 2007; 26 (1): 13—9.

Поступила 30.10.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.366-003.7-089.87-06:616-009.71-07

ДИНАМИКА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

М. Ф. Осипенко, Н. В. Литвинова, Н. Б. Волошина, Я. А. Фролов

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России

Цель исследования — анализ гастроинтестинальных симптомов и сохранения факторов риска или их возникновения в разные сроки после холецистэктомии у больных желчно-каменной болезнью (ЖКБ).

Проведено проспективное когортное открытое наблюдательное исследование с использованием анкетирования пациентов исходно, через 6 и 36 мес после холецистэктомии по поводу ЖКБ.

Через 6 мес после холецистэктомии билиарная боль — основной симптом ЖКБ — наблюдалась у 65,9% больных, а через 36 мес продолжала беспокоить более половины (57,3%) больных. Логистический унивариантный регрессионный анализ выявил большую вероятность сохранения и/или появления билиарной боли через 6 мес после операции при имеющихся приступах желчной колики до холецистэктомии — отношение рисков (ОР) 5,3 ($p = 0,001$ и при наличии наследственной отягощенности по ЖКБ (ОР 2,7, $p = 0,038$). Через 3 года (36 мес) после операции выявлена взаимосвязь между наличием билиарной боли и плановым хирургическим вмешательством по поводу ЖКБ (ОР 2,6, $p = 0,018$). Также выявлена связь между наличием билиарной боли через 6 и 36 мес (ОР 3,8, $p = 0,002$). Независимым фактором возникновения болевых ощущений через 3 года после холецистэктомии является появление билиарной боли через 6 мес. Среди других гастроинтестинальных симптомов наиболее заметно возросла частота изжоги, непереносимости жирной пищи и нарушений пассажа пищи по кишечнику, что является либо проявлением нарушений моторики желудочно-кишечного тракта, либо проявлением билиарной недостаточности.

Выявленные взаимосвязи между различными гастроинтестинальными симптомами через 6 и 36 мес после операции позволяют прогнозировать их возникновение уже через 6 мес после операции.

Ключевые слова: желчно-каменная болезнь, холецистэктомия, постхолецистэктомический синдром, билиарная боль

LONG-TERM DYNAMICS OF GASTROINTESTINAL SYMPTOMS AFTER CHOLECYSTECTOMY FOR THE TREATMENT OF CHOLELITHIASIS

M.F. Osipenko, N.V. Litvinova, N.B. Voloshina, Ya.A. Frolov

Novosibirsk State Medical University

The aim of the work was to analyse dynamics of gastrointestinal symptoms and risk factors at different periods after cholecystectomy (CCE) in patients with cholelithiasis (CL). It was a prospective open cohort observational study with interviewing the patients before, 6 and 36 months after cholecystectomy for the treatment of CL. The pain symptom of CL persisted in 65.9% of the patients till the 6th month after CCE and in 57.3% of the patients till the 36th month. The logistic univariate analysis showed high probability of persistence and/or appearance of biliary pain within 6 months after surgery in patients suffering biliary colic before it (OR=5.3, p=0.01) and having hereditary aggravation of CL (OR=2.7, p=0.38). The relationship between biliary pain and planned surgical intervention for the treatment of CL was documented 3 years after the operation (OR=2.6, p=0.018). Similar relationship was revealed after 6 and 36 months (OR=3.8, p=0.002). Biliary pain within 6 months after CL was an independent prognostic factor of its development within the next 3 years. Other increasingly severe gastrointestinal symptoms were heartburn, intolerance of greasy food, and disturbed intestinal passage as a result of biliary insufficiency or disordered intestinal motility. The above relationships between gastrointestinal symptoms may be used to predict their appearance within 6 months after CL.

Key words: cholelithiasis, cholecystectomy, postcholecystectomy syndrome, biliary pain

По данным разных авторов, желчно-каменная болезнь (ЖКБ) — заболевание с высокой распространенностью во всем мире; ее частота составляет от 10 до 24% среди взрослого населения, а в возрастной группе старше 70 лет достигает 30% [1—3].

