

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА И ХАРАКТЕРА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ю.А. Соболев^{1,2}, А.И. Беляева², В.И. Давыдкин³, Р.И. Федулов³

¹ГАОУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга;

²ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации;

³ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»

Распространенность желчнокаменной болезни среди трудоспособного населения составляет от 10 до 20 %. Холецистэктомия (ХЭ) занимает первое место по частоте среди хирургических вмешательств. Целью данной работы является оценка показателей качества жизни у больных холелитиазом спустя 6 месяцев после холецистэктомии. Исследование проводилось на базе трех медицинских учреждений РФ. Группы пациентов были однородны по своему составу, качество жизни оценивалось с помощью опросника Gallstone Impact Checklist. Сравнивались группы в зависимости от вида оперативного доступа (лапароскопический, мини-доступ) и в зависимости от характера течения заболевания (симптомный и бессимптомный варианты). Результаты рассчитывали в виде среднего рассчитанного показателя \pm стандартное отклонение и 95%-й доверительный интервал (ДИ). Были получены результаты, которые показали, что холецистэктомия достоверно снижает качество жизни пациентов. Лапароскопический доступ является более предпочтительным при наличии болевого синдрома как основного фактора снижения качества жизни. Операция из мини-доступа не сопровождается ухудшением качества жизни у пациентов с болевым и диспепсическим синдромами, но улучшает эмоционально-волевую сферу жизнедеятельности человека.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, лапароскопический доступ, мини-доступ, оперативные вмешательства, качество жизни, шкала диспепсии.

DOI 10.19163/1994-9480-2020-3(75)-50-55

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER CHOLECYSTECTOMY, DEPENDING ON THE TYPE OF SURGICAL ACCESS AND THE NATURE OF THE DISEASE

Yu.A. Sobolev^{1,2}, A.I. Belyaeva², V.I. Davydkin³, R.I. Fedulov³

¹SAHI «City clinical hospital N.I. Pirogov» of the city of Orenburg;

²FSBEI HE «Orenburg State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation;

³FSBEI HE «National Research Ogarev Mordovia State University»

The prevalence of cholelithiasis among the working population ranges from 10 to 20 %. Cholecystectomy ranks first in frequency among surgical interventions. The purpose of this work is to assess the quality of life in patients with cholelithiasis 6 month after cholecystectomy. The study was conducted on the basis of three medical institutions in the Russian Federation. The patient groups were homogeneous in their composition, and the quality of life was assessed using the Gallstone Impact Checklist. The groups were compared depending on the type of operative access (laparoscopic, mini-access), and depending on the nature of the disease (symptomatic and asymptomatic variants). The results were calculated as the average calculated value \pm standard deviation. The following results were obtained, which show that cholecystectomy significantly reduces the quality of life of patients. Laparoscopic access is more preferable in the presence of pain syndrome, as the main factor in reducing the quality of life. Mini-access surgery is not accompanied by a deterioration in the quality of life in patients with pain and dyspeptic syndromes, but it improves the emotional and volitional sphere of human activity.

Key words: cholelithiasis, cholecystectomy, laparoscopic access, mini-access, surgical interventions, quality of life, dyspepsia scale.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одной из самых распространенных заболеваний гепатобилиарной системы. Ее распространенность среди лиц трудоспособного населения составляет от 10 до 20 % [9]. Холецистэктомия (ХЭ) при осложнениях ЖКБ занимает первое место по частоте среди хирургических вмешательств в неотложной и плановой хирургии [2]. При этом пациенты связывают с операцией купирование симптомов болезни, которые снижают качество жизни. Однако часто этого

не происходит, а пациенты вынуждены вновь обращаться за медицинской помощью. У ряда больных хронический калькулезный холецистит протекает с многократными приступами острого холецистита, а у некоторых – в анамнезе отсутствуют приступы желчных коликов [3]. Поэтому для оценки эффективности лечения важным является проведение анализа качества жизни (КЖ) оперированных и не оперированных больных ЖКБ, разработка прогностических моделей, проведение экономических расчетов,

