

Карагандинский государственный медицинский университет

УДК 616.366-002-089

на правах рукописи

КОЙШИБАЕВА ЛЕЙЛА МЕЙРАМОВНА

Оценка качества жизни пациентов, перенесших холецистэктомию

6D110100 – Медицина

Диссертация на соискание степени
доктора философии (PhD)

Научный консультант:
Доктор медицинских наук,
профессор,
Е.М. Тургунов

Научный зарубежный консультант:
MD, PhD
G. Sandblom

Республика Казахстан
Караганда-2018

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ | 4 |
| ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ | 5 |
| ВВЕДЕНИЕ | 6 |
| 1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ | 10 |
| 1.1 История изучения качества жизни..... | 11 |
| 1.2 Отдаленные результаты хирургического лечения после различных способов холецистэктомии..... | 19 |
| 1.3 «Постхолецистэктомический синдром»..... | 22 |
| 1.4 Сравнительный анализ качества жизни после холецистэктомии из различных доступов..... | 24 |
| 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ | 31 |
| 2.1 Дизайн исследования..... | 31 |
| 2.1.1 Ретроспективная группа..... | 31 |
| 2.1.2 Проспективная группа..... | 33 |
| 2.2 Клиническая характеристика больных..... | 34 |
| 2.2.1 Ретроспективная группа..... | 34 |
| 2.2.2 Проспективная группа..... | 35 |
| 2.2.3 Группа сравнения (пациенты из Швеции)..... | 38 |
| 2.3 Исследование качества жизни пациентов..... | 39 |
| 2.4 Статистическая обработка данных..... | 40 |
| 3 КУЛЬТУРНАЯ И ЯЗЫКОВАЯ АДАПТАЦИЯ И ВАЛИДАЦИЯ ОПРОСНИКА GIQLI | 42 |
| 3.1 Перевод международного опросника GIQLI на казахский и русский языки..... | 43 |
| 4 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ | 47 |
| 4.1 Частота ответов пациентов при анкетировании..... | 47 |
| 4.2 Результаты оценки качества жизни пациентов после холецистэктомии в различных областях Казахстана за 2013-2015 год..... | 53 |
| 5 РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ 6 И 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ | 61 |
| 5.1 Результаты оценки качества жизни пациентов до, через 6 и 12 месяцев после холецистэктомии..... | 61 |
| 5.2 Сравнение уровня КЖ пациентов в динамике - до операции, через 6 и 12 месяцев, в зависимости от диагноза и типа хирургического доступа..... | 65 |
| 5.3 Сравнение качества жизни пациентов, ответивших на все 3 опросника (до операции, через 6 месяцев и через 12 месяцев)..... | 73 |
| 5.4 Влияние предикторов на уровень качества жизни пациентов после холецистэктомии..... | 77 |
| 6 СРАВНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ МЕЖДУ КАЗАХСТАНОМ И ШВЕЦИЕЙ | 82 |
| 6.1 Оценка качества жизни пациентов после холецистэктомии в | |

| | |
|---|-----|
| зависимости от влияния различных факторов по данным базы данных Швеции..... | 82 |
| 6.2 Сравнение показателей качества жизни пациентов, перенесших холецистэктомию в Швеции и Казахстане..... | 86 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 96 |
| ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ | 98 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ | 99 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ А - Акты внедрения результатов научно-исследовательской работы..... | 112 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Б - Решение комитета по биоэтике Карагандинского государственного медицинского университета..... | 115 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ В - Официальное разрешение РГП на ПХВ РЦРЗ МЗСР РК о получении доступа к базе реестров прооперированных больных, перенесших холецистэктомию за период 2013 – 2015 гг. в областных лечебных учреждениях..... | 116 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Г - Опросник GIQLI..... | 117 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Д - Опросник SF-36..... | 123 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Е - Свидетельства о государственной регистрации прав на предмет авторского права..... | 127 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Ж - Официальное разрешение от Mari Research Trust..... | 128 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ И - Таблица сопряженности..... | 129 |

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

Решение комитета по биоэтике КГМУ (протокол № 98 от 02.09.2016, присвоенный номер № 239).

