



М.Б. Щербинина<sup>1</sup>,  
Н.В. Горач<sup>2</sup>, Е.В. Закревская<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины»,  
Днепропетровск

<sup>2</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия»

## Качество жизни пациентов после холецистэктомии

### Ключевые слова

Желчнокаменная болезнь, холелитиаз, холецистэктомия, качество жизни.

**Ж**елчнокаменная болезнь (ЖКБ), или холелитиаз, представляет собой наиболее частое билиарное расстройство, по поводу которого проводится хирургическое лечение. Рост хирургической активности в отношении ЖКБ привел к тому, что операции на желчных путях количественно превзошли другие абдоминальные вмешательства (включая аппендэктомию) во многих странах.

По данным Центра статистики МЗ Украины, распространенность ЖКБ в Украине в 2008 г. составила 694,6 случая на 100 тыс. взрослого населения. Темп прироста за 10 лет (1999–2008) достиг 79,2 %. Доля операций на органах пищеварения и брюшной полости в 2008 г. в Украине составила 13,4 % от общего количества операционных вмешательств, при этом наибольшее количество — 9,5 % пришлось на холецистэктомию (ХЭ), из которых 97,5 % выполнены по поводу ЖКБ. Хотя удалось достичь определенных успехов в хирургическом лечении ЖКБ, в 2008 г. количество умерших в связи с ХЭ составило 86 человек, послеоперационная летальность — 0,27 %. Высокая послеоперационная летальность зарегистрирована при операциях на желчных протоках (2,1 %), которых в Украине выполнено 4102 (0,9 на 10 тыс. населения). Острой проблемой для пациентов становятся клинические проявления, связанные с проведенным оперативным вмешательством.

В большинстве случаев ХЭ проводится планово, однако при осложненном течении она может быть выполнена как неотложная операция. Лапароскопические технологии, внедренные в практику в 1990-х, способствовали значительному сокращению количества открытых ХЭ. За пос-

ледние десятилетия количество лапароскопических ХЭ (ЛХЭ) значительно возросло. Сегодня около 86 % ХЭ выполняют лапароскопически [7]. Накопленный хирургический опыт и достижения в области эндоскопических технологий расширили показания для ЛХЭ и позволили включить пациентов с осложнениями ЖКБ [9]. На сегодняшний день ЛХЭ является «золотым стандартом» лечения ЖКБ. Хирургическое вмешательство оказывает значительное влияние на послеоперационное качество жизни (КЖ) пациентов [52]. Отрицательной стороной увеличения количества ЛХЭ при ЖКБ является рост количества травм желчевыводящих путей и сосудистых повреждений [12, 24]. По данным разных авторов, у пациентов при наличии определенных показаний в 5–10 % случаев требуется конверсия к открытой ХЭ, количество которой возрастает при тяжелом остром холецистите [8, 29].

Ежедневно в мире выполняют большое количество ХЭ, однако, послеоперационное КЖ таких пациентов изучено недостаточно. Согласно мнению экспертов ВОЗ, оценка КЖ пациентов после ХЭ рассматривается как одна из конечных точек хирургического лечения больных с данной патологией в послеоперационный период [19]. В исследованиях, посвященных изучению КЖ после ХЭ, получены противоречивые данные относительно субъективной удовлетворенности пациентов результатами операции на протяжении нескольких лет после хирургического вмешательства. Обращает на себя внимание, что при небольшом количестве исследований в большинстве литературных источников отсутствуют систематизированные данные по отдаленным результатам лечения.

Цель обзора — обобщение данных литературы о КЖ после ХЭ у взрослых пациентов, а также изучение влияния способа оперативного лечения ЖКБ на КЖ у пациентов с наличием и отсутствием симптомов заболевания.

### Методы поиска

Информационный поиск источников, опубликованных в период с 2003 по 2012 г., проведен с использованием ключевых слов: качество жизни, холецистэктомия, холелитиаз в электронных англо- и русскоязычных базах данных, включая Medline, Pubmed., EMBASE, периодические литературные издания.

### Критерии отбора источников

Специфические критерии систематического обзора были использованы для того, чтобы выявить подходящие по качеству работы, посвященные применению различных способов оперативного лечения холелитиаза. При этом мы включили исследования, касающиеся определения КЖ с помощью как общих, так и специальных опросников, а также их совместного использования. Критериями отбора были: а) наличие ЖКБ (с наличием/отсутствием симптомов, осложненным/неосложненным течением) либо акалькулезного холецистита; б) тактика хирургического вмешательства (открытая или лапароскопическая ХЭ, а также варианты ЛХЭ).

### Дизайн обзора

На начальном этапе были доступны 136 ссылок, имеющих сочетание ключевых слов, использованных нами в поиске литературы. На следующем этапе проведена сортировка обзоров и малоинформативных публикаций. Далее резюме 112 ссылок были подвергнуты первичному реферативному анализу. 12 источников были исключены из-за недоступности статей, 39 — из-за неполного соответствия критериям отбора, 9 — из-за малого количества пациентов (менее 50 чел.). В итоге для систематического обзора были использованы 52 источника литературы.

### Систематический анализ индивидуальных источников

#### Выбор методов и инструментов для оценки качества жизни пациентов с билиарной патологией

Оценка самим пациентом показателей КЖ представляет надежную и ценную информацию, которая наряду с результатами исследования, выполненного врачом, существенно дополняет и объективизирует картину заболевания.

Многие опросники были использованы для оценки КЖ после ХЭ. Трудности заключаются в выборе значимых параметров для того, чтобы получить воспроизводимые данные, отражающие послеоперационное КЖ таких пациентов. Традиционно при оценке результатов хирургических вмешательств учитывают развитие послеоперационных осложнений, частоту рецидивов и отдаленный прогноз. Однако в большинстве данных современной литературы по этой тематике отсутствуют систематизированные данные касающиеся результатов лечения в зависимости от самочувствия пациентов.

Специальный опросник для определения КЖ при симптомном холелитиазе после ХЭ был предложен в 1996 г. M.L. Russell и соавт. — Gallstone Impact Checklist (GIC) [16]. Окончательный вариант опросника включал 41 утверждение, сгруппированное в 4 субшкалы (боль, диспепсия, эмоциональное влияние, прием пищи и еда). Он был валидизирован в России в 2005 г. [4]. Согласно его результатам, полученным у больных ЖКБ в открытом проспективном исследовании, КЖ было максимально низким по шкале питания и наименее сниженным — по шкале боли. Показано, что избыточная масса тела, ожирение, сахарный диабет 2 типа и полиморфизм гена APOE являются факторами, ассоциированными с ухудшением КЖ у пациентов ЖКБ. Однако применение GIC во многих странах ограничено в связи с трудностью воспроизведения некоторых психометрических аспектов и перевода на другие языки [9].

В других исследованиях свою валидность и надежность показали специальный опросник Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) [29, 34] и общий опросник SF-36 (форма Medical Outcomes Study Short Form — MOS SF-36) [11, 46].

