

ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

Качество жизни больных после различных способов холецистэктомии¹

П. С. Ветшев,
К. Е. Чилингариди,
Л. И. Ипполитов,
Ф. А. Шпаченко

Факультетская хирургическая клиника им. Н.Н. Бурденко (дир. – акад. РАМН Ю.Л. Шевченко) Московской Медицинской Академии им. И.М. Сеченова

Работа посвящена изучению непосредственных и отдаленных результатов лечения трех групп пациентов, перенесших традиционную холецистэктомию (ТХЭ), лапароскопическую холецистэктомию (ЛСХЭ), холецистэктомию из минилапаротомного доступа (МХЭ). Изучение отдаленных результатов лечения проведено на основании определения качества жизни пациентов как наиболее адекватного критерия. Анализ частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений показал, что при выполнении любого варианта холецистэктомии в лечебном учреждении, располагающем высококвалифицированными кадрами, прошедшем этап освоения миниинвазивных методик, этот показатель значительно ниже среднестатистических данных.

Показатели качества жизни пациентов перенесших ТХЭ и миниинвазивные оперативные вмешательства (ЛСХЭ, МХЭ) достоверно не различались только через 3 года после проведения оперативного лечения. Это объясняется более длительным восстановительным периодом, необходимым для полной физиологической и психологической адаптации пациентов, перенесших ТХЭ.

Анализ интегральных модулей индекса качества жизни достоверно показал, что пациенты, перенесшие ЛСХЭ и МХЭ, гораздо быстрее возвращаются к привычной социальной и интеллектуальной деятельности, имеют более высокое восприятие состояния своего здоровья и благополучия, что в свою очередь свидетельствует о более высоком качестве жизни.

Quality of Life of the Patients Undergone Different Types of Cholecystectomy

P. S. Vetshev,
K. E. Chilingaridi,
L. I. Ippolitov,
F. A. Shpachenko

N.N. Burdenko Faculty Surgical Clinic (Dir. – Academician RAMsci Yu.L. Shevchenko), I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

The paper is dedicated to investigation of short-term and long-term results in three groups of patients undergone routine cholecystectomy (RCE), laparoscopic cholecystectomy (LCE) or cholecystectomy using minimal laparotomy approach (MCE). The long-term results study was based on estimation of quality of life of patients as the most coincident criterion. Intraoperative and post-operative morbidity rate analysis revealed, that in high volume centers, where the surgeons had already passed the stage of developing of minimally invasive technique, this rate was much more lower than average data.

Significant difference in the quality of life of patients undergone RCE or minimally invasive procedures (LCE, MCE) disappeared only 3 years after surgical therapy. It was due to the longer period of rehabilitation patients after RCE needed for full physiological and psychological adaptation.

The quality of life index integral module analysis revealed that patients undergone LCE or MCE significantly rapidly returned to their usual social and intellectual activities, gave higher values to their health and well-being conditions, and so had the better quality of life.

Введение

“В последние десятилетия на нас надвигается целая туча хронических воспалительных заболеваний желчевыводящих путей. Желчнокаменная болезнь учащается во всем мире невиданными темпами”. Это образное выражение выдающегося отечественного ученого-терапевта акад. В.Х. Василенко (1969 г.) не теряет своей актуальности и в наши дни. По данным статистических исследований последних лет, 10–15% населения

всего мира страдают желчнокаменной болезнью (ЖКБ) [5, 10, 14, 20].

В экономически развитых странах холецистэктомия остается одной из наиболее часто выполняемых операций. В России в последние десятилетия ежегодно выполняют около 110 тыс. холецистэктомий [5, 14].

С появлением миниинвазивных хирургических технологий в лечении ЖКБ отмечена общая отчетливая закономерность значительного снижения числа традиционных вмешательств [3, 5, 13, 14, 20, 23, 35, 49], что, казалось бы, должно положительным образом отразиться на основных статистических показателях (уровне послеопераци-

¹ Доложено на российской конференции “Современные технологии в общей хирургии” 24–25 декабря 2001 г., Москва.

онной летальности, числе осложнений и т.п.) и в итоге на качестве жизни оперированных больных – основном объективном критерии эффективности и качества оказанной медицинской помощи [1, 6, 8, 47, 52].

Однако, несмотря на это, за последние годы не отмечено существенного снижения послеоперационных осложнений и летальности, уменьшения числа экстренных операций (сохраняется отношение плановых и экстренных операций, близкое к 1 : 1), более того, число интраоперационных осложнений, при введении миниинвазивных методов оперативного лечения ЖКБ, по данным ряда авторов, несколько возросло [3, 13, 20, 22, 37, 39, 41, 44–46, 49].