MAPI Institute: «Linguistic validation guidelines». Lyon, France: MAPI Research Trust; 2005.

ГОСТ 7.32-2001 (изменения от 2006 г.). Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления;

ГОСТ 7.1-2003. Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления.

Требования к оформлению диссертаций протокол №8 от 24.03.2016.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

| | |
|------------|--|
| АЛТ | – аланинаминотрансфераза |
| АСТ | – аспартатаминотрансфераза |
| ВОЗ | – Всемирная Организация Здравоохранения |
| ГИ | – гастроинтестинальный индекс |
| ЖКБ | – желчнокаменная болезнь |
| ЖКТ | – желудочно-кишечный тракт |
| КЖ | – качество жизни |
| ЛХЭ | – лапароскопическая холецистэктомия |
| МХЭ | – холецистэктомия из мини-доступа |
| ОКХ | – острый калькулезный холецистит |
| ОРИТ | – отделение реанимации и интенсивной терапии |
| ПХЭС | – постхолецистэктомический синдром |
| ТХЭ | – традиционная холецистэктомия |
| усл. ед. | – условная единица |
| ХКХ | – хронический калькулезный холецистит |
| ХЭ | – холецистэктомия |
| ЩФ | – щелочная фосфатаза |
| ANOVA | — Analysis of variance (одноранговый дисперсионный анализ) |
| CI | – доверительный интервал |
| М | – средняя величина, среднее значение |
| FLP | – Functional Limitations profile |
| GIQLI | – Gastrointestinal Quality of Life Index |
| GSRS | – Gastrointestinal Symptom Rating Scale |
| ISOQOL | – International Society of Quality of Life Research |
| MOSSF-36 | – Medical Outcomes Study Short Form 36 |
| SD | – стандартное отклонение |
| SIP | – Sickness Impact Profile |
| WHOQOL | – The World Health Organization of Quality of Life |
| δ^2 | – дисперсия |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Холецистэктомия (ХЭ) является одной из самых распространенных операций во всем мире, в том числе и в Казахстане. По данным статистических исследований в мире 10-15% людей страдают желчнокаменной болезнью (ЖКБ) [1]. По данным статистической отчетности за 2013 и 2014 годы, заболеваемость ЖКБ среди всего населения республики Казахстан (показатель на 100 000 человек) 328,3 и 338,0 соответственно и за 2015 и 2016 год составила 418,9 и 523,1 соответственно. Заболеваемость в Карагандинской области составляет 256,9 и 217,8 за 2013 и 2014 год, 176,0 и 238,6 за 2015 и 2016 год [2, 3].

Самым эффективным методом лечения пациентов с ЖКБ является ХЭ. Однако, хирургическое лечение всегда сопряжено с риском, соответственно необходимо находить баланс между риском возникновения осложнений ЖКБ и риском оперативных вмешательств, особенно когда последние выполняются по относительным показаниям. Между тем, не утихают споры по поводу значения, так называемого, «постхолецистэктомического синдрома». На сегодняшний день даже нет четкого определения данного состояния, критериев диагностики и верификации этого синдрома. Известно, что после холецистэктомии возникает ряд дисфункций со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), однако большинство из них не требует специальной коррекции и в течение определенного времени самостоятельно купируются или же не замечаются пациентами. Одним из направлений изучения состояния пациентов после перенесенной ХЭ является оценка показателей качества жизни (КЖ). Среди больных с ЖКБ активно исследовать КЖ начали зарубежные исследователи в 1990-х годах [4, 5]. Полученные результаты показали большие возможности и перспективы этого метода в клинике [6, 7, 8]. Оценку КЖ применяют для того, чтобы определить влияния заболевания и на основные составляющие жизнедеятельности больного, разработки прогностических моделей, расчета экономических затрат и оценить эффективность тех или иных методов и схем лечения ЖКБ [9]. Для изучения показателей КЖ применяют множество различных типов опросников: визуальные и аналоговые шкалы (шкала Likert) [10, 11, 12]; опросники общего типа Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOSSF-36) и др. [13, 6, с.105; 14, 15]; специфические опросники Gallstone Impact Checklist, Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) [10, с.1690; 16, 17] и опросник Gallstone Impact Checklist [18, 9, с.40; 14, с.49]. В базе данных PubMed поиск, по ключевым словам, («Quality-of-Life» and «cholecystectomy») находит всего 402 работы за весь период наблюдения. Одна из последних работ в 2016 году из Швеции и стала прототипом для данного научного исследования [17, с.83]. Особенно малочисленны работы казахстанских ученых, индексация которых отсутствует в базе данных PubMed.