поиск наиболее оптимальных методов и схем лечения ЖКБ. Выделяют несколько опросников, позволяющих оценивать качество жизни пациентов, одним из которых является «MOS SF-36», используемый Митушевой Э.И. с коллегами [7], однако данный опросник не имеет специфичности в оценке качества жизни пациентов с ЖКБ. Опросник Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) предназначен для оценки КЖ пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта, который выбрали в своем исследовании Койшибаева с коллегами [5]. Однако существует опросник Gallstone Impact Checklist (GIC), который был основан в 1996 г. Данный опросник был разработан для больных, страдающих заболеваниями желчевыводящих путей [10].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить показатели качества жизни у больных холелитиазом спустя 6 месяцев после холецистэктомии.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проспективное исследование подразумевало анализ качества жизни пациентов, оперированных в период с 01.02.2020 г. по 01.06.2020 г. в трех медицинских учреждениях: ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница № 4», ГБУЗ Республики Мордовия «МРЦКБ» (г. Саранск), ООО «Клиника промышленной медицины» (г. Оренбург).

Все пациенты были проинформированы о цели и сути исследования, и от каждого было получено согласие на исследование. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом Национального исследовательского Мордовского государственного университета.

Методом сплошной выборки сформированы группы с лапароскопическим доступом (ЛД) и минидоступом (МД), группа с симптоматическим течением заболевания (СГ) и группы с латентным течением заболевания (ЛГ), все группы сопоставимые по возрасту и полу.

Критерии включения пациентов в исследование: возраст от 18 до 60 лет; физическая полноценность, в том числе отсутствие операций на желудочно-кишечном тракте за последний год; отсутствие заболеваний, подлежащих наблюдению в психоневрологическом и наркологическом диспансерах.

За симптомное течение принималось наличие приступа желчной колики за последние полгода, за латентное течение отсутствие таких приступов за последние полгода, предшествующие ХЭ.

Качество жизни определяли путем анкетирования пациентов с использованием валидизированного специфического для больных холелитиазом опросника Gallstone Impact Checklist (GIC) [10]. GIC включает 4 клинических цифровых шкалы, оценивающих качество жизни (шкалы боли, диспепсии,

эмоций, питания). Более высокий балл соответствует большей выраженности проблемы и худшему качеству жизни. Шкала боли характеризует интенсивность болевого синдрома. Выраженность диспепсического синдрома отражает шкала диспепсии. Шкала эмоций характеризует влияние заболевания на эмоционально-волевую сферу жизнедеятельности человека. Необходимость соблюдения диеты, ограничение в потреблении пищи, необходимость приема ферментативных лекарственных средств отражает шкала питания [1]. Пациенты до операции заполняли анкеты в присутствии одного наблюдателя из группы исследователей, после операции участники исследования анкету заполняли без наблюдателей, через 165–195 дней после выполненной ХЭ присланные анкеты в более ранние или поздние сроки служили критерием исключения из исследования.

Результаты рассчитывали в виде среднего рассчитанного показателя \pm стандартное отклонение и 95%-го доверительного интервала (ДИ). Статистическая обработка была проведена с применением пакетов программ Statistica 12.0 и включала создание базы данных, автоматизированную проверку качества подготовки информации и статистический анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Было обследовано 82 пациента, средний возраст составил ($56,2 \pm 10,3$) года, в том числе мужчин – ($57,2 \pm 10,2$) года, женщин – ($55,6 \pm 10,3$) года. Давность заболевания составила ($8,7 \pm 3,5$) года. Средний срок после ХЭ составил ($180 \pm 12,5$) дней. Сравнительная характеристика групп представлена в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика групп пациентов в зависимости от места исследования

Показатель	г. Саранск	г. Оренбург	<i>p</i>
Количество участников исследования	45	37	–
Средний возраст, лет	$47,0 \pm 10,3$	$52,0 \pm 8,4$	$>0,05$
Средний возраст мужчин, лет	$47,2 \pm 10,2$	$51,1 \pm 8,1$	$>0,05$
Средний возраст женщин, лет	$46,6 \pm 10,3$	$53,6 \pm 8,7$	$>0,05$
Средняя давность заболевания, лет	$8,7 \pm 3,5$	$7,9 \pm 3,1$	$>0,05$
Средний срок после холецистэктомии, дней	$180,0 \pm 12,5$	$180,0 \pm 12,5$	$>0,05$