Каждый инструмент определения КЖ имеет свои преимущества и недостатки. GIQLI был разработан в 1993 г. в Германии E. Euraspach и соавт. [13, 14] и стал признанным инструментом для оценки КЖ пациентов с различными желудочно-кишечными симптомами, включая сферы общего здоровья, но он не является специфичным для заболеваний желчного пузыря. Во многих исследованиях GIQLI используют для оценки КЖ после хирургического лечения больных ЖКБ. Тест включает 36 вопросов по пяти основным категориям КЖ: общее субъективное восприятие своего здоровья (19 вопросов), психическое состояние (5 вопросов), физическое состояние (7 вопросов), социальное функционирование (4 вопроса), ролевое функционирование (1 вопрос). На каждый вопрос

дается ответ по 5-балльной шкале (от 0 до 4 баллов). Сумма баллов после подсчета является гастроинтестинальным индексом для данного пациента и может варьировать от 0 до 144 баллов. Чем больше GIQLI, тем выше КЖ пациента. При 120 баллах и менее GIQLI указывает на возможную патологию пищеварительного тракта. По данным отечественных авторов, опросник GIQLI позволяет установить признаки недиагностированных нарушений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), влияющих на КЖ пациентов [1], способствует своевременной диагностике и коррекции послеоперационных осложнений, что позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения пациентов с калькулезным холециститом [2].

Общий опросник SF-36 является широко используемым инструментом для определения КЖ в разных исследованиях. Он обладает низкой специфичностью для выявления изменений конкретных клинических факторов, связанных с ЖКБ. Опросник SF-36 ориентирован на определение 8 комплексных параметров КЖ, которые наиболее часто применяют в популяционных исследованиях и которые очень чувствительны к изменениям состояния здоровья [50, 51]. Он состоит из 36 вопросов, 8 шкал, 2 суммарных измерений. Опросник имеет следующие шкалы: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, боль, психологическое здоровье, ролевое эмоциональное функционирование, социальное функционирование, жизнеспособность, общее здоровье. Первые три шкалы соответствуют физическому компоненту здоровья, следующие три характеризуют психологический компонент, две последние коррелируют с обоими компонентами. Опросник SF-36 обеспечивает количественное определение КЖ по указанным шкалам. При этом показатели могут варьировать от 0 до 100 баллов. Чем выше значение показателя, тем лучше оценка по избранной шкале. Данный опросник переведен на разные языки [45] и валидизирован во многих странах, в том числе в Украине [5].

В некоторых исследованиях используют как SF-36, так и GIQLI. Комбинация общего и специального опросника позволяет детально исследовать как общее самочувствие, так и более конкретные факторы, влияющие на КЖ послеоперационных больных. J.M. Quintana и соавт. во многоцентровом популяционном исследовании использовали SF-36 и GIQLI у 509 пациентов перед и через 3 мес после ХЭ для проверки соответствия субъективных критериев КЖ у пациентов, перенесших ХЭ. Результаты показали сходные

изменения сфер КЖ по SF-36 по сравнению с GIQLI и тем самым подтвердили, что оба опросника являются адекватными инструментами измерения КЖ, а также подтвердили их достоверность [36].

Важным аспектом предлагаемой концепции целесообразности использования вопросников определения КЖ пациентов является точность и воспроизводимость измерений с течением времени, а также оценка предполагаемых изменений в состоянии здоровья у одного и того же пациента. Исследование H.Y. Shi и соавт., в котором сравнивали чувствительность SF-36 и GIQLI у 159 пациентов, перенесших ХЭ, показало, что основные изменения в шкалах были специфически значимыми [42]. Сравнение различных статистических показателей, полученных при помощи этих опросников, выявило большую чувствительность GIQLI по сравнению с SF-36. Вывод, сделанный авторами, свидетельствует о целесообразности тщательного отбора и учета специфических показателей КЖ для конкретного заболевания по сравнению с показателями общих опросников при оценке результатов лечения. Сравнение данных, полученных в клинических группах пациентов этими авторами с помощью корреляционного анализа, показало значительную корреляцию показателей SF-36 и GIQLI в дооперационный период и в течение 3 мес после операции.

Данные обзора литературы по использованию инструментов для определения КЖ в гепатобилиарной хирургии за период с 1988 по 2008 г., проведенного M.S. Sajid и соавт., показали, что применение проверенных и надежных медицинских инструментов определения КЖ в гепатобилиарной хирургии должно характеризоваться воспроизводимостью и достоверностью результатов исследования. Поскольку нарушения функций, которые могут возникнуть после различных операций, значительно отличаются, использование специальных опросников оценки КЖ для каждого типа хирургического вмешательства в гепатобилиарной хирургии станет основой изучения путей улучшения качества оказания медицинской помощи данной категории пациентов [40].

По результатам исследования D. Kogolija и соавт., на основе которого были сформированы научно обоснованные рекомендации Европейской ассоциации эндоскопической хирургии, рекомендовано использование комбинации SF-36 и GIQLI для оценки КЖ у пациентов после ЛХЭ [26].

Таким образом, по данным анализа литературы, возможно использование как общих (SF-36),

так и специальных (GIC, GIQLI) инструментов оценки КЖ пациентов после ХЭ. Однако в случае ограниченного времени и ресурсов использование специальных опросников имеет некоторые преимущества, так как они включают специфические показатели КЖ для гастроэнтерологической группы пациентов. Установлена высокая способность опросников КЖ как инструмента, способного выявить существенное влияние лечения даже при небольшом размере выборки. Основной проблемой остается выбор конкретных показателей валидизированных опросников с поправкой на возможные переменные, которые могут выступать в качестве вмешивающихся факторов для определения эффективных изменений КЖ после ХЭ.

#### **Выявление факторов, влияющих на качество жизни пациентов после ХЭ**

Конечные точки, такие как разрешение симптомов и длительность выздоровления, являются важными составляющими КЖ. J.L. Rayen и соавт. провели проспективное когортное исследование, целью которого было изучение распространенности и предикторов неблагоприятного долгосрочного результата после различных оперативных вмешательств у 401 пациента с помощью вопросника SF-36 до и через 6 и 12 мес после операции для последующей оценки изменений в шкалах боли, физического функционирования, психического здоровья и жизнеспособности. У большинства пациентов выявлено улучшение разных аспектов, связанных со здоровьем, а также КЖ после операции, но у значительной части (14–24 %) сохранялось ухудшение показателей через 6 и 12 мес после оперативного лечения. Непосредственно после операции наиболее важными предикторами, ухудшающими КЖ по физическому компоненту здоровья, были: интенсивность послеоперационных болей, продолжительность операции и физическое состояние перед операцией; по психологическому компоненту: страх перед операцией, оптимизм пациента и физическое состояние до операции [33].

В проспективном исследовании H.Y. Shi и соавт. проанализировали 159 пациентов после ХЭ с помощью вопросников SF-36 и GIQLI до операции и через 3 и 6 мес после операции. Полученные данные показали значительное улучшение показателей субшкал по данным обоих опросников КЖ. Выявлены следующие переменные для КЖ: время, прошедшее с момента операции, возраст, пол, величина баллов опросников перед операцией, индекс массы тела, количество сопутствующих заболеваний. Изме-

нения показателей КЖ непосредственно связаны с предоперационным функциональным состоянием пациентов [43]. В одном из последних лонгитюдных исследований авторы выявляли долговременные предикторы КЖ. Исследователями проанализированы показатели КЖ, полученные с помощью опросников GIQLI и SF-36, у 353 пациентов, перенесших ЛХЭ. Данные опросников были получены непосредственно до операции, через 3, 6, 12 и 24 мес после операции. В изучаемой популяции зафиксировано значительное увеличение баллов субшкал обоих опросников после оперативного вмешательства. Эти показатели в значительной степени улучшились к 6-му месяцу после операции и продолжали постепенно улучшаться, пока не достигли плато к 4–7-му году (54,93–73,18 мес), что свидетельствовало о том, что КЖ может отличаться в зависимости от влияния объясняющих переменных: время с момента операции, возраст, пол, индекс коморбидности Charlson, значения баллов субшкал GIQLI и SF-36 перед операцией [44].