Сохраняется довольно высокой степень инвалидизации пациентов после оперативного лечения, которая находится, по данным разных авторов, на уровне 5–12% [8, 24].

С учетом всех изложенных выше фактов представляется актуальным изучение отдаленных результатов лечения на основании объективных критериев оценки эффективности хирургического вмешательства при ЖКБ.

С момента выполнения первой холецистэктомии в 1882 г. (С. Langenbuch) непосредственные и особенно отдаленные результаты хирургического лечения ЖКБ неизменно находились в центре внимания хирургов и терапевтов. Отдаленные результаты лечения чаще оценивали как хорошие, удовлетворительные или неудовлетворительные, а параметры, по которым специалисты изучали состояние больных в послеоперационном периоде, включали наличие либо отсутствие у пациентов болевого синдрома и расстройств пищеварения, прогрессирования фоновых сопутствующих и конкурирующих заболеваний, приводящих к ухудшению общего самочувствия [6, 27, 29, 30, 36].

До настоящего времени отдаленные результаты хирургического лечения чаще всего изучаются по таким статистическим показателям, как летальность, продолжительность пребывания в стационаре, наличие послеоперационных осложнений, а также по частоте и степени выраженности различных расстройств, регистрируемых с помощью лабораторных и инструментальных методов исследования в отдаленном периоде [1, 28, 42, 47, 53, 55]. При этом часто не принимается во внимание, что для каждого конкретного пациента имеет существенно большее значение не столько формальная динамика симптомов заболевания, лабораторных и инструментальных показателей, сколько улучшение самочувствия и чувство удовлетворения жизнью в психоэмоциональном и социальном аспектах [10, 16, 27, 28, 42, 55].

Исследования, проведенные в последние годы, убеждают в том, что критерии, исторически классифицируемые как “объективные” (а это статистические биомедицинские показатели, данные, полученные при инструментальных и лаборатор-

ных исследованиях), в полной мере не являются таковыми [4, 30, 31, 38, 48].

Именно поэтому исследовательская группа ВОЗ предложила рассматривать вопросы эффективности и качества медицинской помощи с учетом трех основных критериев: адекватности, экономичности и научно-технического уровня [2, 51, 53]. При этом под адекватностью медицинской помощи следует понимать необходимость достижения приемлемого для больного уровня качества жизни, который оценивается с точки зрения наличия симптомов основного заболевания, функциональной способности, социальной и эмоциональной сфер пациента, а также восприятия самим больным своего здоровья и уровня благополучия [2, 7, 12, 53, 54].

В связи с этим, качество жизни специалисты определяют как степень удовлетворения человека своим физическим, психическим и социальным состоянием [6, 15, 18, 38]. Медицинскими же аспектами качества жизни считают влияние заболевания, а также проводимого или проведенного лечения на повседневную жизнедеятельность больного [6, 19, 43, 53].

Анализ современной специальной литературы, материалов хирургических конференций и симпозиумов свидетельствует о том, что хирурги в своей научно-исследовательской работе с большей увлеченностью анализируют технические аспекты оперативной деятельности, внедрение новых щадящих технологий порой в ущерб не менее важным (а для больного самым важным) социально-экономическим вопросам, качеству жизни оперированных больных.

В доступной литературе мы не встретили работ связанных с проспективным, рандомизированным исследованием оценки качества жизни пациентов после выполнения различных вариантов холецистэктомии. При этом следует отметить, что ЖКБ стала, если можно так выразиться, своего рода уникальной моделью, на которой в сравнительном аспекте возможно изучение трех видов холецистэктомии. Все отмеченное выше и послужило поводом для проведения настоящей работы.

Материал и методы

С целью изучения качества жизни в послеоперационном периоде было проведено проспективное, рандомизированное исследование 3 репрезентативных групп пациентов, перенесших традиционную холецистэктомию (ТХЭ) – 95 (1-я группа), лапароскопическую холецистэктомию (ЛСХЭ) – 91 (2-я группа), холецистэктомию из минидоступа с элементами открытой лапароскопической техники (МХЭ) – 92 (3-я группа) по методике, разработанной в факультетской хирургической клинике им. Н.Н. Бурденко (ФХК) [9] с учетом современных требований [6, 31, 33, 47]. Эта методика позволяет изучить как общий уровень качества