В общей группе пациентов произошло ухудшение качества жизни по всем показателям, кроме шкалы боли, характеризующей интенсивность болевого синдрома (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика общей группы пациентов

Показатели КЖ	До операции	После операции	<i>p</i>
Общий счет	75,9 ± 3,8 (95%-й ДИ 74,8–77,0)	85,3 ± 5,2 (95%-й ДИ 83,7–86,9)	<0,05
Счет шкалы боли	17,3 ± 1,8 (95%-й ДИ 16,8–17,8)	15,7 ± 2,7 (95%-й ДИ 14,9–16,5)	<0,05
Счет шкалы диспепсии	18,2 ± 1,9 (95%-й ДИ 17,6–18,8)	19,3 ± 2,9 (95%-й ДИ 18,4–20,2)	<0,05
Счет шкалы эмоций	18,5 ± 1,5 (95%-й ДИ 18,1–18,9)	24,0 ± 4,2 (95%-й ДИ 22,7–25,3)	<0,05
Счет шкалы питания	21,9 ± 1,9 (95%-й ДИ 21,3–22,5)	26,2 ± 2,3 (95%-й ДИ 25,5–26,9)	<0,05

В группе пациентов, оперированных из лапароскопического доступа, средний возраст (55,9 ± 7,1) года; средняя продолжительность заболевания (8,2 ± 3,4 года) и в группе оперированных из мини-доступа, средний возраст (58,3 ± 7,0) года; средняя продолжительность заболевания (8,3 ± 3,4) года, (*p* > 0,05).

После ХЭ из лапароскопического доступа у пациентов снизились показатели качества жизни по шкале общего счета, диспепсии, эмоций и питания, однако операция улучшила качество жизни по шкале боли (табл. 3).

Таблица 3

Характеристика пациентов после ХЭ из лапароскопического доступа

Показатели КЖ	До операции	После операции	<i>p</i>
Общий счет	75,4 ± 3,6 (95%-й ДИ 74,1–76,7)	85,3 ± 5,3 (95%-й ДИ 83,4–87,2);	<0,05
Счет шкалы боли	17,2 ± 2,0 (95%-й ДИ 16,5–17,9)	14,6 ± 2,1 (95%-й ДИ 12,5–16,7)	<0,05
Счет шкалы диспепсии	18,2 ± 2,0 (95%-й ДИ 17,5–18,9)	19,9 ± 2,5 (95%-й ДИ 19,0–20,8)	<0,05
Счет шкалы эмоций	18,4 ± 1,5 (95%-й ДИ 17,9–18,9)	24,6 ± 3,9 (95%-й ДИ 20,9–23,5)	<0,05
Счет шкалы питания	21,7 ± 1,8 (95%-й ДИ 21,1–22,3)	26,2 ± 1,8 (95%-й ДИ 25,6–26,8)	<0,05

В группе пациентов, которые перенесли операцию из мини-доступа, качество жизни не изменилось, а осталось на тех же показателях, болевой и диспепсический синдромы сохранились. Но операция повлияла на шкалы общего счета, эмоций и питания, по данным показателям качество жизни снизилось (табл. 4).

Таблица 4

Характеристика группы пациентов после ХЭ из мини-доступа

Показатели КЖ	До операции	После операции	<i>p</i>
Общий счет	77,2 ± 4,2 (95%-й ДИ 75,9–78,5)	85,1 ± 4,9 (95%-й ДИ 82,0–88,2);	<0,05
Счет шкалы боли	17,5 ± 0,9 (95%-й ДИ 16,9–18,1)	18,7 ± 2,0 (95%-й ДИ 17,4–20,0)	>0,05
Счет шкалы диспепсии	18,3 ± 1,6 (95%-й ДИ 17,3–19,3)	17,7 ± 3,2 (95%-й ДИ 15,7–19,7)	>0,05
Счет шкалы эмоций	18,9 ± 1,6 (95%-й ДИ 17,9–19,9)	22,2 ± 4,5 (95%-й ДИ 19,3–25,1)	<0,05
Счет шкалы питания	22,5 ± 2,0 (95%-й ДИ 21,2–23,8)	26,5 ± 3,5 (95%-й ДИ 24,3–28,8)	<0,05