H.H. Lien и соавт. определили различные маркеры для оценки КЖ после операции и обнаружили, что его частично можно прогнозировать по уровню прямого билирубина перед операцией и размещению дренажей во время операции. Это исследование подтверждает данные о том, что у пациентов с более тяжелым общим состоянием перед операцией могут быть получены более высокие показатели КЖ после ЛХЭ [27].

В исследовании, проведенном M. Tuveri и соавт. у 207 больных с неосложненной ЖКБ, перенесшие ЛХЭ заполняли две анкеты, предоставленные лечащим доктором, для изучения выбора хирургической процедуры и восприятия пациентами риска осложнений. По данным 181 анкеты, пациенты до 50 лет с низким уровнем образования и предполагаемым высоким уровнем риска осложнений по сравнению с более пожилыми и более образованными пациентами ощущают необходимость в получении психологической поддержки, что ухудшает их КЖ. Достоверные различия в улучшении КЖ наблюдали у пациентов, осознающих риск развития осложнений и конверсии ЛХЭ в открытую ХЭ при необходимости благодаря информированию врачами относительно этих аспектов. Хотя информированное согласие для хирургических операций предполагает, чтобы их содержание объясняли и больной понимал смысл выполняемых процедур и риски, полученные данные свидетельствуют о противоположности взглядов на качество информации, предоставленной врачами. Последние должны учитывать, что хирургические риски могут быть по-разному восприняты больными, и это воспри-

ятие может зависеть, например, от возраста пациентов и образования [47].

Сравнение результатов ЛХЭ и традиционной открытой ХЭ в проспективном исследовании, выполненном E. Matovic и соавт. с помощью вопросника GIQLI у 120 пациентов, из которых у 59 проведена ЛХЭ, у остальных — открытая ХЭ. Пациенты были протестированы за 2 нед до операции и через 2, 5 и 10 нед после операции. Результаты исследования подтвердили рабочую гипотезу о том, что КЖ пациентов через 2 и 5 нед после операции достоверно выше в группе ЛХЭ по сравнению с группой открытой ХЭ. Через 10 нед обе группы не имели достоверных различий в субсферах КЖ и общем индексе GIQLI. Это сравнительное исследование ЛХЭ и открытой ХЭ по данным показателей КЖ подтвердило преимущества ЛХЭ-техники по сравнению с открытой ХЭ [30].

Таким образом, на КЖ после ХЭ и долгосрочный прогноз у пациентов с ЖКБ влияют различные предикторы и переменные. Важным аспектом также является субъективная составляющая. Как правило, основным критерием, оказывающим влияние на принятие пациентами решения об оперативном лечении, является их субъективное состояние до операции. Кроме того, субъективная оценка становится важным критерием при принятии хирургом решения о тактике оперативного вмешательства. Соответственно, качественная оценка понимания пациентом своего состояния позволяет улучшить исход оперативного лечения и повысить показатели КЖ. Главные усилия должны быть направлены на улучшение коммуникативных навыков докторов в хирургических клиниках. КЖ после ЛХЭ существенно улучшалось в течение 6 мес после операции, достигая максимума к 4–7-му году.

#### **Сравнение КЖ у пациентов с ЖКБ при проведении лапароскопической и традиционной открытой ХЭ**

В более ранних литературных источниках приведены положительные и обнадеживающие результаты при сравнении ЛХЭ с традиционной открытой ХЭ. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации эндоскопической хирургии и данным крупных исследований ЛХЭ продемонстрировала лучшие показатели КЖ, чем традиционная открытая ХЭ [26, 48].

На большом клиническом материале О.В. Ломидзе проведено ретроспективное исследование трех сопоставимых групп пациентов, перенесших ХЭ различными способами (традиционная ХЭ, ХЭ из мини-доступа — МХЭ, ЛХЭ), с целью изучения непосредственных и отдаленных ре-

зультатов лечения пациентов с ЖКБ. По данным исследования, применение малоинвазивных технологий (МХЭ и ЛХЭ) снижало частоту интра- и послеоперационных осложнений, уменьшало выраженность болевого синдрома, способствовало ранней активизации пациентов (с первых суток после операции), что позволило существенно снизить продолжительность послеоперационного койко-дня и повысить показатели послеоперационного КЖ пациентов [3].

По данным исследований И.Н. Григорьевой и Т.И. Романовой, показатели КЖ, полученные с помощью специального вопросника GIC у женщин с ЖКБ после ХЭ, уровень КЖ был значительно ниже по шкалам питания и общему индексу, чем после ЛХЭ. Показатели КЖ у больных ЖКБ, перенесших открытую ХЭ или ЛХЭ, практически не отличались [4]. В дальнейшем этими же авторами было проведено открытое клиническое исследование 170 пациентов с ЖКБ, из которых 60 человек были прооперированы, остальные имели холелитиаз (у 33 пациентов заболевание протекало бессимптомно, у 77 — имели место клинические проявления). Показано, что КЖ у пациентов с ЖКБ в послеоперационный период после ХЭ было значительно хуже, чем до операции, независимо от типа ХЭ (из мини-доступа или ЛХЭ). У пациентов с латентным течением ЖКБ до операции КЖ было значительно хуже по всем шкалам опросника, чем у пациентов с клинической симптоматикой [18].

В открытом клиническом исследовании у большой когорты больных ЖКБ после открытой ХЭ и ЛХЭ через 3, 6, 12 мес после операции установлено: через 3 мес после оперативного лечения — выраженное превышение показателей опросника GIC у пациентов группы ЛХЭ по сравнению с традиционной ХЭ, через 6 мес — разница в показателях GIC между группами пациентов уменьшилась. Достигнутая степень благополучия через 1 год после операции свидетельствовала об отсутствии существенной разницы в уровне КЖ пациентов после традиционной и ЛХЭ [1, 2].

По данным J.M. Quintana и соавт., улучшение общего КЖ через 3 мес после ЛХЭ, измеренное при помощи SF-36 и GIQLI, было таким же, как и после открытой традиционной ХЭ. Однако шкалы SF-36, связанные с физическим компонентом здоровья, имели более низкие показатели в течение 1 года после операции у тех пациентов, которым была выполнена открытая ХЭ, количество осложнений было больше [35].

В проспективном рандомизированном исследовании, проведенном J. Narju и соавт., у 159 пациентов с неосложненной ЖКБ оценивали КЖ с

помощью опросника SF-36. Больные были рандомизированы на две группы: 85 пациентам проведена мини-ЛХЭ и 72 — ЛХЭ. Изменения КЖ согласно результатам SF-36 свидетельствовали о том, что мини-ЛХЭ является достойной альтернативой ЛХЭ. Только по шкале «ролевого функционирования/физической оценки» показатели были достоверно выше в группе пациентов, перенесших ЛХЭ [21].