Таблица 1. Частота сопутствующих заболеваний (в %) у оперированных больных

Сопутствующее заболевание	Группа больных		
	ТХЭ	ЛСХЭ	МХЭ
Ишемическая болезнь сердца	49.3	34.2	47.8
Постинфарктный кардиосклероз	8.2	3.3	6.1
Нарушения ритма сердечной деятельности	2.2	1.7	3.2
Атеросклероз венечных артерий сердца и сосудов головного мозга	52.1	36.8	48.3
Гипертоническая болезнь I–III стадии	72.7	57.2	68.4
Пневмосклероз и эмфизема легких	66.0	52.3	61.3
Ожирение II–III степени	80.1	75.1	72.5

жизни, так и отдельные его компоненты. С целью определения общего уровня качества жизни как экспресс-метод нами была использована линейная аналоговая шкала (ЛАШ). Отдаленные результаты изучали в сроки от 6 мес до 3 лет.

Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу а также сопутствующим заболеваниям (табл. 1). Возраст пациентов колебался от 23 до 79 лет, средний возраст в 1-й группе составил 65.4 ± 3.1 года, во 2-й – 59.8 ± 4.1 года, в 3-й – 60.3 ± 4.4 года. Выбор вида операции не зависел от решения хирурга.

Все пациенты сравниваемых групп были оперированы в плановом порядке. В подавляющем большинстве наблюдений оперативное вмешательство произведено по поводу хронического рецидивирующего или первично-хронического калькулезного холецистита (70, 80 и 74% в 1, 2 и 3-й группе соответственно), в остальных наблюдениях заболевание осложнилось развитием водянки или хронической эмпиемы желчного пузыря. Таким образом, мы постарались по возможности приблизить проводимый анализ к требованиям доказательной медицины.

Средняя продолжительность операции при ТХЭ составила 81.6 ± 3.3 мин, при ЛСХЭ – 61.7 ± 4.2 мин, при МХЭ – 47.5 ± 3.5 мин. Длина разреза при выполнении ТХЭ равнялась в среднем 14.3 ± 1.7 см, при МХЭ – 3.8 ± 0.4 см, ЛСХЭ выполняли по традиционной методике с наложением карбоксиперитонеума (10–12 мм рт.ст.) и использованием 4 троакаров (2 – по 5 мм и 2 – по 10 мм).

Исследование проводили по методике двойного теста [21, 25], при этом изучали в сравнительном аспекте уровень качества жизни больных до операции и после хирургического лечения.

В анкету было включено два модуля – универсальный и специфический (23 и 16 вопросов соответственно) [21]. Ответы на вопросы универсального модуля давали представление о функциональной способности пациента и его восприятии. Под функциональной способностью понимают

физическую активность, повседневную деятельность, социальные связи, половую и эмоциональную функцию, интеллектуальную деятельность, экономическую обеспеченность. Вопросы по восприятию давали представление о взглядах и суждениях пациентов относительно состояния своего здоровья, уровня общего благополучия, удовлетворенности жизнью, влияния на жизнь проведенного лечения. Вопросы универсального модуля предназначены для оценки компонентов качества жизни, являющихся общими для больных с самыми разнообразными заболеваниями.

Специфический модуль включал вопросы, касающиеся влияния на больного симптомов основного заболевания, а также выполненной в связи с этим холецистэктомии.

В настоящее время структурная триада вопросов, включающая “функциональную активность”, “восприятие”, “симптомы”, является общепринятой и считается обязательной [9, 29, 34, 56].

Удельный вес триады вопросов составил: “функциональная активность” – 72%, “восприятие” – 15%, “специфические вопросы” по симптомам болезни – 13%, что отвечает общепринятым стандартам составления опросников [6, 17, 31, 33, 42, 47].

Важно отметить, что оценку качества жизни проводили непосредственно сами пациенты, поскольку только в этом случае, по мнению большинства специалистов, следует ожидать наиболее объективного заключения [11, 26, 50]. Кроме того, при этом способе интервьюирования исключается возможность влияния эксперта на пациента при выборе ответа [37].

В основу оценки результатов заложена стандартная 5-ранговая шкала R.Likert [40]: “никогда”, “редко”, “часто”, “очень часто”, “постоянно”, что соответствует значениям от 1 до 5 баллов. Конечный результат рассчитывали, суммируя все значения, полученные по каждому вопросу анкеты. Значения отдельных компонентов качества жизни рассчитывали, суммируя балльные оценки

соответствующих вопросов анкеты. Гипотетически возможный диапазон итоговой суммы баллов первой части опросника, характеризующей состояние пациента до операции, может колебаться от 0 до 60 усл. ед., второй части, характеризующей состояние пациента в послеоперационном периоде, – от 0 до 135 усл. ед. Уровень качества жизни находится в прямой зависимости от суммы баллов.