С учетом того, что заболевание часто приводит к осложнениям, в том числе опасным для жизни пациента, уже с конца XIX века основным методом лечения ЖКБ стала холецистэктомия [4—6]. С ее применением были связаны надежды на освобождение больных от гастроинтестинальных симптомов ЖКБ, однако у части пациентов, перенесших эту операцию, или сохранился болевой синдром, или появлялись новые разнообразные симптомы. Для этой группы пациентов с 30-х годов прошлого столетия стали использовать термин «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС). Частота ПХЭС, по данным разных авторов, колеблется от 4,3 до 79,2% [2,7—11].

В настоящее время принято, что ПХЭС включает в себя не только проблемы хирургического плана, но и самые разнообразные симптомы и болезни, беспокоящие больных после оперативного вмешательства, включая различные заболевания желудочно-кишечного тракта, билиарного тракта и других органов, не имеющие отношения к билиарному тракту [9, 12—15]. Кроме билиарной боли, возникающей и/или сохраняющейся после холецистэктомии по поводу ЖКБ, больных могут беспокоить и другие гастроинтестинальные симптомы: запор, диарея, флатуленция, изжога и др.

С целью анализа гастроинтестинальных симптомов, сохранившихся или вновь возникших в разные сроки после холецистэктомии, а также выявления факторов риска их появления было проведено проспективное 36-месячное наблюдение за больными ЖКБ.

Материал и методы

Проведено проспективное когортное открытое исследование. Заполняли специально составленные анкеты: исходно (145 человек — 126 женщин и 19 мужчин; средний возраст $56,81 \pm 14,2$ года), через 6 мес (126 человек — 110 женщин и 16 мужчин, средний возраст $56,91 \pm 14,6$ года) и 36 мес (117 человек — 100 женщин и 17 мужчин, средний возраст $55,6 \pm 14,2$ года) после холецистэктомии по поводу ЖКБ. У 86 больных холецистэктомия произведена из мини-доступа, у 23 выполнена лапароскопическая и у 8 — открытая холецистэктомия. У 91 пациента, перенесшего холецистэктомию, имелись сопутствующие

заболевания. У 15 обследованных выявлена ишемическая болезнь сердца, у 64 — гипертоническая болезнь, у 8 — сахарный диабет, у 8 — деформирующий остеоартрит. В анамнезе у 5 больных отмечена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, а у 6 — язвенная болезнь желудка, у 8 — лечение описторхозной инвазии, у 21 — мочекаменная болезнь, у 12 — сопутствующие заболевания легких (хронический obstructивный бронхит), у 3 — острое нарушение мозгового кровообращения.

Уменьшение количества обследованных больных через 6 мес до 86,9% и через 3 года до 80,7% от числа первоначально включенных в исследование обусловлено потерей контакта с некоторыми пациентами и смертью трех человек, не связанной с патологией билиарного тракта и проведенным оперативным лечением. Проанализирована медицинская документация больных: карты амбулаторного наблюдения, выписные эпикризы, данные консультативных приемов у различных специалистов и т. д. В случае необходимости пациенты проходили тщательное клиническое обследование в амбулаторных и/или стационарных условиях.

Статистическая обработка была проведена с применением пакетов программ SPSS 9.0 и включала создание базы данных, автоматизированную проверку качества подготовки информации и статистический анализ. Коэффициент корреляции Спирмена, используемый для определения связи между изучаемыми признаками, считали значимым при $p < 0,05$. Отношение шансов (ОШ) с доверительными интервалами (ДИ) рассчитывали по таблицам сопряженности. Приводимые в работе доверительные интервалы строились на доверительной вероятности $p = 95\%$.

Результаты и обсуждение

Проанализирована динамика основного симптома ЖКБ — билиарной боли — до операции и через 6 мес и 3 года после холецистэктомии. У 79,3% больных до операции наблюдалась билиарная боль, у 20,7% болевого симптома не было, т. е. имело место бессимптомное течение заболевания. Через 6 мес после холецистэктомии билиарную боль отмечали 65,9% пациентов, а через 36 мес после операции боль продолжала беспокоить более половины (57,3%) больных, что только на 8,6% меньше, чем через 6 мес после операции, и на 22% меньше, чем до операции (см. рисунок).

