

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Григорьева И. Н.^{1,2}, Романова Т. И.¹

¹ НИИ терапии Сибирского отделения РАМН

² ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет

Григорьева Ирина Николаевна

630089, Новосибирск, ул. Бориса Богаткова, д. 175/1

Тел.: 8 (383) 264 2516

E-mail: igrigorieva@ngs.ru

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Оценить показатели качества жизни у больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в отдаленный период после холецистэктомии при различных вариантах оперативного вмешательства и течения заболевания (латентный или симптоматический) и сравнить их с показателями качества жизни у лиц с холецистолитиазом.

Материалы и методы. В открытом клиническом исследовании было обследовано 170 больных ЖКБ, из них 60 человек были прооперированы по поводу ЖКБ, у 110 больных был холецистолитиаз. У $1/3$ больных ЖКБ заболевание протекало бессимптомно, у $2/3$ — с клиническими проявлениями. Для оценки качества жизни использовали валидизированный специфический для больных ЖКБ опросник *Gallstone Impact Checklist*.

Результаты. Среди обратившихся за амбулаторной помощью к гастроэнтерологу больных с ЖКБ, перенесших холецистэктомию, качество жизни было достоверно хуже по шкале питания ($26,0 \pm 2,8$ балла) и общему счету ($89,0 \pm 9,6$ балла), чем у больных с камнями в желчном пузыре ($16,5 \pm 2,2$ и $61,0 \pm 6,8$ балла соответственно, $p < 0,05$). Показатели качества жизни у больных ЖКБ, прооперированных из мини-доступа (общий счет $83,6 \pm 13,7$ балла), не отличались от таковых после лапароскопической холецистэктомии ($85,0 \pm 10,9$ балла, $p > 0,05$). У тех больных ЖКБ, у которых болезнь до операции протекала бессимптомно, качество жизни (по общему счету) снизилось более значительно (на 29,8%) по сравнению с больными ЖКБ, у которых заболевание до операции протекало с клиническими проявлениями (на 4,1%), при сравнении с общим счетом у всех обследованных больных ЖКБ.

Выводы. Качество жизни у больных ЖКБ в отдаленном периоде после холецистэктомии было значительно хуже по отдельным шкалам опросника GIC, чем у больных с камнями в желчном пузыре, независимо от типа операции (из мини-доступа или лапароскопическая). При этом у пациентов с латентным течением ЖКБ до операции качество жизни значительно хуже по всем шкалам, чем у пациентов с клинической симптоматикой до хирургического вмешательства.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь; качество жизни; холецистэктомия.

SUMMARY

The aim of the study was to evaluate the quality of life in patients with gallstone disease (GSD) in the remote period after cholecystectomy for various forms of surgical intervention and the disease (latent or symptomatic). Also we compared them with the indicators of quality of life of patients with cholecystolithiasis.

Materials and methods. In an open clinical study were surveyed 170 patients with gallstone disease, of which 60 people were operated for gallstone disease, 110 patients had cholecystolithiasis. At $1/3$ of patients with gallstone disease was asymptomatic, in $2/3$ — with clinical manifestations. To assess the quality of life using were validated specific questionnaire for patients with gallstone disease – *Gallstone Impact Checklist*.

Results. Among all patients with cholelithiasis who underwent cholecystectomy that asked for gastroenterologists help patients the quality of life was significantly worse on the scale of power (26.0 ± 2.8 points) and the joint account (89.0 ± 9.6 points) than in patients with stones in the gallbladder (16.5 ± 2.2 and 61.0 ± 6.8 points, respectively, $p < 0.05$). Quality of life in patients with cholecystolithiasis were operated from

the mini-access (total score 83.6 ± 13.7 points), did not differ from those after laparoscopic cholecystectomy (85.0 ± 10.9 points, $p > 0.05$). For those patients with cholelithiasis in which the disease before surgery were no symptoms quality of life (general account) decreased more significantly (to 29.8%) compared to patients with cholelithiasis who have this disease before the operation proceeded with clinical manifestations (4.1 %), when compared with the total score of all examined patients with CL.