Для измерения общего уровня качества жизни была использована ЛАШ, представленная прямой линией длиной 200 мм, на диаметральных участках которой отмечены противоположные из возможных состояний пациента: “самый счастливый”, “самый здоровый” (правая часть отрезка) и “самый несчастный”, “самый больной” (левая часть отрезка). На отрезке прямой пациентам было предложено поставить метку (крестиком или точкой), которая соответствовала бы его самооценке текущего состояния. Диапазон оценок весьма широк – от 0 до 200 усл. ед. Одновопросная ЛАШ позволяет пациентам точно оценить степень своего благополучия, а результаты такой оценки сопоставимы с многоуровневыми измерениями качества жизни [32, 55].

Результаты и обсуждение

Непосредственные результаты лечения оценивали на основании интраоперационных и послеоперационных осложнений (в раннем послеоперационном периоде).

Интраоперационные осложнения были отмечены в 1.8% наблюдений.

Большая часть интраоперационных осложнений была диагностирована в группе ЛСХЭ (1.1%). В группах МХЭ и ТХЭ этот показатель существенно не различался (0.4 и 0.3%).

Послеоперационные осложнения отмечены в 2.2% наблюдений, наибольшее число послеоперационных осложнений отмечено в группе ТХЭ – 1.6%. В группах ЛСХЭ и МХЭ этот показатель не превышал 0.4%.

На основании результатов, полученных при ответе пациентов на первую часть анкеты следует обоснованный вывод об отсутствии достоверной разницы качества жизни до операции во всех 3 группах (в 1-ой – 43.4 ± 3.2 усл. ед., во 2-ой – 46.7 ± 2.7 усл. ед., в 3-ей – 41.3 ± 3.6 усл. ед; $p < 0.005$), что позволяет считать проведенное исследование корректным.

При изучении качества жизни были получены следующие данные: в группе пациентов, перенесших ЛСХЭ и МХЭ, суммарное количество баллов в первые 6 мес после операции приближалось к максимально возможному и оставалось таковым на протяжении всего периода исследования, в среднем 125.23 ± 3.47 и 124.26 ± 2.21 усл. ед., что достоверно выше, чем в группе пациентов, перенесших ТХЭ, – 99.61 ± 9.17 усл. ед. ($p < 0.05$).

Таблица 2. Показатели качества жизни (ИКЖ, ЛАШ) в исследуемых группах пациентов

Группа	ИКЖ, усл. ед.		ЛАШ, усл. ед.
	до операции	после операции	
ТХЭ	43.4 ± 3.2	99.61 ± 9.17	148.1 ± 9.5
ЛСХЭ	46.7 ± 2.7	125.23 ± 3.47	167.7 ± 10.3
МХЭ	41.3 ± 3.6	124.26 ± 2.21	170.2 ± 9.7

Примечание: ИКЖ – индекс качества жизни.

Результаты, полученные при ответе пациентов на вопросы анкеты и ЛАШ, коррелируют и позволяют сделать вывод о высокой достоверности и чувствительности этих методов в изучении качества жизни пациентов с ЖКБ (табл. 2). Корреляция ИКЖ и ЛАШ составила $r = 0.83$ ($p = 0.0001$).

Уровень качества жизни пациентов, перенесших ТХЭ, приближался к соответствующему показателю у пациентов примерно через 3 года после миниинвазивных вмешательств, хотя и оставался несколько ниже (статистически недостоверный результат) (рис. 1).

Наиболее значимые различия между пациентами, перенесшими миниинвазивные оперативные вмешательства и ТХЭ, в первые 6 мес были отмечены при ответе на вопросы, включенные в специфический модуль (отражает влияние проведенного лечения на пациента). Пациентов после выполнения ТХЭ значительно больше беспокоили чувство дискомфорта, боли, косметический результат в области проведения операции (рис. 2а).

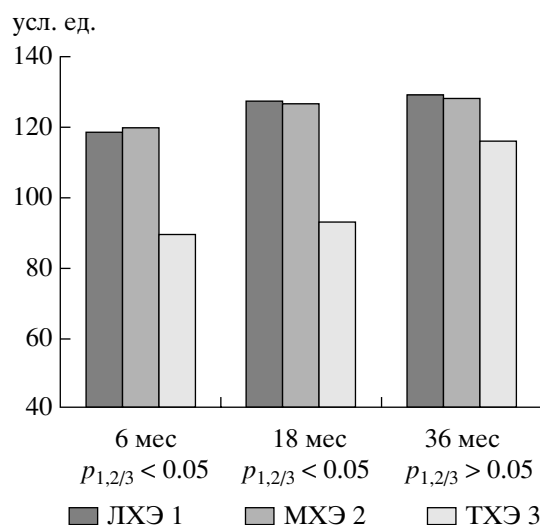


Рис. 1. Качество жизни больных в зависимости от варианта холецистэктомии и длительности послеоперационного периода