Как правило, результаты хирургического лечения оценивают с помощью следующих показателей - летальность, количество послеоперационных осложнений, продолжительность пребывания в стационаре и других. При этом

не учитывается тот факт, что для самого больного важное значение имеет не формальная динамика симптомов, лабораторных и инструментальных показателей, а сколько улучшение его самочувствия и чувства удовлетворенности жизнью как в психоэмоциональном, так и в социальном аспектах [19, с. 5], что и определяет КЖ. Изучение КЖ после холецистэктомии, учитывающее медицинскую составляющую и субъективное мнение самого больного, является новым направлением, требующим критических оценок и дальнейших рекомендаций по внедрению в клиническую практику [19, с.6].

Представляет интерес сравнение показателей КЖ по стандартным опросникам между различными регионами и странами.

Цель исследования – на основании сравнительной оценки показателей различных компонентов международных опросников GIQLI и SF-36 выявить факторы, влияющие на качество жизни пациентов в различные сроки после холецистэктомии.

Задачи исследования

1. Провести лингвистическую валидацию международного опросника GIQLI в Казахстане.

2. Провести ретроспективный анализ уровня КЖ по опроснику GIQLI у пациентов, перенесших ХЭ более 1 года назад в различных регионах Казахстана.

3. На основании проспективного исследования, сравнить КЖ пациентов до операции, через 6 и 12 месяцев после ХЭ в клиниках Карагандинской области

4. Выявить факторы, влияющие на развитие низкого уровня КЖ жизни у пациентов до и после холецистэктомии.

5. Провести сравнительный анализ уровня качества жизни пациентов после ХЭ в Казахстане и Швеции.

Научная новизна

Впервые проведена лингвистическая валидация международного опросника GIQLI на казахский и русский языки в Казахстане (свидетельство о государственной регистрации прав на предмет авторского права № 2604 от 12.12. 2016 года «Валидация опросника Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) в Казахстане») (Приложение Е).

Впервые, с помощью опросника GIQLI, изучены показатели КЖ пациентов после ХЭ в различных регионах Казахстана.

Впервые проведена сравнительная оценка уровня КЖ и факторов, влияющих на него у пациентов после ХЭ в Казахстане и Швеции.

Практическая значимость работы

Адаптированные варианты GIQLI на русский и казахский языки официально разрешены MAPI Research Institute для некоммерческого использования на территории Казахстана. Проведено внедрение международного опросника GIQLI в клиниках города Караганды для пациент-ориентированной оценки результатов хирургического лечения калькулезного холецистита. GIQLI является универсальным инструментом для оценки

результатов лечения и может широко применяться в клинической практике при изучении различных заболеваний ЖКТ.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Уровень КЖ пациентов зависит от длительности периода, прошедшего с момента проведенной операции.

2. В отдаленном периоде уровень качества жизни не зависит от вида хирургического доступа (минилапаротомия и лапароскопия).

3. Значимое улучшение показателей КЖ отмечается через 6 месяцев после холецистэктомии.

4. Предикторами низкого уровня качества жизни через 6 месяцев после холецистэктомии является тяжесть состояния, сопутствующая анемия и артериальная гипертензия, выявленные у пациентов до операции.

5. Уровень КЖ пациентов, перенесших холецистэктомию в Казахстане, на 4,8% выше, чем в Швеции, за счет компонентов GIQLI «Symptom» и «Physical Function».

Внедрение результатов исследования. Опросник GIQLI внедрен в практическое здравоохранение в КГП «Областной клинической больницы», «Областного медицинского центра», «Городской больницы №1» г. Караганды. Внедрение результатов подтверждено актами о внедрении (Приложение А).