Conclusions. Quality of life in patients with gallstone disease in the postoperative period after cholecystectomy was significantly worse than the individual scales of the questionnaire GIC compared to patients with stones in the gallbladder, regardless of the type of operation (from the mini-access or laparoscopic). In this patient with a latent course of gallstone disease before the operation quality of life significantly worse on all scales than patients with clinical symptoms before surgery.

Keywords: cholelithiasis; quality of life; cholecystectomy.

ВВЕДЕНИЕ

Среди больных ЖКБ активное исследование показателей качества жизни (КЖ) начали зарубежные исследователи в 1990-х годах [1; 2]. Полученные результаты продемонстрировали большие возможности этого метода в клинической практике [3–5]. Оценку КЖ больных ЖКБ, как и в целом в гастроэнтерологии, применяют для оценки влияния заболевания на основные составляющие жизнедеятельности больного [3; 6; 7], разработки прогностических моделей [8], проведения экономических расчетов, оценки эффективности различных методов и схем лечения ЖКБ [5; 9; 10; 11]. Все это особенно актуально в настоящее время, когда холецистэктомия занимает второе место в ургентной хирургии, уступая лишь аппендэктомии. При этом хирургическое лечение зачастую не приводит к ожидаемому устранению симптомов болезни, что снижает КЖ, и заставляет пациента обращаться за медицинской помощью [4; 5; 9].

В исследованиях КЖ у больных ЖКБ используют различные типы опросников: визуальные и аналоговые шкалы (шкала Likert) [6]; опросники общего типа (MOS SF-36 и др.) [3; 4; 7]; специфические опросники (*Gallstone Impact Checklist*, *Gastrointestinal Quality of Life Index* (GIQLI)) [1; 2]. Опросник GIQLI является специфичным для больных с любой гастроэнтерологической патологией, а не только для больных ЖКБ [2]. Опросник *Gallstone Impact Checklist* был создан в 1996 году М. Russell и соавт. с помощью impact-метода [1], что позволило включить в него вопросы наиболее важные именно для больных ЖКБ. А. Г. Бебуришвили и соавт. (2003) [6] был создан русскоязычный специфический опросник для больных ЖКБ, но мы не обнаружили данных о всестороннем исследовании его надежности и валидности.

Целью нашего исследования являлись оценка показателей качества жизни у больных ЖКБ в отдаленный период после холецистэктомии при различных вариантах оперативного вмешательства и течения заболевания (латентный или симптоматический) и сравнение их с показателями качества жизни у неоперированных больных ЖКБ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В рамках клинического исследования было обследовано 170 больных ЖКБ, из них 140 больных, обратившихся за амбулаторной помощью к гастроэнтерологу, и 30 больных ЖКБ, госпитализированных в хирургический стационар для оперативного лечения по поводу данного заболевания. Из обследованных больных 60 человек были прооперированы по поводу ЖКБ, у 110 больных был холецистолитиаз. Средний возраст пациентов составил $59,0 \pm 0,6$ года (у мужчин — $58,6 \pm 1,4$, у женщин — $59,7 \pm 0,6$ года). Давность заболевания ЖКБ в среднем составила $8,9 \pm 0,32$ года. Давность холецистэктомии по поводу ЖКБ — $7,5 \pm 0,54$ года. У 34,7% больных (59 человек) заболевание протекало бессимптомно, у 65,3% (111 человек) — с клиническими проявлениями. Группа больных, перенесших холецистэктомию из мини-доступа, составила 34 человека, лапароскопическую холецистэктомию — 26 человек. Группы не различались по возрасту ($58,4 \pm 0,8$ года у больных с открытой и $59,7 \pm 1,3$ года — с лапароскопической холецистэктомией), давности оперативного вмешательства ($8,3 \pm 0,7$ и $6,9 \pm 0,8$ года соответственно) и по количеству больных с латентным (10 и 9 человек) и симптоматическим течением заболевания до операции (24 и 17 человек соответственно).