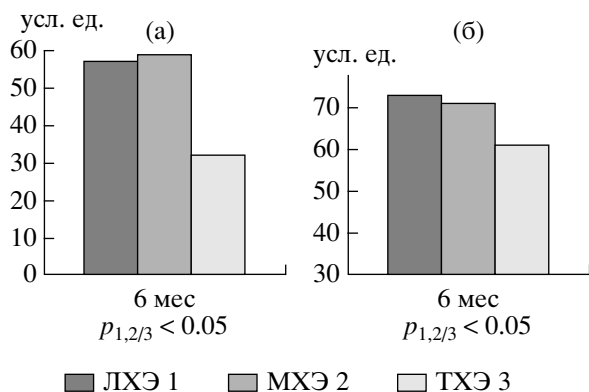


Рис. 2. Качество жизни больных в зависимости от варианта холецистэктомии в первые 6 мес. а – специфический модуль, б – универсальный модуль.

Анализ вопросов, касающихся универсального модуля (отражает функциональную способность, восприятие пациентом своего здоровья, уровня общего благополучия, удовлетворенности жизнью), также выявил достоверно значимые различия между группой пациентов, перенесших миниинвазивные оперативные вмешательства и ТХЭ (рис. 2б).

Ответы на вопросы универсального модуля свидетельствовали о значительно более низкой общей функциональной способности пациентов перенесших ТХЭ (физической и социальной активности, половой и эмоциональной функции, интеллектуальной деятельности и т.д.), а также значительно меньшей удовлетворенности состоянием своего здоровья, уровнем общего благополучия, влиянием на жизнь проведенного лечения (табл. 3).

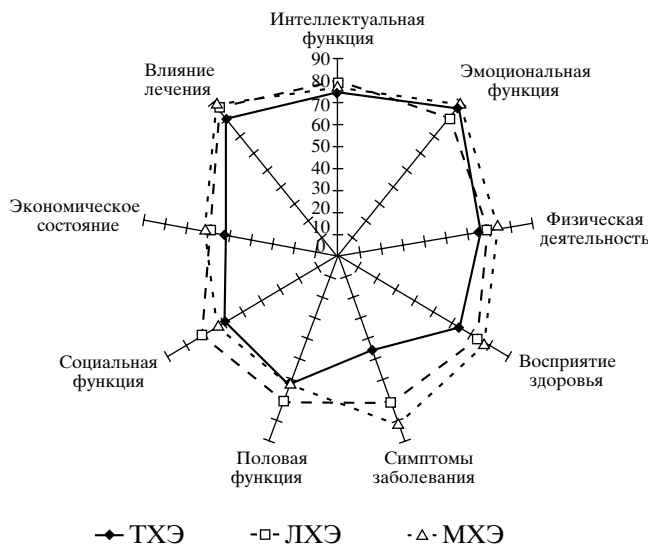


Рис. 3. Показатели качества жизни больных после различных вариантов холецистэктомии (в % максимально возможного значения каждого показателя).

К 1.5 годам различия между специфическим и универсальным модулями в группах пациентов, перенесших миниинвазивные оперативные вмешательства и ТХЭ, также оставались достаточно выраженными, хотя и были менее значимы.

К 3 годам после проведения оперативного лечения у пациентов, перенесших ТХЭ, показатели специфического и универсального модулей были снижены примерно в одинаковой степени (рис. 3).

При рассмотрении отдельных показателей качества жизни выявлено, что наибольшие различия у пациентов, перенесших ТХЭ и миниинвазивные оперативные вмешательства, были свя-

Таблица 3. Качество жизни и значения его отдельных показателей в зависимости от варианта холецистэктомии

Показатели качества жизни	Вариант холецистэктомии			Достоверность различий		
	ТХЭ	ЛСХЭ	МХЭ	p_1	p_2	p_3
ИКЖ ФХК	99.61 ± 9.17	125.23 ± 3.47	124.26 ± 2.21	<0.001	<0.001	>0.05
Интеллектуальная функция**	74.7	79.3	77.2	<0.001	<0.01	>0.05
Эмоциональная функция**	87.6	83.2	89.3	<0.001	<0.01	<0.001
Физическая деятельность**	68.4	71.3	75.8	<0.001	<0.001	<0.01
Восприятие здоровья**	66.8	75.4	77.1	<0.001	<0.001	>0.05
Симптомы заболевания**	47.3	79.5	81.2	<0.001	<0.001	>0.05
Половая функция**	64.7	72.5	66.2	<0.001	<0.01	<0.01
Социальная функция**	61.3	70.6	65.3	<0.001	<0.01	>0.05
Экономическая обеспеченность**	53.2	61.4	63.6	<0.001	<0.001	>0.05
Влияние лечения**	79.5	87.3	88.6	<0.001	<0.001	>0.05

* В усл. ед.