Масштабное проспективное когортное исследование проведено на Тайване для оценки прогностических факторов, связанных с КЖ после открытой ХЭ и ЛХЭ, выполненных в период с февраля 2007 г. по ноябрь 2008 г., при помощи вопросников GIQLI и SF-36. Вопросники заполняли перед операцией, через 3 и 6 мес после открытой ХЭ (38 больных) либо ЛХЭ (259). Показатели КЖ у пациентов значительно улучшались через 3 и 6 мес после оперативного лечения. Через 3 мес после операции значительно большее улучшение КЖ было достигнуто в группе пациентов, перенесших ЛХЭ. Характеристики пациента, клинические характеристики и качество медицинского обслуживания также достоверно коррелировали с улучшением КЖ. Кроме того, после проверки на зависимые переменные выяснилось, что предоперационное состояние здоровья существенно и положительно связано с КЖ согласно субшкалам GIQLI и SF-36 в течение 6 мес после операции. Авторы исследования также акцентировали внимание на том, что пациенты должны быть предупреждены о том, что их КЖ после оперативного вмешательства зависит не только от послеоперационного ухода, но и от их состояния перед операцией [23].

Исследование L. Chen и соавт. было направлено на оценку и сравнение КЖ у пациентов с ЖКБ, перенесших ЛХЭ и открытую ХЭ. В группу ЛХЭ включено 25 пациентов, в группу открытой ХЭ — 26. КЖ измеряли с помощью GIQLI до операции и через 2, 5, 10 и 16 нед после оперативного лечения. Достоверных различий в результатах GIQLI между группами до операции не выявлено. В группе ЛХЭ общий показатель GIQLI был ниже предоперационного в течение 2 нед после операции, однако различия были недостоверными; значительное достоверное улучшение общего показателя GIQLI и симптоматики, эмоционального и физического состояния наблюдали в период с 5-й по 16-ю неделю после операции. В группе пациентов, перенесших открытую ХЭ, показатель GIQLI был достоверно ниже предоперационного в течение 2 нед после операции, наблюдали достоверное ухудшение симптоматики, показателей физического и социального статуса. Показатель GIQLI вернулся к

предоперационному уровню только через 10 нед после операции. Достоверное улучшение GIQLI в этой группе пациентов наблюдали через 16 нед после открытой ХЭ. В течение 10 нед послеоперационного периода в группе пациентов, перенесших ЛХЭ, отмечали достоверно более высокие показатели GIQLI, чем у пациентов, перенесших открытую ХЭ. Таким образом, согласно данным исследования, проведение ЛХЭ достоверно быстрее улучшает показатели КЖ после операции, чем открытая ХЭ [10].

В проспективном рандомизированном исследовании M.M. Ligić и соавт. на базе двух клиник проведено пилотное исследование по сравнению результатов лапароэндоскопической ХЭ из единственного доступа со стандартной ЛХЭ. Первичными конечными точками исследования были результаты послеоперационного КЖ, продолжительность пребывания в больнице, длительность послеоперационной боли, косметические результаты операции, данные шкал вопросника SF-36. Вторичные конечные точки включали длительность операции, возможность конверсии в стандартную ЛХЭ, трудность доступа и развитие осложнений. Достоверных различий в длительности послеоперационного пребывания в стационаре между группами исследования не выявлено. Данные шкалы ролевого эмоционального функционирования были достоверно выше в группе лапароэндоскопической ХЭ, а болевые ощущения в течение нескольких дней после операции достоверно уменьшались. Удовлетворенность косметическими результатами была достоверно выше в группе лапароэндоскопической ХЭ через 1 мес после операции. Исследователи пришли к выводу, что необходимо проведение больших мультицентровых исследований для дальнейшего изучения этих вопросов [28].

Таким образом, пока однозначно не определено влияние техники хирургического лечения на КЖ больных в отдаленные сроки после оперативного лечения. Поэтому нельзя с полной мерой объективности судить о достоинствах и недостатках той или иной оперативной методики. Хотя показатели КЖ при ЛХЭ непосредственно после операции значительно выше, долговременные показатели КЖ оказались лишь немного лучше или без значимой разницы, чем после традиционной открытой ХЭ. Следовательно, значимое долговременное преимущество КЖ у пациентов после ЛХЭ по сравнению с открытой ХЭ заключается только в удовлетворенности косметическим хирургическим рубцом. Остается неясным, какие показания повлияли на выбор хирургической методики в упомянутых исследованиях. Возможно, что симптомы у пациентов, прооперированных

лапароскопически, могли быть легче, чем у тех, у кого применили открытую ХЭ. Кроме того, пациенты, отобранные для открытой ХЭ, имеют более низкие показатели КЖ до хирургического вмешательства, возможно, в связи с большим количеством сопутствующих заболеваний, чем пациенты с показаниями для ЛХЭ. Эти факторы могли повлиять на результаты и, возможно, внесли погрешности в упомянутых исследованиях.

### **Целесообразность выполнения ХЭ при асимптомной ЖКБ**

Для асимптомной ЖКБ никакого лечения не рекомендуется. Выбор метода хирургического вмешательства при появлении симптомов ЖКБ должен быть основан на имеющихся на местах диагностических и лечебных возможностях [32].

Асимптомную ЖКБ все чаще диагностируют, что обусловлено широким распространением УЗИ органов брюшной полости. Примерно 10–20 % людей в большинстве западных стран имеют ЖКБ, из них 50–70 % не имеют симптомов заболевания на момент постановки диагноза. Асимптомная ЖКБ имеет доброкачественное течение; частота развития симптомных форм заболевания является относительно низкой — около 10–25 %. Малоинвазивная ЛХЭ является предметом дискуссии о способах оптимального лечения ЖКБ. Сопутствующая ХЭ рассматривается как разумный вариант для пациентов с бессимптомной ЖКБ при проведении других абдоминальных операций. Рутинная ХЭ у пациентов с асимптомным течением ЖКБ является слишком агрессивным вариантом лечения и не показана для большинства пациентов. Тактика лечения должна быть обсуждена с пациентом, и он должен принять активное участие в процессе принятия решения о лечении [41].

Многоцентровое проспективное исследование J.M. Quintana и соавт. было направлено на определение КЖ больных после ЛХЭ с использованием как общих, так и специальных инструментов GIQLI и SF-36. Пациенты были распределены на группы в зависимости от диагноза (острый холецистит, холедохолитиаз, панкреатит или холангит; неосложненный симптомный и бессимптомный холелитиаз) и категории хирургического риска. Всем больным было предложено заполнить опросники до и через 3 мес после ХЭ. Исследование показало, что ЛХЭ является наиболее подходящим методом лечения у пациентов с симптомами ЖКБ и низким хирургическим риском, так как у них наблюдали самые высокие показатели КЖ, тогда как у пациентов с бессимптомным холелитиазом или высоким хирургическим риском улучшение КЖ выявляли в значи-

тельно меньшей степени. Эти данные показывают, что ХЭ подходит для пациентов с симптомной ЖКБ и низким хирургическим риском. В плане соотношения польза — риск, оперативное лечение имеет меньше преимуществ для пациентов с асимптомной ЖКБ [36].