Из 67 пациентов с болевым синдромом через 36 мес после операции у 16 (23,9%) боли в дооперационном пе-

риде не было, из них у 15 (22,4%) болевой синдром возник уже через 6 мес после операции и только у 1 больного билиарная боль появилась впервые через 3 года после операции. Через 36 мес после холецистэктомии билиарная боль отсутствовала у 50 (42,7%) пациентов. У 11 (9,4%) из них билиарная боль отсутствовала весь период наблюдения: до операции, через 6 и 36 мес после холецистэктомии. У трети (33,3%) больных, испытывающих билиарную боль до операции, болевой синдром исчез через 36 мес после операции. При этом у большинства (82,1%) боль не наблюдалась уже через 6 мес после операции, а у 7 (17,9%) исчезновение боли впервые зафиксировано через 3 года после операции.

Проведен тщательный анализ, направленный на выявление взаимосвязи между появлением или сохранением билиарной боли через 6 и 36 мес после холецистэктомии и различными демографическими и анамнестическими факторами.

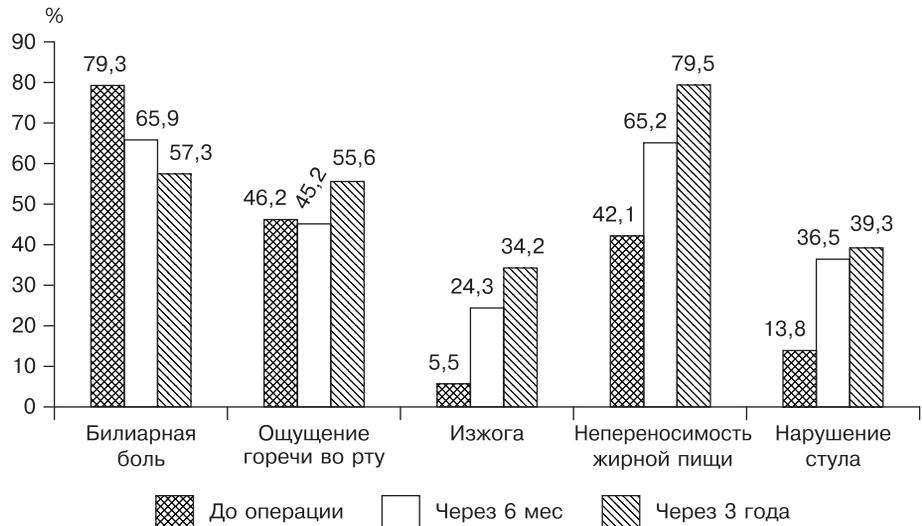
Не выявлено зависимости наличия билиарной боли через 6 и 36 мес после холецистэктомии, произведенной по поводу ЖКБ, от возраста и пола больных, массы тела, вредных привычек, количества родов у женщин, наличия сопутствующих заболеваний, количества конкрементов до операции, частоты приступов желчной колики до операции, вида произведенной операции (лапароскопическая, открытая, из мини-доступа; $p > 0,05$).

Логистический регрессионный анализ выявил большую вероятность сохранения и/или появления билиарной боли через 6 мес после операции при имеющихся приступах желчной колики до холецистэктомии (ОШ 5,3, ДИ 2,06—13,41, $\chi^2 = 12,07$, $p = 0,001$) и при наличии наследственной отягощенности по ЖКБ (ОШ 2,7, ДИ 1,057—7,068, $\chi^2 = 4,3$, $p = 0,038$). Через 3 года после операции выявлена взаимосвязь между наличием билиарной боли и характером оперативного вмешательства.

Так, у пациентов после планового оперативного вмешательства выявлена большая вероятность возникновения билиарной боли через 3 года после операции (ОШ 2,6, ДИ 1,18—5,85, $\chi^2 = 5,85$, $p = 0,018$).