** В % от максимально возможного значения.

Примечание: p_1 – соотношение ТХЭ/ЛСХЭ; p_2 – соотношение ТХЭ/МХЭ; p_3 – соотношение ЛСХЭ/МХЭ.

заны с вопросами, касающимися восприятия здоровья, симптомов заболевания, физической деятельности и влияния на пациента проведенного лечения. В группе ТХЭ на протяжении всего периода исследования именно эти показатели претерпели наибольшие статистически значимые изменения. Достоверное улучшение качества жизни через 3 года пациентов, перенесших ТХЭ, связано с повышением уровня восприятия здоровья (с 53.24 ± 2.17 до 66.8 ± 1.9 усл. ед.), физической деятельности (с 52.2 ± 3.4 до 68.4 ± 1.5 усл. ед.) и более высокой оценкой проведенного лечения (с 63.4 ± 2.4 до 79.5 ± 2.1 усл. ед.).

Для более детального изучения полученных данных в изучаемых группах пациентов был проведен кластерный анализ. В зависимости от полученных результатов пациенты были разделены на 4 группы: 1-я – до 75 усл. ед., 2-я – от 76 до 95 усл. ед., 4-я – от 96 до 115 усл. ед., 5-я – от 116 до 135 усл. ед. Условно эту градацию результатов лечения можно представить как “плохие”, “удовлетворительные”, “хорошие”, “отличные”. Количество пациентов с “плохими” и “удовлетворительными” результатами составило в среднем 17.6%, статистически достоверной разницы полученных результатов в изучаемых группах не было. При анализе групп пациентов с “плохими” и “удовлетворительными” результатами была выявлена четкая корреляционная связь между длительностью анамнеза заболевания и полученными результатами исследования. Отмечено, что длительность анамнеза заболевания более 5 лет приводит к снижению уровня качества жизни в среднем на 12.3 ± 3.7 усл. ед. ($r = -0.124$), что, по-видимому объясняется наличием у этих пациентов ряда сопутствующих хронических заболеваний гепатопанкреатодуоденальной системы, осложнений длительно текущей ЖКБ.

Таким образом, анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения, выполненный на основании определения качества жизни пациентов в послеоперационном периоде, позволяет сделать следующие выводы.

Частота интраоперационных и послеоперационных осложнений, при выполнении любого варианта холецистэктомии в лечебном учреждении, располагающем высококвалифицированными кадрами, прошедшем этап освоения миниинвазивных методик, не превышает среднестатистических показателей.

Отсутствие на всех этапах исследования достоверных различий полученных результатов у пациентов, перенесших ЛСХЭ и МХЭ, свидетельствует о равном и минимальном влиянии отрицательных факторов хирургического лечения на течение послеоперационного периода у этой категории пациентов.

Анализ интегральных модулей индекса качества жизни позволяет сделать объективный вывод о более быстром возвращении пациентов, пе-

ренесших ЛХЭ и МХЭ, к привычной социальной и интеллектуальной деятельности, высоком восприятии и суждении о состоянии своего здоровья и благополучия, что в свою очередь свидетельствует о высоком качестве жизни.

Длительный анамнез заболевания ЖКБ приводит к большему снижению уровня качества жизни пациентов до операции и более длительному восстановительному периоду после оперативного лечения.

Лишь к 3 годам после проведения оперативного лечения, показатели качества жизни пациентов, перенесших ТХЭ и миниинвазивные оперативные вмешательства, достоверно не различаются. Это объясняется более длительным восстановительным периодом, необходимым для полной физиологической и психологической адаптации пациентов, перенесших ТХЭ.