По результатам многоцентрового популяционного исследования этих же авторов с использованием SF-36 и GIQLI до и через 3 мес после ХЭ у 509 пациентов с симптомным и асимптомным холелитиазом на базе 6 клиник в Испании не выявлено значимых улучшений в зависимости от метода проведения ХЭ. Авторы пришли к выводу, что при принятии врачом решения об оперативном лечении и его методике у пациентов с ЖКБ необходимо основываться на клинических критериях определенных с помощью опросников. Операция, вероятнее всего, будет нецелесообразной у пациентов с бессимптомным течением ЖКБ. Результаты показали, что у бессимптомных пациентов получено меньше преимуществ от ХЭ по сравнению с консервативным лечением, чем у пациентов с наличием симптомов ЖКБ [37].

В исследовании В.В. Mentis и соавт. наблюдали достоверное улучшение сфер GIQLI у больных как с симптомным, так и с асимптомным холелитиазом. Тем не менее улучшение показателей КЖ было большим у больных с симптомами ЖКБ, возможно, за счет того, что у пациентов с клиническими проявлениями холелитиаза исходные показатели GIQLI были ниже, чем у больных с асимптомным холелитиазом [31].

В открытом клиническом исследовании И.Н. Григорьевой и Т.И. Романовой, проведенном у 60 пациентов с асимптомным и симптомным течением ЖКБ, показатели КЖ, полученные с помощью специального вопросника GIC, у всех пациентов, перенесших ХЭ, снизились. Обращает внимание, что для пациентов с асимптомным течением ЖКБ после ХЭ общий показатель КЖ снизился более значительно (на 29,8 %), по сравнению с пациентами с симптомным течением ЖКБ (на 4,1 %) [18].

Несмотря на некоторые разногласия, большинство авторов согласны с тем, что подавляющее большинство больных с асимптомной ЖКБ должны находиться под наблюдением и получать консервативное лечение (выжидательная тактика). Избирательная ХЭ показана для определенной группы больных, при развитии симптомов и осложнений ЖКБ. Таким образом, по данным проведенных исследований, ЛХЭ является предпочтительным методом лечения для пациентов с симптомами ЖКБ и низким хирургическим риском.

### Качество жизни при осложненной и неосложненной ЖКБ после ХЭ

В исследовании М. Vethrus и соавт. оценивали КЖ при остром холецистите по сравнению с симптомной неосложненной ЖКБ [49]. Авторы использовали показатели КЖ, симптомы и результаты консервативного лечения и ХЭ. Пациенты в этом исследовании ответили на стандартные вопросы до операции и через 6, 12 и 60 мес после ХЭ. В группе наблюдения (без хирургического вмешательства) наблюдали более высокий уровень, связанных с ЖКБ событий (36 % против 19 %), но эта разница не была достоверной. Когда пациенты были распределены на группы после рандомизации (наличие/отсутствие ХЭ), авторы не обнаружили существенных различий в изменениях болевых ощущений и показателей КЖ и пришли к выводу, что консервативное лечение при остром холецистите существенно не увеличивает риск последующих осложнений ЖКБ и достоверно не ухудшает показатели КЖ и болевые ощущения. Таким образом, консервативное лечение и наблюдение при остром холецистите может быть приемлемым вариантом лечебной тактики и его следует рассмотреть у пациентов с высоким хирургическим риском [21].

Целью рандомизированного проспективного клинического исследования, проведенного М. Johansson и соавт., было определение КЖ в зависимости от выбора хирургической тактики при лечении острого холецистита как осложнения ЖКБ. После диагностики пациенты были рандомизированы на две группы: ранней ЛХЭ (в течение 7 дней после появления симптомов) — 74 пациента и консервативного лечения (отложенная ЛХЭ) — 71. Оценка КЖ с использованием GIQLI проведена через 1, 3 и 6 мес после операции, а в группе с отложенной операцией — через 1 мес после первоначального консервативного лечения. Через 1 мес после ранней ЛХЭ результаты желудочно-кишечных симптомов и показатели GIQLI были значительно лучше по трем шкалам (диарея, диспепсия, боль в животе). Через 3 и 6 мес после операции авторы не смогли обнаружить никаких существенных различий между группами. Пациенты в группе отложенной операции, по-видимому, не страдали больше от симптомов заболевания в период ожидания операции. По шкале психологического благополучия авторы не выявили значительных различий между группами. Таким образом, ЛХЭ при обострении ЖКБ существенно снижает желудочно-кишечные симптомы в течение первого послеоперационного месяца и улучшает КЖ [20].

Другое лонгитюдное исследование КЖ с помощью опросников SF-36 и GIQLI проведено Н.Н. Lien и соавт. на Тайване. Исследователи выявили, что показатели SF-36 в группе пациентов с ЖКБ были значительно ниже таковых в контрольной группе, сопоставимой с группой исследования по полу и возрасту. ЛХЭ эффективно уменьшала гастроинтестинальные симптомы, улучшала общий индекс GIQLI, показатели шкал физического и душевного благополучия, субшкал пищеварения и дефекации. Однако авторы указывают на то, что самочувствие некоторых пациентов не полностью восстанавливалось после операции по данным GIQLI, делая из этого вывод о том, что имеет место остаточная диспепсия. Исследователи описали персистирующее снижение во многих сферах SF-36 через 12 мес после хирургического лечения. По результатам исследования выявлено, что при измерении показателей КЖ необходимо учитывать потенциальные переменные, которые могут выступать в качестве вмешивающихся факторов. Хотя нет сомнений в том, что ЖКБ снижает КЖ во время обострения, течение послеоперационного периода независимо от оперативной техники ХЭ может быть потенциально изменено другими факторами (метеоризм, замедление переваривания пищи и т. д.), которые не были достаточно проконтролированы или известны исследователям, что может определить ХЭ как «лишнюю» процедуру [27].

Исследование G. Kirk и соавт., проведенное у 112 пациентов с ЖКБ при наличии синдрома раздраженного кишечника, показало, что через 6 нед и 3 мес после проведения ЛХЭ имело место улучшение показателей КЖ по данным опросника GIQLI, однако по прошествии достаточно длительного периода времени (около 2 лет) наблюдали возврат показателей КЖ к предоперационному уровню [25]. Сходные данные об ухудшении показателей КЖ по результатам GIQLI у пациентов с билиарной дискинезией получены Т.М. Geiger и соавт. ХЭ является полезной для большинства пациентов с билиарной дискинезией. Однако около 30 % пациентов, перенесших ХЭ по поводу этого заболевания, имеют симптомы диспепсии после операции. Тошнота и рвота являются негативными предикторами КЖ после ХЭ. Такие пациенты могут иметь общие нарушения моторики ЖКТ и меньший клинический эффект от ХЭ [17].