Выявлена связь между наличием боли билиарного характера через 6 и 36 мес после операции ($r = 0,529$, $p = 0,001$). Отношение шансов сохранения билиарной боли у пациентов через 3 года после операции в случае их наличия через 6 мес после операции составило 3,8 (95% ДИ 1,62—8,79, $\chi^2 = 9,53$, $p = 0,002$).

Прослежена динамика (исходно, через 6 и 36 мес после холецистэктомии) некоторых других гастроинтестинальных симптомов — ощущения горечи во рту, изжоги, непереносимости жирной пищи, нарушений стула, аэрофагии. Ощущение горечи во рту, возникающее чаще всего в утренние часы и/или после приема пищи, до операции испытывали 46,2% пациентов. Через 6 мес после холецистэктомии количество пациентов, имеющих этот симптом, практически не изменилось (45,2%), через 36 мес увеличилось до 55,6% ($p > 0,05$). Жалобы на изжогу до операции предъявляли только 5,5% больных, однако количество таких пациентов значительно увеличилось через 6 мес после холецистэктомии и составило 24,3% ($p < 0,01$), а через 36 мес после операции больные с изжогой составляли уже 34,2% ($p < 0,01$) числа обследуемых. Непереносимость жирной пищи (появление боли или ощущения тяжести в области правого подреберья после приема жирной пищи) до холецистэктомии наблюдалась



Динамика гастроинтестинальных симптомов у больных, перенесших холецистэктомию.

почти у половины (42,1%) больных. Через 6 мес после операции число таких больных значительно увеличилось до 65,2% ($p < 0,05$), а через 36 мес — до 79,5% от числа обследованных ($p < 0,001$). У 13,8% пациентов до операции выявлено нарушение стула: у 1,4% понос, у 12,4% запоры. Через 6 мес после операции количество пациентов с нарушением стула увеличилось до 36,5% ($p < 0,01$) (у 4,3% понос, у 32,2% запоры) и сохранялось на таком уровне и через 3 года после холецистэктомии (см. рисунок). Как видно на рисунке, через 36 мес после операции, произведенной по поводу ЖКБ, увеличивается количество больных, предъявляющих различные жалобы, характерные для заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Как и для симптома билиарной боли, проведен тщательный анализ, направленный на выявление взаимосвязи между появлением или сохранением гастроинтестинальных жалоб через 36 мес после холецистэктомии и различными факторами. Не отмечено достоверной корреляционной связи между гастроинтестинальными жалобами и возрастом, массой тела, полом пациентов, наличием у них вредных привычек и сопутствующей патологии. Не выявлено значимой взаимосвязи между наличием гастроинтестинальных жалоб и особенностями течения ЖКБ: количеством конкрементов, наличием механической желтухи в анамнезе, наличием лихорадки в дооперационном периоде, видом произведенного оперативного вмешательства и наличием послеоперационных осложнений ($p < 0,05$). Большинство исследователей также не выявили взаимосвязи между видом оперативного вмешательства и частотой возникновения симптомов после холецистэктомии [15, 16]. Исключение составляет изжога через 3 года после операции. У пациентов со сниженным индексом массы тела (ИМТ) до операции (менее 18 кг/м²) повышалась вероятность появления изжоги через 3 года после операции (ОШ 3,4, 95% ДИ 1,14—9,9, $\chi^2 = 4,9$, $p = 0,027$), а у пациентов с частыми обострениями ЖКБ, имеющих снижение ИМТ до операции, показатель ОШ для вероятности появления изжоги через 36 мес после операции составлял 4,4 (95% ДИ 1,03—18,4, $\chi^2 = 3,9$, $p = 0,046$).

Метод логистического регрессионного анализа позволил установить достоверно высокую вероятность развития непереносимости жирной пищи через 36 мес в случае наличия этого симптома через 6 мес после холецистэктомии (ОШ 6,8, 95% ДИ 2,4—19,3, $\chi^2 = 13,1$, $p = 0,0001$). Подобная взаимосвязь установлена и для других гастроинтестинальных симптомов, т. е. в случае наличия гастроинтестинальных симптомов через 6 мес после операции высока вероятность их наличия и через 36 мес после холецистэктомии (см. таблицу).