На проведение исследования получено положительное решение этического комитета Научно-исследовательского института терапии СО РАМН. От каждого пациента было получено письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Обследование включало: объективный осмотр пациентов, биохимический анализ крови, заполнение амбулаторной карты и опросника по исследованию КЖ. Диагноз ЖКБ был подтвержден при ультразвуковом исследовании желчного пузыря. У оперированных больных ЖКБ оценивали вариант течения заболевания (латентный или симптоматический) до проведения холецистэктомии. Для изучения КЖ использовали валидизированный нами



опросник *Gallstone Impact Checklist* (GIC). Опросник состоит из цифровой шкалы общей оценки своего здоровья, визуальной шкалы общей оценки физического и эмоционального здоровья, четырех клинических шкал (боли, диспепсии, эмоций, питания) и общего счета опросника как суммы шкал. Более высокая балльная оценка шкал GIC соответствует большей выраженности (значимости) проблемы и худшему КЖ. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программ SPSS (11.0). Отношение шансов (Odds Ratio — OR) определяли по таблицам сопряженности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Группы оперированных и неоперированных (с холецистолитиазом) больных ЖКБ были сопоставимы по возрасту, давности заболевания, наличию сопутствующей патологии, количеству больных с симптоматической и бессимптомной ЖКБ ($p > 0,05$ во всех случаях). Средние показатели КЖ для всей группы обследованных больных ЖКБ составляли: по шкале боли $17,6 \pm 1,4$ балла, по шкале диспепсии — $19,5 \pm 1,5$ балла, по шкале эмоций — $18,1 \pm 1,3$ балла, по шкале питания — $21,9 \pm 1,5$ балла, среднее значение общего счета было равно $77,1 \pm 4,7$ балла. Среди оперированных больных ЖКБ в отдаленном периоде после холецистэктомии общая оценка своего здоровья «плохое» и «неважное» встречалась более чем в 2 раза чаще, чем среди неоперированных больных ЖКБ: OR = 2,06 (95% CI 1,1–4,2, $p < 0,05$). Оценка общего физического здоровья на 5 баллов и менее среди больных ЖКБ в отдаленном периоде после холецистэктомии встречалась более чем в 2 раза чаще, чем среди неоперированных больных ЖКБ: OR = 2,45 (95% CI 1,2–5,0, $p < 0,05$). У лиц с холецистолитиазом среднее значение общего эмоционального здоровья было достоверно выше, чем у оперированных больных ЖКБ ($5,6 \pm 0,18$ и $5,1 \pm 0,21$ балла соответственно, $p < 0,05$).