Список литературы

1. Ветшев П.С., Чилингарида К.Е., Ипполитов Л.И. и др. Холецистэктомия из мини-доступа в лечении желчнокаменной болезни // Клин. мед. 2001. № 1. С. 50–55.
2. Vuori Х.В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. Европейское бюро ВОЗ. Копенгаген, 1985. С. 178.
3. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф. Рубцовые стриктуры печеночных протоков и области их слияния // Хирургия 1995. № 1. С. 26–31.
4. Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М., Шарфнадель М.Г. // Кардиология. 1982. № 2. С. 100–103.
5. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуток А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. М., 2000.
6. Захарова Т.Ю. и др. Оценка качества жизни в клинике внутренних болезней // Сов. мед. 1991. № 6. С. 34–38.
7. Костоева Л.Х. Качество жизни больных миомой матки и внутренним эндометриозом после гистерэктомии с односторонней аднексэктомией в позднем репродуктивном и пременопаузальном возрасте. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2000.
8. Кочнева Е.А. Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных, перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук, М., 2000.
9. Крылов Н.Н. Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после хирургического лечения. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1997.
10. Кузин М.И., Шкроб О.С., Ветшев П.С. и др. Клинико-экономические аспекты в лечении желчнокаменной болезни // Клин. мед. 1984. № 5. С. 9–14.
11. Моисеев В.С. Лекарство и качество жизни // Клин. фармакол. терап. 1993. № 1. С. 33–35.
12. Мыльникова И.С., Кричагин В.И., Индейкин Е.Н. Стандарты медицинской помощи. М., 1993.
13. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Лечение больных с повреждениями желчных протоков при традици-

- онной и лапароскопической холецистэктомиях // *Анналы хир. гепатол.* 1999. Т. 1. № 4. С. 49–55.
14. Обзор докладов на 9-м ежегодном Международном собрании общества минимально инвазивных методов лечения // *Международный медицинский журнал.* 1998. № 1. С. 82–84.
15. *Переводчикова Н.И.* Обеспечение качества жизни больных в процессе противоопухолевой химиотерапии // *Тер. архив.* 1996. № 10. С. 37–41.
16. *Помелов В.С. и соавт.* Органосохраняющие операции в лечении стенозирующих дуоденальных язв. Всерос. съезд хирургов, 8-й: Тезисы. Краснодар. 1995. С. 233–234.
17. *Померанцев В.П.* Диагноз, лечение и качество жизни // *Клин. мед.* 1989. № 9. С. 3–8.
18. *Стенура О.Б., Пак Л.С. и др.* Качество жизни у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы // *Кардиология.* 1998. № 10. С. 62–65.
19. *Сыркин А.Л., Печорина Е.А., Дрианицина С.В.* Определение качества жизни больных ишемической болезнью сердца – стабильной стенокардией напряжения // *Клин. мед.* 1998. № 6. С. 52–58.
20. *Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В.* // *Эндоскоп. хир.* 1998. № 23–25. С. 147–149.
21. *Шпаченко Ф.А.* Влияние различных методов холецистэктомии на качество жизни оперированных больных. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2002.
22. *Archer S.B., Brown D.W., Smith C.D., Branum G.D., Hunter J.G.* Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: results of a national survey // *Ann. Surg.* 2001. V. 234. № 4. P. 549–558.
23. *Azagra J.S., De Simone P., Goergen M.* Is there a place for laparoscopy in management of postcholecystectomy biliary injuries? // *W.J.S.* 2001. V. 25. № 10. P. 1331–1334.
24. *Black N.A., Thompson E.* Group symptoms and health status before and six weeks after open cholecystectomy // *European cohort study. Gut.* 1994. №. 35. P. 1301–1305.
25. *Bland J.M., Altaiian D.G.* Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement // *Lancet.* 1986. P. 307–310.
26. *Bulent Menten B., Akin M., Irkorucu O., Tatlicioglu E., Ferahkose Z., Yildinm A., Maral I.* Gastrointestinal quality of life in patients with symptomatic or asymptomatic cholelithiasis before and after laparoscopic cholecystectomy // *Surg Endosc.* 2001. V. 15. № 11. P. 1267–72.
27. *Eypasch E., Troidi H., Wood-Dauphinee S. et al.* Quality of life and gastrointestinal surgery – a clinimetric approach to developing an instrument for its measurement // *Theor. Surg.* 1990. № 5. P. 3–10.
28. *Eypasch E., Williams J.I., Wood-Dauphinee S. et al.* Gastrointestinal quality of life index : development, validation and application of a new instrument // *Br. J. Surg.* 1995. V. 82. P. 216–222.
29. *Felce D., Perry J.* Quality of life : its definition and measurement // *Res. Dev. Disabil.* 1995. V. 16. № 1. P. 51–74.
30. *Guyatt G.H.* A Taxonomy of Health Status Instruments // *J. Rheumatol.* 1995. V. 22. P. 1188–1190.
31. *Guyatt G.H.* Measuring health-related quality of life in heart failure // *Irish J. Psychol.* 1994. V. 15. № 1. P. 148–163.
32. *Hoffman L.G., Rouse M.W., Brin B.N.* Quality of life: a review // *J Am. Optom. Assoc.* 1995. V. 66. № 5. P. 281–289.
33. *Hollander F.* The insulin test for the presence of intact nerve fibers after vagal opezzation for peptic ulcer // *Gastroenterol.* 1998. V. 146. № 7. P. 607–614.
34. *Hunt R.H.* Quality of life – the challenges ahead // *Scand. J. Gastroenterol.* 1993. V. 28. № 199. P. 2–4.
35. *Huttl T.P., Hardina C., Kramling H.J., Schildberg F.W., Meyer G.* Gallstone surgery in German university hospitals. Development, complications and changing strategies // *Langenbecks Arch. Surg.* 2001. V. 386. № 6. P. 410–417.
36. *Ingelfinger F.J.* The chemistry of the American indians burden // *N. End. L. Med.* 1979. V. 300. № 16. P. 917–918.
37. *Kaplan R.M., Feeny D., Revicki D.A.* Methods for assessing relative importance in preference based outcome measures. Quality of life. Eds. Shumakers.A., Berzon R. - Rapid Communications. Oxford, 1995. P. 115–124.
38. *Kerr G.D.* Quality of life – personal view // *Scand. J. Gastroenterol.* 1993. V. 28. № 199. P. 14–15.
39. *Krahenbuhl L., Sclabas G., Wente M.N., Schafer M., Schlumpf R., Buchler M.W.* Incidence, risk factors, and prevention of biliary tract injuries during laparoscopic cholecystectomy in Switzerland // *W.J.S.* 2001. V. 25. № 10. P. 1325–1330.
40. *Likert R.* A technique for measurement of attitudes // *Arch. Psychol.* 1992. № 6. P. 140–146.
41. *McMahon A.J., Fullarton Q.* Bile duct injury and bile leakage in laparoscopic cholecystectomy // *Br. J. Surg.* 1995. № 82. P. 307–313.
42. *Petersen H.* What do we miss with the traditional efficacy, safety evaluation? // *Scand. J. Gastroenterol.* 1993. V. 28. № 199. P. 5–7.
43. *Quality of medical care. Theory, practice, evolution.* Ed. N.O. Graham. London. Churchill Livingstone, 1996. P. 136.
44. *Regoly-Merei J. Ihasz M.* Biliary tract complications in laparoscopic cholecystectomy // *Surg.Endosc.* 1998. № 12. P. 294–300.
45. *Robin S., McLeod M.D.* Quality of Life of Patients with Inflammatory Bowel Disease after Surgery // *W.J.S.* 1998. V. 22. P. 375–381.
46. *Sawyers I.L.* Current status of conventional (open) cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy // *Ann Surg.* 1996. V. 223. № 1. P. 1–3.
47. *Spiegelhater D., Gore S.M., Fitzpatrick R. et al.* Quality of life measures in health care // *Br. Med. J.* 1992. V. 305. P. 1205–1206.
48. *Spitzer W.O.* State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research // *J. Chron. Dis.* 1987. 40. P. 465–471.