В проспективном когортном исследовании К.Р. Finan и соавт. для определения динамики гастроинтестинальных симптомов и КЖ у 55 больных, перенесших ЛХЭ, SF-36 был использован вместе с учетом клинических симп-

томов, включавшим 16 как классических симптомов ЖКБ, так и симптомов другой гастроинтестинальной патологии. Полученные результаты показали, что ЛХЭ значительно улучшает КЖ у пациентов с симптомами ЖКБ, так же, как и гастроинтестинальные симптомы, за исключением рефлюкса и синдрома раздраженного кишечника [16].

Таким образом, количественная оценка гастроинтестинальных симптомов совместно с определением показателей КЖ с помощью различных инструментов позволяет анализировать улучшение/ухудшение симптоматики пациента, определить тяжесть его состояния. Полученные результаты позволяют разработать четкие показания для оперативного лечения, подтверждая эффективность ЛХЭ при определенных формах ЖКБ. У большинства взрослых пациентов, прооперированных по поводу холелитиаза, с наличием симптомов заболевания и средним уровнем хирургического риска улучшилось КЖ. Особое внимание следует уделить отбору пациентов с проведением дифференциального диагноза между ЖКБ и симптомами, связанными с другими заболеваниями ЖКТ.

#### **Хирургическая тактика у пациентов с акалькулезным холециститом**

Одним из наиболее спорных вопросов для хирургического вмешательства в клинической практике является повторяющийся болевой синдром при акалькулезном холецистите. Хирургическое лечение этого заболевания представляет собой дилемму, особенно с учетом сходства между клиническими проявлениями акалькулезного холецистита и других заболеваний ЖКТ. Таким образом, клиническое решение не может гарантировать при проведении хирургических вмешательств положительное влияние на самочувствие пациента и является важным фактором риска для снижения КЖ у таких больных после ХЭ. В работе M. Planells Roig и соавт. в течение 1 года наблюдения с помощью опросника GIQLI оценивалось КЖ пациентов с хроническим акалькулезным холециститом (34 больных) по сравнению с контрольной группой пациентов, перенесших ХЭ по поводу хронического калькулезного холецистита (297 больных). Авторы пришли к выводу, что распространенность связанных гастроинтестинальных симптомов была одинаковой в обеих группах, и на изменение показателей КЖ влияли оба способа лечения. Количество осложнений ЖКБ было выше у пациентов с хроническим акалькулезным холециститом по сравнению с калькулезным холециститом (27 по сравнению с 13,8 %). Гистологическое ис-

следование удаленного желчного пузыря показало высокий уровень холестерина, связанного с хроническим воспалительным процессом в группе больных с акалькулезным холециститом (64,9 %). Польза от ЛХЭ была примерно одинаковой в обеих группах (73 по сравнению с 67,3 %), что подтверждает повышение КЖ для обеих категорий пациентов. Расширенная клиническая оценка, основанная на тщательном и полном предоперационном обследовании, по-прежнему является наиболее надежным условием для правильной диагностики ЖКБ и необходимым условием формирования показаний для соответствующего отбора пациентов, подлежащих оперативному лечению, а также для исключения других заболеваний ЖКТ. Клиническая оценка симптомов по-прежнему является показателем для выполнения ХЭ в связи с недостаточным количеством методов инструментальной и лабораторной диагностики в повседневной клинической практике [34]. Недостатком этой работы является прежде всего несоответствие между количеством субъектов в группах исследования (34 пациента с акалькулезным холециститом против 297 больных с хроническим калькулезным холециститом) и гетерогенность исследуемых групп пациентов.

Таким образом, несоблюдение протоколов обследования пациентов с билиарной патологией может повлечь за собой снижение их послеоперационного КЖ. Точный клинический диагноз, установленный на основании данных, полученных при обследовании, остается самым важным критерием для определения тактики лечения у этой категории пациентов.

#### **Выводы**

КЖ пациентов после проведения ХЭ можно оценивать с помощью как специальных опросников (GIC, GIQLI), так и общего опросника (SF-36). Наилучшим вариантом является их комбинация, так как она позволяет более полно раскрыть различные аспекты КЖ этой категории пациентов. Однако при ограниченном времени и ресурсах использование специальных опросников имеет некоторые преимущества, поскольку они включают специфические показатели КЖ гастроэнтерологической группы пациентов, мониторинг КЖ с использованием опросника GIQLI позволяет более точно оценить гастроинтестинальные симптомы и тем самым значительно улучшить результаты хирургического лечения этих пациентов. Хотя КЖ пациентов с ЖКБ исследовали с помощью стандартизированных и валидизированных опросников, необходимы дальнейшие исследования для определения фак-

торов, которые могут быть критериями, определяющими динамику КЖ у таких пациентов при длительном периоде наблюдения.

Изучение факторов, влияющих на КЖ пациентов после ХЭ, показало, что послеоперационное КЖ зависит от дооперационного клинического состояния, причем главным критерием является точный дооперационный диагноз. Важными аспектами физической составляющей КЖ являются интенсивность послеоперационного болевого синдрома, продолжительность операции; психологической составляющей — эмоциональное состояние перед операцией (страх, оптимизм пациента) и достаточная осведомленность пациента о лечении (тактике и возможных рисках). Эффективным способом исследования факторов, которые могут повлиять на показатели КЖ, является определение уровня удовлетворенности пациента пред- и послеоперационным ведением, неоднократно измеряемого через определенное время после хирургического лечения.

Сравнение КЖ у пациентов с ЖКБ при проведении ЛХЭ и традиционной открытой ХЭ показало, что улучшение КЖ аналогично для обеих хирургических методик, однако восприятие физического компонента здоровья лучше у тех пациентов, кому выполнена ЛХЭ. Хотя ЛХЭ улучшает КЖ быстрее, чем традиционная открытая ХЭ, отдаленные результаты оказываются лишь немного лучше либо значимые различия отсутствуют. Возможно, пациенты, которым выполнена открытая ХЭ, имеют больше сопутствующих заболеваний, чем пациенты с ЛХЭ, и, как следствие, — более низкие показатели КЖ до и после хирургического вмешательства. Определенные долговременные преимущества ЛХЭ заключаются в том, что показатель удовлетворенности пациентов послеоперационным косметическим рубцом выше при отсутствии послеоперационных осложнений. В исследованиях, изучающих КЖ после ХЭ, имеется ограничение дизайна исследования (небольшие размеры выборки, по-

решности и вмешивающиеся факторы). Некоторые исследования имеют противоречивые данные, а иногда и ряд ограничений (небольшой размер выборки, один центр исследования, короткий срок наблюдения после операции) и не могут быть обобщены. Поэтому необходимо проведение многоцентровых рандомизированных исследований по данной проблеме.

При изучении целесообразности выполнения ХЭ при асимптомной ЖКБ в различных исследованиях получены противоречивые данные. Показано, что у пациентов без клинической симптоматики ЖКБ КЖ либо улучшается незначительно, либо снижается. Когорта больных с симптомами ЖКБ по показателям общих и специальных опросников КЖ получает больше преимуществ от проведения ЛХЭ. Следовательно, при асимптомной ЖКБ консервативное лечение и наблюдение может быть приемлемым вариантом лечебной тактики. ЛХЭ может выполняться избирательно при наличии симптомов и осложнений ЖКБ.