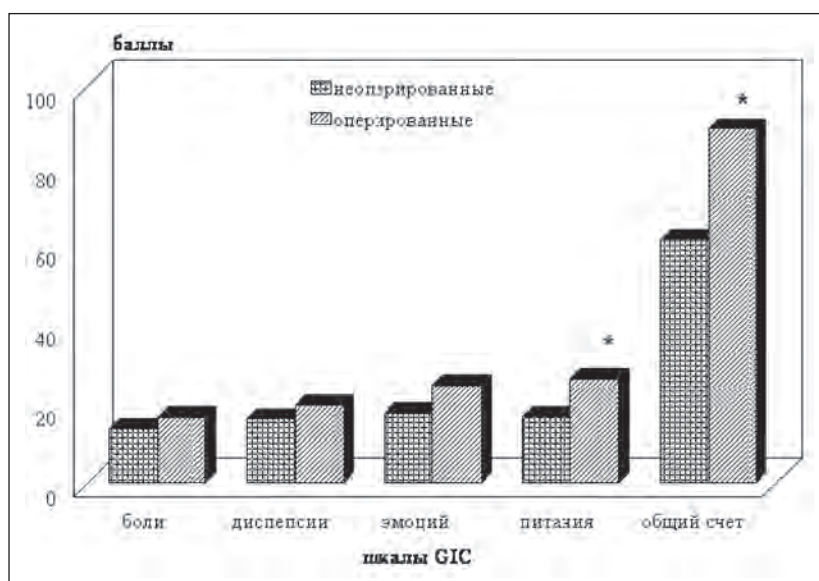
В нашем исследовании КЖ у больных в отдаленном периоде после холецистэктомии по сравнению с пациентами с камнями в желчном пузыре было достоверно хуже по шкале питания и общего счета (см. рис.). По шкале общего счета у больных ЖКБ в отдаленном периоде после холецистэктомии среднее значение было равно $89,0 \pm 9,6$ и $61,0 \pm 6,8$ балла у неоперированных больных; по шкале питания — $26,0 \pm 2,8$ и $16,5 \pm 2,2$ балла соответственно ($p < 0,05$). Средние значения по остальным шкалам достоверно не различались: по шкале боли — $16,4 \pm 2,3$ балла у лиц в отдаленном периоде после холецистэктомии и $13,5 \pm 1,8$ балла у неоперированных больных ЖКБ; по шкале диспепсии — $19,4 \pm 2,6$ и $15,9 \pm 2,1$ балла; по шкале эмоций — $24,5 \pm 3,1$ и $17,4 \pm 1,7$ балла соответственно ($p > 0,05$). Важность вопросов питания для больных ЖКБ была показана в исследованиях В.М. Петухова и соавт. (2002) [10], А.Л. Верткина и соавт. (2003) [9], которые определяли изменения

КЖ больных, детально оценивая диапазон используемых продуктов и «приверженность» рекомендованной диете. Авторы пришли к выводу о том, что КЖ пациентов с ЖКБ главным образом связано с питанием, от которого зависят клинические симптомы заболевания (боль, метеоризм, неустойчивый стул и т. д.), а также нервно-эмоциональный статус, влияющие на жизнедеятельность больного в целом [9; 10].

При клиническом осмотре больных мы оценивали вариант клинического течения ЖКБ — латентный или симптоматический. Было выявлено, что у неоперированных больных с симптоматической ЖКБ уровень КЖ был достоверно снижен по всем шкалам опросника GIC по сравнению с пациентами с бессимптомным течением ЖКБ. Значения по шкалам опросника GIC были равны: боли — $20,7 \pm 2,3$ балла у больных с симптоматической ЖКБ и $11,8 \pm 2,4$ балла у больных с латентной ЖКБ; диспепсии — $19,1 \pm 1,9$ и $13,9 \pm 2,5$ балла соответственно; эмоций — $23,3 \pm 2,2$ и $15,7 \pm 2,0$ балла; питания — $20,4 \pm 2,4$ и $11,5 \pm 2,4$ балла; общий счет — $83,5 \pm 7,3$ и $53,0 \pm 7,1$ балла, во всех случаях $p < 0,05$. Это подтверждает влияние симптомов заболевания не только на физическое здоровье пациентов, но и на их эмоциональное и социальное благополучие. Мы оценили КЖ среди обратившихся за амбулаторной помощью к гастроэнтерологу больных по поводу болевого и диспепсического синдромов после перенесенной в отдаленном периоде холецистэктомии по поводу ЖКБ. Показатели КЖ у них не имели достоверных различий при двух вариантах течения ЖКБ до операции: ни при симптомном (общий счет $80,3 \pm 7,9$ балла), ни при латентном ($100,1 \pm 18,4$, $p < 0,05$) течении, табл. 1.

Однако при оценке КЖ у лиц с бессимптомным течением заболевания было выявлено, что у оперированных больных ЖКБ с латентным течением заболевания до операции КЖ достоверно хуже по всем шкалам, кроме шкал диспепсии и питания, по сравнению с неоперированными больными с бессимптомным течением ЖКБ (табл. 2). Н.В. Литвиновой и соавт. (2009) также было выявлено увеличение частоты билиарных болей и снижение КЖ у оперированных больных ЖКБ с исходно бессимптомным течением заболевания [4].