49. *Sportelli G., Crovaro M., Mercuri M., Carrara A., Giri S., Fiocca F.* Conservative approach in the treatment of the biliary tract's iatrogenic lesions // *Eur Rev. Med. Pharmacol. Sci.* 2000. V. 4. № 5–6. P. 123–126.
50. *Sue-Ling H., Young S., Griffith J., Johnston D.* Quality of life after radical (D2) resection for gastric cancer: results of a long-term follow-up study // *Br. J. Surg.* 1996. V. 83. P. 30.
51. *Thybush-Bernhardt A., Schmidt C.S. et al.* Quality of life following radical surgical treatment of gastric carcinoma // *W.J.S.* 1999. 23. P. 503–508.
52. *Troidl H.* Quality of life. Berlin: Springer Verlag, 1993. P. 172–185.
53. *WHO.* Meeting of investigations on quality of life. Geneva, 1992. 86. P. 134–37.
54. *WHOQOL Group.* Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual.Life Res.* 1993. 2. P. 153–159.
55. *Wood C.* Are happy people healthier? Discussion paper // *J. Roy.Soc. Med.* 1987. V. 80. № 6. P. 354–356.
56. *Wood-Dauphinee S.L.* Assessing quality of life in surgical studies // *Theor. Surg.* 1989. 4.: P. 35–44.