Сравнивая группы пациентов, которым была проведена лапароскопическая операция и операция из мини-доступа, можем отметить, что в группе пациентов из мини-доступа улучшилась эмоционально-волевая сфера жизнедеятельности. В группе пациентов, которым была проведена операция из лапароскопического доступа, интенсивность болевого синдрома снизилась (рис.).

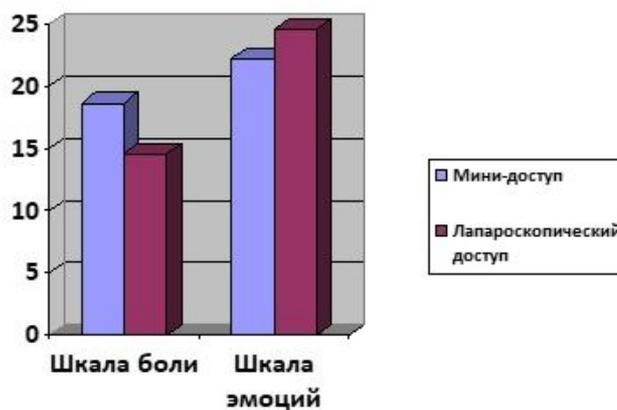


Рис. Сравнительная характеристика изменяющихся показателей качества жизни в зависимости от вида доступа

Выбор доступа никак не повлиял на выраженность диспепсического синдрома и необходимость соблюдения диеты, что и оказало влияние на показатель качества жизни по шкале общего счета, в обеих группах он стал ниже, но среди групп различий нет. Сравнительная характеристика групп представлена в табл. 5.

Группа пациентов с симптомным течением заболевания включала пациентов, средний возраст которых составлял (58,5 ± 7,1) года, а средняя

продолжительность заболевания (8,3 ± 3,5) года. Группу с латентным течением заболевания составляли пациенты со средним возрастом (55,1 ± 7,0) лет и средней продолжительностью заболевания (8,3 ± 3,4) года ($p > 0,05$).

Таблица 7

Характеристика группы пациентов с латентным течением

Показатели КЖ	До операции	После операции	p
Общий счет	75,9 ± 3,9 (95%-й ДИ 74,7–77,1)	88,4 ± 3,7 (95%-й ДИ 86,9–89,9)	<0,05
Счет шкалы боли	17,4 ± 1,6 (95%-й ДИ 16,7–18,1)	15,6 ± 2,0 (95%-й ДИ 14,8–16,4)	<0,05
Счет шкалы диспепсии	18,4 ± 2,0 (95%-й ДИ 17,6–19,2)	20,1 ± 2,9 (95%-й ДИ 18,9–21,3)	<0,05
Счет шкалы эмоций	18,4 ± 1,6 (95%-й ДИ 17,8–19,0)	26,0 ± 3,8 (95%-й ДИ 24,5–27,5)	<0,05
Счет шкалы питания	21,7 ± 1,9 (95%-й ДИ 20,9–22,5)	26,7 ± 2,5 (95%-й ДИ 25,7–27,7)	<0,05

Таблица 5

Сравнительная характеристика групп пациентов в зависимости от тактики оперативного вмешательства

Показатели КЖ	Мини-доступ	Лапароскопический доступ	p
Общий счет	85,1 ± 4,9 95%-й ДИ 82,0–88,2	85,3 ± 5,3 95%-й ДИ 83,4–87,2	>0,05
Шкала боли	18,7 ± 2,0 95%-й ДИ 17,4–20,0	14,6 ± 2,1 95%-й ДИ 12,5–16,7	<0,05
Шкала диспепсии	17,7 ± 3,2 95%-й ДИ 15,7–19,7	19,9 ± 2,5 95%-й ДИ 19,0–20,8	=0,05
Шкала эмоций	22,2 ± 4,5 95%-й ДИ 19,3–25,1	24,6 ± 3,9 95%-й ДИ 20,9–23,5	<0,05
Шкала питания	26,5 ± 3,5 95%-й ДИ 24,3–28,8	26,2 ± 1,8 95%-й ДИ 25,6–26,8	>0,05

После ХЭ у группы с симптомным течением заболевания снизилась интенсивность болевого синдрома, выраженность диспепсического синдрома осталась прежней, но КЖ ухудшилось по шкале общего счета, эмоций и питания (табл. 6).