При исследовании КЖ при осложненной и неосложненной ЖКБ, а также при акалькулезном холецистите после ХЭ установлено, что послеоперационное КЖ зависит от дооперационного клинического состояния, причем главным условием получения положительной динамики показателей КЖ является точный предоперационный диагноз. Особое внимание должно быть уделено индивидуализации показаний к оперативному лечению на основании тщательного и полного клинического обследования больного согласно протоколам диагностики и лечения ЖКБ.

При изучении КЖ необходимо четко представлять суть клинической проблемы, выбирать наиболее рациональный подход к лечению, соответствующий нуждам больного и, самое главное, — оценить его эффективность по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода хирургов и субъективной точки зрения пациента.

## Список литературы

1. Ветшев П.С., Крылов Н.Н., Шпаченко Ф.А. Изучение качества жизни пациента после хирургического лечения // Хирургия. — 2000. — № 1. — С. 64—67.
2. Гамгия Н.В. Возможности использования гастроинтестинального индекса качества жизни в оценке результатов хирургического лечения больных калькулезным холециститом: Дис. ...канд. мед. наук: 14.00.27 / ГОУВПО «Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т». — М., 2006. — 93 с.
3. Ломидзе О.В. Клинико-экономический анализ эффективности различных способов операции холецистэктомии: Дис. ...канд. мед. наук: 14.00.27 / ГОУВПО «Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т». — М., 2005. — 148 с.
4. Романова Т.И. Качество жизни у больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и его ассоциация с основными факторами риска и полиморфизмом гена аполипопротеина Е: Дис. ...канд. мед. наук: 14.00.05 / РАМН Сиб. о-ние ГК НИИ терапии. — Новосибирск, 2005. — 134 с.
5. Ягенський А.В., Січкарук І.М. Оцінка якості життя в сучасній медичній практиці // Внутрішня медицина. — 2007. — Т. 3, № 3. — С. 57—62.
6. Attili A.F., Carulli N., Roda E. et al. Epidemiology of gallstone disease in Italy: prevalence data of the Multicenter Italian

- Study on Cholelithiasis (M.I.COL) // *Am. J. Epidemiol.*— 1995.— Vol. 141.— P. 158—165.
7. Bitzer E.M., Lorenz C., Nickel S. et al. Assessing patient-reported outcomes of cholecystectomy in short-stay surgery // *Surg. Endosc.*— 2008.— Vol. 22.— P. 2712—2719.
  8. Borzellino G., Sauerland S., Minicozzi A.M. et al. Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of results // *Surg. Endosc.*— 2008.— Vol. 22.— P. 8—15.
  9. Carraro A., Mazloum D.E., Bihl F. Health-related quality of life outcomes after cholecystectomy // *World J. Gastroenterol.*— 2011.— Vol. 17 (45).— P. 4945—4951.
  10. Chen L., Tao S.F., Xu Y. et al. Patients' quality of life after laparoscopic or open cholecystectomy // *J. Zhejiang. Univ. Sci. B.*— 2005.— Vol. 6 (7).— P. 678—681.
  11. Cleary P.D., Greenfield S., McNeil B.J. Assessing quality of life after surgery // *Control. Clin. Trials.*— 1991.— Vol. 12.— P. 189S—203S.
  12. de Reuver P.R., Dijkgraaf M.G., Gevers S.K., Gouma D.J. Poor agreement among expert witnesses in bile duct injury malpractice litigation: an expert panel survey // *Ann. Surg.*— 2008.— Vol. 248.— P. 815—820.
  13. Eypasch E., Wood-Dauphinee S., Williams J.I. et al. The Gastrointestinal Quality of Life Index: a clinical index for measuring patient status in gastroenterologic surgery // *Chirurg.*— 1993.— Vol. 64.— P. 264—274.
  14. 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.— Vol. 82.— P. 216—222.
  15. Festi D., Dormi A., Capodicasa S. et al. Incidence of gallstone disease in Italy.— P. results from a multicenter, population-based Italian study (the MICOL project) // *World J. Gastroenterol.*— 2008.— Vol. 14.— P. 5282—5289.
  16. Finan K.R., Leeth R.R., Whitley B.M. et al. Improvement in gastrointestinal symptoms and quality of life after cholecystectomy // *Am. J. Surg.*— 2006.— Vol. 192.— P. 196—202.
  17. Geiger T.M., Awad Z.T., Burgard M. et al. Prognostic indicators of quality of life after cholecystectomy for biliary dyskinesia // *Am. Surg.*— 2008.— Vol. 74 (5).— P. 400—404.
  18. Grigor'eva I.N., Romanova T.I. Quality of life of patients with cholelithiasis in the remote period after cholecystectomy // *Eksp. Klin. Gastroenterol.*— 2010.— Vol. (9).— P. 38—43.
  19. Jacoby I., Scott T.E. NIH Consensus Conference on laparoscopic cholecystectomy: are reforms necessary // *JAMA.*— 1993.— Vol. 270.— P. 320—321.
  20. Johansson M., Thune A., Blomqvist A. et al. Impact of choice of therapeutic strategy for acute cholecystitis on patient's health-related quality of life. Results of a randomized, controlled clinical trial // *Dig. Surg.*— 2004.— Vol. 21 (5—6).— P. 359—362.
  21. Harju J., Paakkonen M., Eskelinen M. Comparison of the quality of life after minilaparotomy cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized study // *Isr. Med. Assoc. J.*— 2007.— Vol. 9.— P. 147—148.
  22. Heaton K.W., Braddon F.E., Mountford R.A. et al. Symptomatic and silent gall stones in the community // *Gut.*— 1991.— Vol. 32.— P. 316—320.
  23. Hsueh L.N., Shi H.Y., Wang T.F. et al. Health-related quality of life in patients undergoing cholecystectomy // *Kaohsiung J. Med. Sci.*— 2011.— Vol. 27 (7).— P. 280—288.
  24. Hugh T.B. New strategies to prevent laparoscopic bile duct injury—surgeons can learn from pilots // *Surgery.*— 2002.— Vol. 132.— P. 826—835.
  25. Kirk G., Kennedy R., McKie L. et al. Preoperative symptoms of irritable bowel syndrome predict poor outcome after laparoscopic cholecystectomy // *Surg. Endosc.*— 2011.— Vol. 25 (10).— P. 3379—3384.
  26. Korolija D., Sauerland S., Wood-Dauphinee S. et al. Evaluation of quality of life after laparoscopic surgery.— P. evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery // *Surg. Endosc.*— 2004.— Vol. 18.— P. 879—897.
  27. Lien H.H., Huang C.C., Wang P.C. et al. Changes in quality-of-life following laparoscopic cholecystectomy in adult patients with cholelithiasis // *J. Gastrointest. Surg.*— 2010.— Vol. 14.— P. 126—130.
  28. Lirici M.M., Califano A.D. Laparo-endoscopic single site cholecystectomy versus standard laparoscopic cholecystectomy: results of a pilot randomized trial // *Am. J. Surg.*— 2011.— Vol. 202 (1).— P. 45—52.
  29. Livingston E.H., Rege R.V. A nationwide study of conversion from laparoscopic to open cholecystectomy // *Am. J. Surg.*— 2004.— Vol. 188.— P. 205—211.
  30. Matovic E., Hasukic S., Ljuca F., Halilovic H. Quality of life in patients after laparoscopic and open cholecystectomy // *Med. Arh.*— 2012.— Vol. 66 (2).— P. 97—100.
  31. Mentess 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.— P. 1267—1272.
  32. Payen J.L., Muscari F., Vibert E. et al. Biliary lithiasis // *Press. Med.*— 2011.— Vol. 40 (6).— P. 567—80.
  33. Peters M.L., Sommer M., van Kleef M., Marcus M.A. Predictors of physical and emotional recovery 6 and 12 months after surgery // *Br. J. Surg.*— 2010.— Vol. 97 (10).— P. 1518—1527.
  34. Planells Roig M., Bueno Lledo J., Sanahuja Santafo A. et al. Quality of life (GIQLI) and laparoscopic cholecystectomy usefulness in patients with gallbladder dysfunction or chronic non-lithiasic biliary pain (chronic acalculous cholecystitis) // *Rev. Esp. Enferm. Dig.*— 2004.— Vol. 96.— P. 442—446.
  35. Quintana J.M., Cabriada J., Arostegui I. et al. Quality-of-life outcomes with laparoscopic vs open cholecystectomy // *Surg. Endosc.*— 2003.— Vol. 17.— P. 1129—1134.
  36. 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.— P. 1549—1555.
  37. Quintana J.M., Cabriada J., Arostegui I. et al. Health-related quality of life and appropriateness of cholecystectomy // *Ann. Surg.*— 2005.— Vol. 241.— P. 110—118.
  38. 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.— P. 453—460.
  39. Russo M.W., Wei J.T., Thiny M.T. et al. Digestive and liver diseases statistics, 2004 // *Gastroenterology.*— 2004.— Vol. 126.— P. 1448—1453.
  40. Sajid M.S., Iftikhar M., Rimple J., Baig M.K. Use of health-related quality of life tools in hepatobiliary surgery // *Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int.*— 2008.— Vol. 7.— P. 135—137.
  41. Sakorafas G.H., Milingos D., Peros G. Asymptomatic cholelithiasis: is cholecystectomy really needed? A critical reappraisal 15 years after the introduction of laparoscopic cholecystectomy // *Dig. Dis. Sci.*— 2007.— Vol. 52 (5).— P. 1313—1325.
  42. Shi H.Y., Lee H.H., Chiu C.C. et al. Responsiveness and minimal clinically important differences after cholecystectomy: GIQLI versus SF-36 // *J. Gastrointest. Surg.*— 2008.— Vol. 12.— P. 1275—1282.
  43. Shi H.Y., Lee K.T., Lee H.H. et al. Postcholecystectomy quality of life: a prospective multicenter cohort study of its associations with preoperative functional status and patient demographics // *J. Gastrointest. Surg.*— 2009.— Vol. 13.— P. 1651—1658.
  44. Shi H.Y., Lee H.H., Tsai M.H. et al. Long-term outcomes of laparoscopic cholecystectomy: a prospective piecewise linear regression analysis // *Surg. Endosc.*— 2011.— Vol. 25 (7).— P. 2132—2140.
  45. Simon H., Rasmussen I., Patrik L. et al. Registration of Health-Related Quality of Life in a Cohort of Patients Undergoing Cholecystectomy // *Gastroenterology.*— 2011.— P. 507—512.
  46. Temple P.C., Travis B., Sachs B., Sacks L. et al. Functioning and well-being of patients before and after elective surgical procedures // *J. Am. Coll. Surg.*— 1995.— Vol. 181.— P. 17—25.
  47. Tuveri M., Caocci G., Efficace F. et al. Different perception of surgical risks between physicians and patients undergoing laparoscopic cholecystectomy // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.*— 2009.— Vol. 19.— P. 305—311.
  48. Velanovich V. Laparoscopic vs open surgery: a preliminary comparison of quality-of-life outcomes // *Surg. Endosc.*— 2000.— Vol. 14 (1).— P. 16—21.
  49. Vetrhus M., Soreide O., Eide G.E. et al. Quality of life and pain in patients with acute cholecystitis. Results of a randomized clinical trial // *Scand. J. Surg.*— 2005.— Vol. 94.— P. 34—39.
  50. Ware J., Snon K.K., Kosinski M. et al. SF-36 health survey // *Manual and Interpretation guide.*— MA, Boston, 1993.
  51. Ware J.E., Sterboume C.D. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) // *Med. Care.*— 1992.— Vol. 30.— P. 473—483.
  52. Zacks S.L., Sandler R.S., Rutledge R., Brown R.S. A population-based cohort study comparing laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy // *Am. J. Gastroenterol.*— 2002.— Vol. 97.— P. 334—340.