Личный вклад автора. Автором проведена языковая валидация опросника GIQLI на русский и казахский языки, проведено ретроспективное и проспективное анкетирование пациентов, перенесших холецистэктомию. Самостоятельно проведен сбор и обработка материала, анализ, обобщение результатов исследования и их описание, написаны все главы диссертационной работы. Обработан и проанализирован лично автором в объеме 80%.

Апробация работы. Основные положения исследования доложены на ежегодном национальном съезде хирургов Kirurgveckan JKPG 2017 (Jönköping, Sweden, 2017г.); LVII научной конференции студентов и молодых учёных с международным участием, посвященной 60-летию Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова (Актобе, Казахстан, 2017г.); Международной конференции молодых ученых и студентов «Мир науки и молодежь: тенденции и новые горизонты» (Караганда, Казахстан, 2017г.); Пятой международной конференции молодых ученых и студентов «Перспективы развития биологии, медицины и фармации» (Шымкент, Казахстан, 2017г.); Международной научно-практической конференции студентов и молодых учёных «Актуальные проблемы современной медицины и фармации» (Минск, Белоруссия, 2018 г.); на заседании кафедры хирургических болезней № 2 (протокол №9, от 28.05.2018 г.); на заседании НЭК хирургических дисциплин (протокол №2, от 20.06.2018 г.).

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, из них: 3 публикации в научных изданиях Казахстана, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК; 1 публикация в научном издании России, рекомендованное ВАК РФ и

имеющее не нулевой импакт-фактор РИНЦ; 1 свидетельство о государственной регистрации прав на предмет авторского права; 6 публикации в материалах международных конференций; 1 публикация в международном научном издании, входящая в информационную базу данных Scopus.

Объем и структура диссертации. Диссертация содержит 132 страниц машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, 6 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, 18 таблиц, 39 рисунков и списка литературы, включающего в себя 175 источников.

1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Все большую значимость приобретает проблема лечения пациентов с ЖКБ, а главная причина — это увеличение числа людей с данной патологией. Заболевания желчевыводящей системы встречаются более чем у 10% населения планеты, при этом каждое десятилетие количество больных увеличивается [20]. Примерно 10-15% взрослого населения стран запада [21] страдает ЖКБ, 30% из которых подвергаются оперативному вмешательству и только 2% из этого числа имеют симптомы заболевания [22, 23].

Несмотря на существование множества консервативных методов лечения хирургический метод лечения остается наиболее приоритетным и патогенетически обоснованным [14, с.53]. На сегодняшний день в мире существуют три вида холецистэктомии: 1. традиционный доступ (срединный или косой подреберный); 2. мини-лапаротомный доступ; 3. лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) [1, с.132; 24, 25]. Традиционная холецистэктомия (ТХЭ), выполняемая из широкого лапаротомного доступа имеет недостатки, основным из которых является довольно обширная операционная травма, которая в послеоперационном периоде приводит к ограничению подвижности передней брюшной стенки, болевому синдрому и снижению показателей функции дыхания, частому развитию грыжи [26]. Все эти обстоятельства в совокупности ухудшают и замедляют процесс реабилитации пациентов до 2-3 месяцев, а иногда и более.

Новой ступенью в развитии абдоминальной хирургии стало внедрение в практику в конце 80-х годов ЛХЭ, которая согласно Консенсусу 1993 года признана «золотым стандартом», оперативного лечения хронического холецистита [27, 28, 29, 30]. В последнее время все большее количество хирургов со всего мира стремятся выполнить мини-инвазивную холецистэктомию, поскольку данный вид операции уменьшает риск интра- и послеоперационных осложнений, уменьшает размер операционной раны, сокращаются сроки нахождения пациентов в стационаре, улучшается КЖ пациентов [31, 32, 33].

Результаты операций и хирургического лечения оценивали с помощью следующих статистических показателей: смертность, продолжительность нахождения на стационарном лечении, количество послеоперационных осложнений и некоторых других [34].