Таблица 8

Сравнительная характеристика групп пациентов в зависимости от течения заболевания

Показатели КЖ	Симптомное течение	Бессимптомное течение	p
Общий счет	80,9 ± 3,5 95%-й ДИ 79,6–82,6	88,4 ± 3,7 95%-й ДИ 86,9–89,9	<0,05
Шкала боли	15,9 ± 3,5 95%-й ДИ 14,9–16,9	15,6 ± 2,0 95%-й ДИ 14,8–16,4	>0,05
Шкала диспепсии	18,2 ± 2,4 95%-й ДИ 17,5–18,9	20,1 ± 2,9 95%-й ДИ 18,9–21,3	<0,05
Шкала эмоций	21,3 ± 2,9 95%-й ДИ 20,4–22,2	26,0 ± 3,8 95%-й ДИ 24,5–27,5	<0,05
Шкала питания	25,7 ± 1,9 95%-й ДИ 25,1–26,3	26,7 ± 2,5 95%-й ДИ 25,7–27,7	<0,05

Таблица 6

Характеристика группы симптомных пациентов

Показатели КЖ	До операции	После операции	p
Общий счет	75,9 ± 3,9 (95%-й ДИ 74,7–77,1)	80,9 ± 3,5 (95%-й ДИ 79,2–82,6)	<0,05
Счет шкалы боли	17,1 ± 1,9 (95%-й ДИ 16,5–17,7)	15,9 ± 3,5 (95%-й ДИ 14,9–16,9);	<0,05
Счет шкалы диспепсии	18,0 ± 1,7 (95%-й ДИ 17,5–18,5)	18,2 ± 2,4 (95%-й ДИ 17,5–18,9)	>0,05
Счет шкалы эмоций	18,6 ± 1,3 (95%-й ДИ 18,2–19,0)	21,3 ± 2,9 (95%-й ДИ 20,4–22,2)	<0,05
Счет шкалы питания	22,2 ± 1,8 (95%-й ДИ 21,7–22,7)	25,7 ± 1,9 (95%-й ДИ 25,1–26,3)	<0,05

В группе пациентов, у которых заболевание протекало латентно, спустя 6 месяцев после оперативного вмешательства произошло ухудшение качества жизни по всем шкалам, за исключением шкалы боли, у таких пациентов в повседневной жизни выраженность болевого синдрома стала меньше (табл. 7).

Сравнивая показатели качества жизни пациентов данных двух групп, отмечаем, что в послеоперационном периоде качество жизни в группе симптомных пациентов лучше по всем шкалам, кроме шкалы боли, чем у пациентов с латентным течением заболевания. Интенсивность болевого синдрома после ХЭ снизилось в обеих группах вне зависимости от течения заболевания (табл. 8).

После лапароскопической ХЭ болевой синдром стал менее выраженным, что объясняется удалением очага боли. Однако другие показатели качества жизни стали хуже, чем до операции. Это можно объяснить тем, что данная операция используется преимущественно у пациентов с неосложненными формами течения холецистита и завышенными ожиданиями пациентов от качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде [4].

При длительном анамнезе заболевания формируются функциональные расстройства в виде ГЭРБ, дискинезии сфинктера Одди, синдрома раздраженного кишечника. ЖКБ сочетается с хроническим панкреатитом, дивертикулярной болезнью, которые могут ошибочно отнесены к последствиям операции.

При осложненном течении хронического калькулезного холецистита выбором оперативного вмешательства является холецистэктомия из мини-доступа [3].