У больных ЖКБ в отдаленном периоде (спустя 3–7 лет) после холецистэктомии показатели КЖ были снижены по сравнению с больными холецистолитиазом независимо от вида оперативного вмешательства (из мини-доступа или лапароскопическая холецистэктомия). Средние показатели КЖ у больных ЖКБ после проведения холецистэктомии из мини-доступа или лапароскопической составили: по шкале эмоций — $23,6 \pm 4,2$ и $26,9 \pm 4,5$ балла соответственно; по шкале диспепсии — $17,5 \pm 3,8$ и $19,8 \pm 3,1$ балла; по шкале питания — $25,7 \pm 4,0$ и $24,2 \pm 4,1$ балла; по шкале боли — $16,8 \pm 3,1$ и $14,1 \pm 3,1$ балла; общий счет — $83,6 \pm 13,7$ и $85,0 \pm 10,9$ балла, во всех случаях $p > 0,05$. J. М. Quintana и соавт.



Средние показатели качества жизни по опроснику GIC у оперированных и неоперированных женщин с ЖКБ, баллов
* — $p < 0,05$.

Таблица 1

СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ЖКБ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЖКБ ДО ОПЕРАЦИИ, $M \pm m$, БАЛЛОВ		
Шкалы GIC	Вариант клинического течения ЖКБ до операции	
	симптоматическое	латентное
Боли	$14,8 \pm 2,2$	$21,3 \pm 4,4$
Диспепсии	$17,1 \pm 2,3$	$24,5 \pm 4,8$
Эмоций	$23,3 \pm 3,0$	$31,1 \pm 5,6$
Питания	$25,0 \pm 2,9$	$23,2 \pm 5,3$
Общий счет	$80,3 \pm 7,9$	$100,1 \pm 18,4$

Примечание: * — $p < 0,05$.

(2003) также не обнаружили достоверной разницы между показателями КЖ больных ЖКБ, перенесших холецистэктомию из мини-доступа или лапароскопическую [8]. С. В. Лебедев и соавт. (2003) при сравнении отдаленных результатов и параметров КЖ, оцененных по опроснику SF-36, у 540 больных ЖКБ после различных видов холецистэктомии также не выявили преимущества лапароскопической над холецистэктомией из мини-доступа [3].

Среди обследованных нами больных ЖКБ была специфическая группа из 30 человек, обследованных нами в хирургическом отделении за 2–3 дня до проведения холецистэктомии по поводу ЖКБ. Показатели КЖ у больных ЖКБ этой группы в сравнении с таковыми у больных ЖКБ, которые лечатся консервативно, представлены в табл. 3. Установлено, что уровень КЖ у больных ЖКБ, обследованных в предоперационном периоде, был достоверно ниже по всем шкалам опросника GIC,

кроме шкалы питания, по сравнению с больными ЖКБ, получающими плановую консервативную терапию, при этом наибольший вклад вносили характеристики болевого синдрома, что подтверждает обоснованность хирургического вмешательства.

Большое количество исследований отечественных и зарубежных исследований свидетельствует о снижении КЖ у больных ЖКБ после оперативного лечения. J. M. Quintana и соавт. (2003) выявили, что у пациентов с бессимптомным течением ЖКБ через 3 месяца после холецистэктомии не происходит улучшения КЖ [5]. В. В. Menten и соавт. (2001) отмечают более значимое улучшение КЖ после холецистэктомии у больных с наличием симптомов ЖКБ до операции по сравнению с лицами с латентным течением заболевания до операции [11]. Л. Б. Лазебник и соавт. (2003) установили, что у пациентов с постхолецистэктомическим синдромом показатели КЖ снижены по всем шкалам опросника

Таблица 2

СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С БЕССИМПТОМНОЙ ЖКБ, $M \pm m$, БАЛЛОВ			
Вариант течения ЖКБ	Шкалы GIC	Группы больных ЖКБ	
		неоперированные	оперированные
Бессимптомная ЖКБ	Боли	11,8 $\pm$ 2,4	21,3 $\pm$ 4,4*
	Диспепсии	13,9 $\pm$ 2,5	24,5 $\pm$ 4,8
	Эмоций	15,7 $\pm$ 2,0	31,1 $\pm$ 5,6*
	Питания	11,5 $\pm$ 2,4	23,2 $\pm$ 5,3
	Общий счет	53,0 $\pm$ 7,1	100,1 $\pm$ 18,4*

Примечание: * — $p < 0,05$.