Уменьшение числа ТХЭ в лечении ЖКБ, непосредственно связано с внедрением в практику мини-инвазивных хирургических технологий [34, с.33], что, казалось бы, должно положительно отразиться на основных статистических цифрах, а также непосредственно на КЖ оперированных больных — основном объективном критерии эффективности и качества оказанной медицинской помощи [35]. С увеличением количества хирургических операций при ЖКБ растет и количество пациентов, перенесших холецистэктомию, которые порой нуждаются в повторном обследовании, а иногда в медикаментозной и повторной хирургической коррекции. По данным

разных авторов, у 4,3-80% больных в различные сроки после операции возникает, так называемый, постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), терапия которого приносит достаточное количество трудностей, которые непосредственно связаны со сложным патогенезом заболевания и разнообразием клинических проявлений, что заставляет пациентов обращаться за медицинской помощью [36]. К основным причинам развития ПХЭС большинство авторов относят следующие: заболевания желчного протока и большого дуоденального сосочка; заболевания печени и поджелудочной железы; заболевания двенадцатиперстной кишки; заболевания других органов и систем [37]. Возникновение осложнений после хирургического лечения, а также «ПХЭС» ставят перед врачом задачу четко определить критерии целесообразности консервативного и хирургического лечения. Большую роль в решении данных задач может играть определение КЖ пациента.

Исследование КЖ - общепринятый, высокоинформативный, надежный, чувствительный и экономичный метод оценки благополучия, как на индивидуальном, так и на групповом уровне, дающий интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека. Хирургическое вмешательство оказывает значительное влияние на послеоперационное КЖ пациентов [38]. Ежедневно по всему миру выполняются огромное количество холецистэктомии (ХЭ), но в то же время послеоперационное КЖ таких пациентов изучено недостаточно.

На современном этапе в практической медицине оценка результатов проведенной терапии, при выписке пациентов со стационарного лечения, проводится по стандартным критериям: «выздоровление, с улучшением, без перемен, с ухудшением». В то время как во многих странах большое значение уделяется изучению КЖ после различных способов лечения. Заинтересованность данной проблемой растет, как растет количество научных статей и тезисов в различных областях медицины и в хирургии в том числе. Формируются новые способы и методы для оценки КЖ при наиболее распространенных патологиях. Это объясняется важностью критериев КЖ, как необходимой части единого анализа эффективности совершенно новых методов диагностики, лечения и профилактики, оценки результатов проведенной терапии, реабилитационных технологий, качества предоставляемой помощи, прогноза заболевания. КЖ является дополнительным критерием оценки эффективности лечения [19, с.6], экспертизы трудоспособности и экономически оправданных подходов к выбору адекватного лечения.

1.1 История изучения качества жизни

Интерес к проблеме изучения качества жизни людей и насколько заболевание оказывает влияние на человека, в том числе и на его профессиональную деятельность возник в середине XIX века при обследовании населения Ирландии и Австралии во время голода 1851-1891 гг., когда изучалось распространение и структура болезней [39].

Ряд авторов считает, что основоположником истории науки о КЖ является профессор Колумбийского университета США Д. А. Karnofsky [40], который в 1947 году создал шкалу, чтобы оценивать физическое состояние больных раком, получающих химиотерапию и опубликовал научную работу «Клиническая оценка химиотерапии при раке», в которой всесторонне исследовал личность больного, страдающего соматическими заболеваниями [41].

В 1963 году S. Katz создал методику Activities of Daily Living Scale, которая была достаточно простой и могла использоваться в различных исследованиях [42]. Термин «качество жизни» в области медицины впервые был употреблен в 1966 году в редакторской статье J.R. Elkinton, который опубликовал статью о проблемах трансплантационной медицины «Medicine and the quality of life» в «Annals of internal medicine», где впервые встречается упоминание качества жизни, связанном со здоровьем [43].

Г.Е. Engel [44] предложил в 1980 году биопсихологическую модель медицины, которая учитывает психосоциальные аспекты заболеваний при медицинских обследованиях.