Эмоционально-волевая сфера жизнедеятельности становится лучше при ХЭ из мини-доступа по сравнению с лапароскопической ХЭ. Это можно объяснить тем, что пациенты ожидают от лапароскопической ХЭ «исцеления» от всех недугов, связанных с их заболеванием. Однако это происходит не всегда, качество жизни снижается, ухудшается эмоционально-волевая сфера жизни, что приводит к ограничению жизнедеятельности.

В послеоперационном периоде у группы пациентов с симптомным течением заболевания показатели качества жизни улучшились по сравнению с группой с латентным течением.

Данное обстоятельство объясняется тем, что операция для них является избавлением от главного недуга (боли), которая их беспокоила.

Пациенты с латентным течением ожидают от операции устранения функциональных нарушений, которые снижали качество жизни до операции и послужили основой для решения вопроса об операции.

Оперативное вмешательство не устранило функциональные нарушения. Это способствовало снижению субъективной оценки качества жизни в послеоперационном периоде по сравнению с группой пациентов с симптомным течением заболевания. Митушева Э.И. с соавторами в своем исследовании изучили, что плановая ХЭ снижает качество жизни пациентов как спустя год после операции, так и спустя 5 лет, а экстренная – улучшает качество жизни пациентов в течение года, однако через 5 лет показатели качества жизни возвращаются на исходный уровень [7].

Факт того, что пациентам до и после операции необходимо соблюдать диету, осложняет выполнение задачи врача в улучшении качества жизни, потому что пациенты мало склонны соблюдать ее, что подтверждает Плотникова Е.Ю. в своем исследовании [8], а также Мартынов А.А. в своей работе, в которой ярко отражена зависимость возникновения болевого синдрома у пациентов, не соблюдающих рекомендации врача в виде поддержания определенной диеты [6].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Холецистэктомия достоверно снижает качество жизни пациентов. Лапароскопический доступ является более предпочтительным при наличии

болевого синдрома как основного фактора снижения качества жизни. Операция из мини-доступа не сопровождается ухудшением качества жизни у пациентов с болевым и диспепсическим синдромами, но улучшает их эмоционально-волевую сферу жизнедеятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьева И. Н. Валидация опросника по качеству жизни при желчнокаменной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2004. – № 1. – С. 74–78.
2. Дорофеенков М. Е. Распространенность и особенности клинической картины желчнокаменной болезни у населения Москвы: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05 / Дорофеенков Михаил Евгеньевич. – 2006. – 130 с.
3. Ивашкин В.Т. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни // Клинические рекомендации РЖГГК. – 2016. – № 3. – 76 с.
4. Ильченко А.А. Рекомендации Научного общества гастроэнтерологов России по диагностике и лечению желчнокаменной болезни и краткие комментарии // Concillium medicum. – 2012. – № 14 (8). – С. 21–29.
5. Койшибаева Л.М., Тургунов Е.М., Таласбаев М.А., Саханова А.А. Сравнение качества жизни пациентов до и после холецистэктомии через 6 и 12 месяцев // Вестник НовГУ. – 2018. – № 2 (108). – С. 89–92.
6. Мартынов А.А. Качество жизни больных пожилого и старческого возраста после лапароскопической холецистэктомии // Журнал МедиАль. – 2013. – № 3 (8). – С. 56–57.
7. Митушева Э.И., Сайфутдинов Р.Г., Шаймарданов Р.Ш. Изменения в органах гепатопанкреатобилиарной системы и качество жизни пациентов после холецистэктомии // Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т. 96, № 3. – С. 348–353.
8. Плотникова Е.Ю., Золотухина В.Н., Максимов С.А. Качество жизни и приверженность к лечению больных хроническим бескаменным холециститом и желчнокаменной болезнью // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2011. – Т. 6, № 3. – С. 71–75.
9. Lammert F., Gurusamy K., Ko C.W., et al. Gallstones // Nat Rev Dis Primers. – 2016. – Article ID 16024. – 2 p. – URL: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2016.24>.
10. Russell M.L., Preshaw R.M., Brant R.F. Disease-specific quality of life: the Gallstone Impact Checklist // Clin Invest Med. – 1996. – Vol. 19 (6). – P. 453–460.