Nottingham Health Profile по сравнению с больными ЖКБ с латентным течением [7]. А. А. Ильченко и Е. В. Быстровская также отметили, что КЖ после холецистэктомии у больных со сниженной до операции сократительной функцией желчного пузыря лучше, чем при сохраненной функции, например, у больных с «отключенным» желчным пузырем реже развивается ПХЭС [12; 13]. Н. В. Литвинова и соавт. (2009) также доказали снижение КЖ у оперированных больных ЖКБ с исходно бессимптомным течением заболевания [4].

Таким образом, при анализе полученных нами данных и результатов исследований других авторов можно сделать вывод, что у больных ЖКБ с латентным течением заболевания до операции в отдаленном периоде после холецистэктомии возникают диспепсический и болевой синдромы. Клинические симптомы этих нарушений требуют проведения соответствующих реабилитационных мероприятий, в том числе консервативной лекарственной терапии [14]. В. А. Петухов и соавт. (2002) обследовали больных ЖКБ (оперированные, перенесшие экстракорпоральную литотрипсию и отказавшиеся от любого вида лечения). У больных ЖКБ оценивали КЖ и внешнесекреторную функцию поджелудочной железы (по содержанию эластазы-1 в кале) до и после ферментозаместительной терапии

микросферическим препаратом креон. В результате исследования было доказано, что холецистэктомия не устраняет внешнесекреторную недостаточность поджелудочной железы при ЖКБ, которая возникает на фоне нарушений синтеза и экскреции желчных кислот. Также авторы показали, что адекватная ферментозаместительная терапия креоном значительно улучшает все показатели КЖ при любом методе лечения ЖКБ и снижает «зависимость» пациентов от строгой диеты [10]. При оценке динамики показателей качества жизни на фоне лечения креоном было отмечено достоверное улучшение по всем шкалам у пациентов с билиарнозависимым панкреатитом [10].

Таким образом, обратившихся за амбулаторной помощью к гастроэнтерологу больных ЖКБ в отдаленном периоде после холецистэктомии в первую очередь беспокоят ограничения в диете, на втором месте стоят эмоциональные проблемы (ограничения в нагрузках, ощущение себя больным), затем — диспепсические явления. Исходя из этого, следует рекомендовать на амбулаторном приеме больше внимания уделять рационализации питания больных с постхолецистэктомическими расстройствами: дробное питание с постепенным включением достаточного количества жира (до 30% калорийности суточного рациона) и белков, сложных углеводов

Таблица 3

СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ЖКБ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ И У БОЛЬНЫХ ЖКБ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТСЯ КОНСЕРВАТИВНО, $M \pm m$, БАЛЛОВ		
Шкалы опросника GIC	Группы больных ЖКБ	
	в предоперационном периоде	консервативное лечение
Боли	33,4 $\pm$ 3,7**	12,5 $\pm$ 1,7
Диспепсии	22,9 $\pm$ 3,0*	14,9 $\pm$ 1,9
Эмоций	29,9 $\pm$ 3,5*	17,5 $\pm$ 1,6
Питания	23,3 $\pm$ 4,1	15,8 $\pm$ 2,0
Общий счет	109,6 $\pm$ 11,0*	60,8 $\pm$ 6,0

Примечание: * — $p < 0,05$.

и т. д. и, следовательно, назначение адекватной ферментозаместительной терапии. Учитывая более выраженное ухудшение КЖ в отдаленном периоде после холецистэктомии у больных ЖКБ с бессимптомным течением заболевания в дооперационном периоде, необходимы дополнительные, помимо «наличия камней в желчном пузыре», клинико-лабораторные обоснования целесообразности проведения холецистэктомии по поводу ЖКБ.