В 1982 г. А.Д. McSweeney и соавторы [45] выделил четыре аспекта для оценки КЖ: эмоциональное и социальное функционирование, повседневная активность и проведение досуга. Более полноценное описание для оценивания КЖ предложил N.K. Wenger и соавторы [46] которая состоит из 3 основных параметров: функциональная способность, восприятие, симптомы и девяти подпараметров: ежедневный режим, социальная и интеллектуальная деятельность, экономическое положение, оценка общего здоровья, благосостояние, восприятие основного и фоновых заболеваний, удовлетворенность жизнью [19, с.10].

R. M. Kaplan и Bush [47] в 1982 году опубликовали статью в которой предложили термин «health-related quality of life», что в свою очередь позволило определить параметры, характеризующие общее состояние здоровья, заботу о нем и качество медицинской помощи.

Согласно рекомендациям Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), качество жизни, связанное со здоровьем, следует рассматривать как «восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живёт, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума» [48, 49, 40, с.196; 50].

В конце XX века ВОЗ разработаны основополагающие критерии оценки КЖ, обусловленного здоровьем [51,52]:

- физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- психологические (положительные эмоции, эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания);
- уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лечения и лекарств);

– общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);

– окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность, и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология) [60].

В медицине, в последнее время, достаточно большое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (Health-related quality of life), который обозначает оценку параметров, связанных и не связанных с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние заболевания и терапии на психологическое состояние, эмоции больного, а также его социальное положение [51, с.354].

Оценка КЖ, связанного со здоровьем, основывается на двух основных принципах. 1 – заболевание оказывает негативное влияние не только на физиологические процессы, но и на физическое, психологическое, эмоциональное и социальное функционирование пациента. 2 – все вышеперечисленные критерии и их варьирование возможно измерить и определить с помощью оценки КЖ больного. Наиболее полно отразить всестороннее благополучие пациента могут только субъективные показатели, но никак ни такие показатели как смертность, заболеваемость и количество осложнений.

В настоящее время проблема КЖ является по-настоящему актуальной и испытывает «второе рождение» во многих странах, в том числе и в Казахстане. Существует множество научных институтов и групп, которые занимаются разработкой методов исследования и оценки КЖ. Поскольку имеется огромное количество различных методик, это существенно осложняет определение достоверности результатов и сравнение полученных данных, если тематики данных исследований имеют схожие темы. Поэтому во Франции с 1995 г. существует международная некоммерческая организация, изучающая КЖ – институт MAPI Research Institute – основной координатор всех исследований в области КЖ, который утверждает разработанные опросники и дает рекомендации по их применению. Институт проводит организацию ежегодных конгрессов Международного общества по исследованию КЖ (International Society of Quality of Life Research–ISOQOL), вводя в жизнь положения о том, что цель любой проведенной терапии является приближение КЖ больных к уровню практически здоровых людей [53].

В 1999 году эксперты Межнационального центра исследования качества жизни разработали концепцию, в которой выделяют ряд характеристик КЖ [54, 55, 56]:

1. Многомерность. Это понятие дает понятие, что в КЖ входят все сферы жизнедеятельности человека, такие как физическая, психологическая, духовная, социальная и экономическая. КЖ, связанное со здоровьем, оценивает связанные и не связанные с основным заболеванием компоненты. Дает

возможность определить влияние болезни и процесса лечения на состояние больного.

2. Изменяемость во времени. КЖ пациента непрерывно меняется под влиянием различных внутренних и внешних факторов. Данные о КЖ дают возможность корректировать проводящее лечение, исходя из результатов постоянного мониторинга состояния больного.

3. Участие больного в оценке его состояния. Наиболее важная из всех составляющих КЖ. Субъективная оценка собственного самочувствия пациентом является самым ценным и информативным показателем проведенного лечения.

Оценка КЖ показывает, как заболевание и его терапия находят отражение на всех составляющих жизнедеятельности человека. В хирургических исследованиях понятие КЖ является особым критерием оценки эффективности лечения и имеет прогностическое значение.