Отношение шансов наличия гастроинтестинальных симптомов через 3 года после холецистэктомии в случае их наличия через 6 мес после операции

Симптом	ОШ	χ^2	p	95% ДИ
Билиарная боль	3,8	9,53	0,002	1,62—8,79
Изжога	5,2	12,5	0,0001	2,08—12,9
Непереносимость жирной пищи	6,8	13,1	0,0001	2,4—19,3
Ощущение горечи во рту	5,2	15,2	0,0001	2,28—11,9
Нарушение стула	4,6	7,2	0,007	1,5—14,3

Анализ гастроинтестинальных симптомов (исходно, через 6 и 36 мес после холецистэктомии) выявил, что основная жалоба больных с ЖКБ — билиарная боль сохраняется более чем у половины пациентов. Через 6 и 36 мес после холецистэктомии по поводу ЖКБ в целом возрастает частота таких симптомов, как ощущение горечи во рту, изжога, аэрофагия, нарушение пассажа пищи по кишечнику. Появление этих симптомов, вероятно, является либо проявлением нарушений моторики желудочно-кишечного тракта, либо проявлением билиарной недостаточности.

Действительно, в ряде исследований продемонстрировано, что появление ощущения горечи во рту, изжоги является отражением нарушений моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта и возникновением

дуоденогастроэзофагеального рефлюкса. Об увеличении частоты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни после холецистэктомии сообщали В. Niranjan и соавт. [9]. Р. Andersen и соавт. [17] высказали предположение о связи рефлюкс-гастрита с такими симптомами после холецистэктомии, как эпигастральная боль, изжога, вздутие живота.

У достаточно большого количества пациентов в период наблюдения возникли жалобы, характерные для пациентов с билиарной недостаточностью, которая возникает вследствие снижения суммарного дебита холевой кислоты [17]. О наличии билиарной недостаточности у этой группы больных можно судить по таким симптомам, как непереносимость жирной пищи (79,5%), нарушение стула (у 42%). Нельзя исключить и возможность возникновения этих симптомов вследствие увеличения числа функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта. J. Fort и соавт. [19] и М. McNally и соавт. [20] полагают, что в большинстве случаев после холецистэктомии такой симптом, как диарея, свидетельствует о развитии синдрома раздраженной кишки, возникновение которого провоцируется самим оперативным вмешательством [21, 22].

Выявленные прямые корреляционные взаимосвязи между гастроинтестинальными симптомами через 6 и 36 мес после холецистэктомии позволяют прогнозировать их возникновение уже через 6 мес после операции, особенно при наличии симптомов заболевания. Вероятность возникновения билиарной боли значительно возрастает у пациентов, у которых холецистэктомия выполнена в плановом порядке, имеющих неосложненное течение ЖКБ.

Сведения об авторах:

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет

Кафедра преподавания внутренних болезней лечебного факультета

Оспенко Марина Федоровна — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой.

Литвинова Наталья Владимировна — канд. мед. наук, ассистент кафедры.

Волошина Наталья Борисовна — д-р мед. наук, проф. кафедры; e-mail: navo@ngs.ru

Фролов Ярослав Александрович — канд. мед. наук, ассистент кафедры.