REFERENCES

1. Grigor'eva I. N. Validacija oprosnika po kachestvu zhizni pri zhelchnokamennoj bolezni [Validation of the questionnaire on the quality of life in cholelithiasis]. *Rossijskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii* [Russian journal of gastroenterology, Hepatology, and Coloproctology], 2004, no. 1, pp. 74–78. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Dorofeenkov M. E. Rasprostranennost' i osobennosti klinicheskoj kartiny zhelchnokamennoj bolezni u naselenija Moskvy: dis. ...kand. med. nauk: 14.00.05 [Prevalence and clinical features of cholelithiasis in the population of Moscow: dis. ... cand. med. sciences:

14.00.05]. Dorofeenko Mikhail Evgenievich. 2006. 130 p. (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Ivashkin V.T. Rekomendacii Rossijskoj gastrojenterologicheskoj asociacii po diagnostike i lecheniju zhelchnokamennoj bolezni [Recommendations of the Russian gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of gallstone disease]. *Klinicheskie rekomendacii RZhGGK* [Clinical recommendations of RZhGGK], 2016, no. 3. 76 p. (In Russ., abstr. in Engl.).

4. Il'chenko A.A. Rekomendacii Nauchnogo obshhestva gastrojenterologov Rossii po diagnostike i lecheniju zhelchnokamennoj bolezni i kratkie kommentarii [Recommendations of the Scientific society of gastroenterologists of Russia on the diagnosis and treatment of gallstone disease and brief comments]. *Medicinskij konsilium* [Consilium medicum], 2012, no. 14 (8), pp. 21–29. (In Russ., abstr. in Engl.).

5. Kojshibaeva L.M., Turgunov E.M., Talasbaev M.A., Sahanova A.A. Sravnenie kachestva zhizni pacientov do i posle holecistjektomii cherez 6 i 12 mesjacev [Comparison of the quality of life of patients before and after cholecystectomy in 6 and 12 months]. *Vestnik NovGU* [NovSU Bulletin], 2018, no. 2 (108), pp. 89–92. (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Martynov A.A. Kachestvo zhizni bol'nyh pozhilogo i starcheskogo vozrasta posle laparoskopicheskoj holecistjektomii [Quality of life of elderly and senile patients

after laparoscopic cholecystectomy]. *Medicinskij zhurnal* [Medical Journal], 2013, no. 3 (8), pp. 56–57. (In Russ., abstr. in Engl.).

7. Mitusheva Je.I., Sajfutdinov R.G., Shajmardanov R.Sh. Izmenenija v organah gepatopankreatobiliarnoj sistemy i kachestvo zhizni pacientov posle holecistjektomii [Changes in the organs of the hepatopancreatobiliary system and the quality of life of patients after cholecystectomy]. *Kazanskij medicinskij zhurnal* [Kazan medical journal], 2015, vol. 96, no. 3, pp. 348–353. (In Russ., abstr. in Engl.).

8. Plotnikova E.Ju., Zolotuhina V.N., Maksimov S.A. Kachestvo zhizni i priverzhennost' k lecheniju bol'nyh hronicheskim beskamennym holecistitom i zhelchnokamennoj bolezni'ju [Quality of life and adherence to treatment of patients with chronic stone-free cholecystitis and cholelithiasis]. *Vestnik Nacional'nogo mediko-hirurgicheskogo Centra im. N.I. Pirogova* [Bulletin of the national medical and surgical Center named after N. I. Pirogov], 2011, vol. 6, no. 3, pp. 71–75. (In Russ., abstr. in Engl.).

9. Lammert F., Gurusamy K., Ko C.W., et al. Gallstones. *Nat Rev Dis Primers*, 2016, Article ID 16024, 2 p. URL: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2016.24>.

10. Russell M.L., Preshaw R.M., Brant R.F. Disease-specific quality of life: the Gallstone Impact Checklist. *Clin Invest Med.*, 1996, vol. 19 (6), pp. 453–460.

Контактная информация

Соболев Юрий Анатольевич – к. м. н., доцент кафедры факультетской хирургии, Оренбургский государственный медицинский университет, e-mail: y_sobolev@mail.ru