ВЫВОДЫ

1. Среди обратившихся за амбулаторной помощью больных ЖКБ качество жизни в отдаленном периоде после холецистэктомии значительно хуже,

чем у больных с камнями в желчном пузыре, особенно по шкале питания, что обосновывает приоритет рационализации питания в лечении этой группы больных и назначение ферментозаместительной терапии.

2. Показатели качества жизни у больных ЖКБ, прооперированных из мини-доступа, не отличались от таковых после лапароскопической холецистэктомии.

3. В отдаленном периоде после холецистэктомии качество жизни у пациентов с латентным течением ЖКБ до операции значительно хуже по всем шкалам, чем у пациентов с клинической симптоматикой до хирургического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Russell M. L., Preshaw R. M., Brant R. F. et al. Disease-specific quality of life: the Gallstone Impact Checklist // Clin. Invest. Med. — 1996. — Vol. 19, № 6. — P. 453–460.
2. Slim K., Bousquet J., Kwiakowski F. et al. First validation of the French version of the Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) // Gastroenterol. Clin. Biol. — 1999. — Vol. 23, № 1. — P. 25–31.
3. Лебедев С. В., Волков С. В., Еремеев А. Г. и др. Отдаленные результаты и качество жизни больных после различных видов хирургического лечения калькулезного холецистита // Гастроэнтерол. СПб. — 2003. — № 2. — С. 344.
4. Литвинова Н. В., Осипенко М. Ф. Структура клинических синдромов и прогностические факторы их развития после холецистэктомии у больных с желчнокаменной болезнью // Бюлл. СО РАМН. — 2009. — № 3. — С. 105–109.
5. Quintana J. M., Cabriada J., Arostegui I. et al. Health-related quality of life and appropriateness of cholecystectomy // Ann. Surg. — 2005. — Vol. 241, № 1. — P. 110–118.
6. Бебуришвили А. Г., Рубайлова Н. Ю. Опросник для оценки специфического качества жизни больных с холелитиазом // Гастроэнтерол. СПб. — 2003. — № 2. — С. 44.
7. Лазебник Л. Б., Копанева М. И., Ежова Т. Б. Сравнительное исследование качества жизни у больных желчнокаменной болезнью и постхолецистэктомическим синдромом // Гастроэнтерол. СПб. — 2003. — № 2. — С. 23.
8. Quintana J. M., Arostegui I., Cabriada J. et al. Predictors of improvement in health-related quality of life in patients undergoing cholecystectomy // Br. J. Surg. — 2003. — Vol. 90, № 12. — P. 1549–1555.
9. Верткин А. Л., Вовк Е. И. Эффективность и безопасность Пензитала при комплексном нарушении пищеварения у больных хроническим панкреатитом и желчнокаменной болезнью // РМЖ. — 2003. — Т. 28. — С. 1595–1601.
10. Петухов В. А., Куликов В. М., Туркин П. Ю. Диагностика и результаты лечения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы при желчекаменной болезни // РМЖ. — 2002. — Т. 10, № 8–9. — С. 406–410.
11. Mentes B. B., Akin M., Irkorucu O. et al. Gastrointestinal quality of life in patients with symptomatic or asymptomatic cholelithiasis before and after laparoscopic cholecystectomy // Surg. Endosc. 2001. — Vol. 15, № 11. — P. 1267–1272.
12. Быстровская Е. В., Ильченко А. А. Патогенетические и диагностические аспекты постхолецистэктомического синдрома // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2009. — № 3. — С. 69–80.
13. Быстровская Е. В., Ильченко А. А. Отдаленные результаты холецистэктомии // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2008. — № 5. — С. 23–27.
14. Львова М. А. Качество жизни больных в отдаленные сроки после холецистэктомии // Мат. 5-го съезда НОГР. — 2005. — С. 356–357.