ЛИТЕРАТУРА

- Schirmer B. D., Winters K. L., Edlich R. F. Cholelithiasis and cholecystitis. J. Long. Term. Eff. Med. Implants. 2005; 15 (3): 329—38.
- Ure B. M., Jesch N. K., Nustede R. Postcholecystectomy syndrome with special regard to children—a review. Eur. J. Pediatr. Surg. 2004; 14 (4): 221—5.
- Milicevic M. Acute cholecystitis. Acta Chir. Jugosl. 2003; 50 (4): 27—33.
- Langenbuch C. Ein Fall von Exstirpation der Gallenblase wegen chronischer Cholelithiasis: Heilung. Berl. Klin. Wschr. 1882; 19: 725—7.
- Kellett M. J., Wickham J. E., Russel R. G. Percutaneous cholecystolithotomy. Br. Med. J. 1988; 296: 453—5.
- Keus F., Werner J., Gooszen H. G. et al. Randomized clinical trial on small-incision and laparoscopic cholecystectomy in patients with symptomatic cholelithiasis: primary and clinical outcome. Arch. Surg. 2008; 143: 371—7.
- Григорьев П. Я., Солуянова И. П., Яковенко А. В. Желчно-каменная болезнь и последствия холецистэктомии: диагностика, лечение и профилактика. Лечащий врач. 2002; 6: 26—32.
- Курилович С. А., Решетников О. В., Рябиков А. Н. и др. Эпидемиология заболеваний органов пищеварения в неорганизованной популяции. В кн.: Труды юбилейной науч. сессии НИИ терапии СО РАМН «Актуальные проблемы заболеваний терапевтического профиля в Сибири». Новосибирск; 2001: 332—8.
- Niranjan B., Chumber S., Kriplani A.K. Symptomatic outcome after laparoscopic cholecystectomy. Trop. Gastroenterol. 2000; 21: 144—8.
- Berhane T., Vethrus M., Hausken T. et al. Pain attacks in non-complicated and complicated gallstone disease have a characteristic pattern and are accompanied by dyspepsia in most patients: the results of a prospective study. Scand. J. Gastroenterol. 2006; 41 (1): 93—101.
- Porr P. J., Szantay J., Rusu M. Post-cholecystectomy syndrome and magnesium deficiency. J. Am. Coll. Nutr. 2004; 23 (6): 745—7.
- Beckingham I. J. Gallstone disease. Br. Med. J. 2001; 322: 91—4.
- Dhiman R. K., Chawla Y. K. Is there a link between oestrogen therapy and gallbladder disease? Expert Opin. Drug Saf. 2006; 5: 117—29.
- Qureshi M. A., Burke P. E., Brindley N. M. et al. Post-cholecystectomy symptoms after laparoscopic cholecystectomy. Ann. Roy. Coll. Surg. Engl. 1993; 75 (5): 349—53.
- László M., Fejes R., Kurucsai G. et al. Characterization of functional biliary pain and dyspeptic symptoms in patients with sphincter of Oddi dysfunction: Effect of papillotomy. Surg. Clin. N. Am. 2007; 87 (6): 1417—29.
- Corazziari E., Shaffer E. A., Hogan W. J. et al. The functional gastrointestinal disorders. In: Rome II. 2-nd ed. Degnon associated. McLean, VA, USA. 1999: 433—81.
- Andersen P. V., Mortensen J., Oster-Jorgensen E. et al. Cholecystectomy in patients with normal gallbladder function did not affect. Dig. Dis. Sci. 1999; 44 (12): 2443—8.
- Билиарная недостаточность / Максимов В. А., Чернышев А. Л., Тарасов К. М. и др. М.: ИТ «АдамангЪ»; 2008.
- Fort J. M., Azpiroz F., Casellas F. et al. Bowel habit after cholecystectomy: physiological changes and clinical implications. Gastroenterology Максимов В. А., Чернышев А. Л., Тарасов К. М. и др. 1996; 111: 617—22.
- McNally M. A., Locke G. R., Zinsmeister A. R. et al. Biliary events and an increased risk of new onset irritable bowel syndrome: a population-based cohort study. Aliment. Pharmacol. Ther. 2008; 28 (3): 334—43.
- Santarelli L., Gabrielli M., Candelli M. et al. Post-cholecystectomy alkaline reactive gastritis: a randomized trial comparing sucralfate versus rabeprazole or no treatment. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2003; 15 (9): 975—9.
- Stefaniak T., Vingerhoets A., Babinska D. et al. Psychological factors influencing results of cholecystectomy. Scand. J. Gastroenterol. 2004; 39 (2): 127—32.

Поступила 30.10.12