М.Б. Щербиніна, Н.В. Горач, Є.В. Закревська

## Якість життя пацієнтів після холецистектомії

Проаналізовано результати опублікованих досліджень, в яких за допомогою спеціальних (GIC, GIQLI) і загального (SF-36) опитувальників вивчено якість життя (ЯЖ) пацієнтів після холецистектомії (ХЕ). Показано залежність рівня ЯЖ від передопераційного стану, тривалості операції, інтенсивності післяопераційного больового синдрому, емоційного стану перед операцією та обізнаності пацієнта щодо тактики лікування і можливих ризиків. Пацієнти, прооперовані відкритим доступом, мають тяжчий перебіг захворювання і, як наслідок, нижчі показники ЯЖ до і після ХЕ. ЯЖ пацієнтів без клінічної симптоматики жовчнокам'яної хвороби поліпшується незначно або знижується. Когорта пацієнтів із симптомами жовчнокам'яної хвороби отримує більше переваг при проведенні лапароскопічної ХЕ. Хоча остання поліпшує ЯЖ швидше, ніж відкрита ХЕ, віддалені результати є лише незначною мірою кращими або суттєві відмінності відсутні. Тривала перевага лапароскопічної ХЕ полягає у вищому показнику задоволеності пацієнтів післяопераційним косметичним рубцем.

M.B. Shcherbinina, N.V. Gorach, E.V. Zakrevskaya

## Quality of life in patients after cholecystectomy

The papers presents analysis of published results of the trials in which the quality of life (QOL) of patients after cholecystectomy (CE) was investigated with the use of special tools (GIC, GIQLI) and general questionnaire (SF-36). It has been shown that level of QOL depended from the pre-operation condition, the duration of the operation, intensity of post-operation pain syndrome, emotional status before the surgery and sufficient awareness of the patient about the tactic of treatment and possible risks. The patients, operated on an open access, had more severe course of the disease and, as a consequence, lower QOL parameters before and after CE. QOL of patients without clinical symptoms of gallstone disease (GSD) was improving slightly, or was reduced. A cohort of patients with GSD symptoms had more advantages in conducting of laparoscopic CE. Although laparoscopic CE resulted in the quicker QOL improvement, then open CE, the long-term results were only slightly better, or there were no significant differences. The long-term benefits of laparoscopic CE included the higher rate of patients' satisfaction as regards the post-surgical cosmetic scar.

---

### Контактна інформація

Щербиніна Марина Борисівна, д. мед. н., проф., заст. директора з науково-організаційної та методичної роботи  
49074, м. Дніпропетровськ, просп. ім. газети «Правда», 96  
E-mail: scherbinina@ua.fm

Стаття надійшла до редакції 11 червня 2012 р.