Самый надежный и лучший способ оценить КЖ – это провести опрос у самого пациента. В то же время на оценку КЖ немаловажное влияние оказывает возраст человека, половая принадлежность, национальность, социально-экономическое положение, трудовая деятельность, религиозная принадлежность, культурный уровень и многие другие факторы. Поскольку это субъективный показатель, поэтому оценка КЖ респондентов возможна лишь в сравнительном аспекте (больной – здоровый, больной одним заболеванием – больной другим заболеванием) с максимальным нивелированием всех сторонних факторов [51, с.354; 57]. В настоящее время общепринятые методики предполагают использование стандартизированного опросника для оценки КЖ пациента. Стандартам современной методологии соответствуют опросники, которые разрабатываются и стандартизируются Международным обществом исследований КЖ (International Society of Quality of Life Research-ISOQOL) [54, с. 253].

На данный момент зарегистрированы 3 представительства Международного общества исследований КЖ [49, с.11; 58]: Американское, Азиатское и Российское.

Все опросники можно разделить на 3 типа: общие, частные, специализированные.

1) Общие опросники предназначены изучать состояние здоровья больных в целом, независимо от специфики заболевания, его тяжести и лечения.

2) Специальные опросники ориентированы на группу конкретных заболеваний, поскольку имеют специфические для них компоненты, с помощью которых оценивается определенная категория КЖ (физическое или психическое состояние), либо оценивается КЖ при конкретном заболевании или при определенном виде лечения.

3) Частные опросники дают оценку состоянию здоровья не в целом, а их отдельные составляющие: выраженность одышки, настроение пациента, болевой синдром [59].

Изучение КЖ подразумевает, как правило, применение общих стандартных опросников. В международной практике используют стандартизированные анкеты, апробированные в клинических исследованиях [60, 16, с.3076; 61].

А.А. Новик и соавторы [54, с.297] считают, что опросники должны отвечать требованиям следующих параметров:

- 1) многомерность;
- 2) простота и краткость;
- 3) приемлемость;
- 4) применимость в различных языковых и социальных культурах.

Пройдя этап культурной и языковой адаптации любой опросник должен пройти необходимую проверку для оценки его психометрических свойств: надежности, валидности и чувствительности: надежность (reliability) – заключается в его способности давать стабильные и точные измерения; валидность (validity) – характеризует опросник способностью достоверно отразить те характеристики, которые он измеряет; чувствительность (sensitivity to change) – способность опросника при малейших изменениях в состоянии респондента достоверно отражать эти изменения КЖ в бальной градации.

Данная методология разработки, апробации и адаптации опросников до внедрения их в клиническую практику, полностью соответствует требованиям Good Clinical Practice (GCP) [62].

В настоящий момент существует определенная классификация инструментов исследования КЖ [54, с.299]:

В зависимости от области применения:

- 1) общие опросники (для детей и взрослых);
- 2) специальные опросники:
 - по областям медицины (онкология, неврология, ревматология и т.д.);
 - по нозологии (рак молочной железы, язвенная болезнь, ревматоидный артрит и т.д.). Опросники специфичные для определенного состояния.

В зависимости от структуры, имеются:

- профильные опросники – несколько цифровых значений, которые представляют собой профиль, сформированный значениями нескольких шкал;
- индексы – единое цифровое значение [51, с.355].

Распространенные общие опросники:

- опросник оценки качества жизни Европейской группы качества жизни - EuroQol EQ - 5D;
- общий опросник здоровья - Medical Outcomes Study - Short Form (MOS SF -36);
- индекс благополучия - Quality of Well-Being Index;
- профиль влияния заболевания - Sickness Impact Profile (SIP);
- ноттингемский профиль здоровья - Nottingham Health Profil (NHP);
- индекс качества жизни - Quality of Life Index;
- the World Health Organization of Quality of Life (WHOQOL-100)

Вопросник КЖ-100 ВОЗ;

- опросник здоровья ребенка - Child Health Questionnaire (CHQ), [63];
- детский опросник качества жизни - Peds QL;
- общий опросник здоровья ребенка QUALIN [64, 65].

Довольно часто в клинических исследованиях при соматических и хирургических заболеваниях для оценки уровня КЖ, используют общий опросник здоровья MOSSF-36, составленный в 1992 году J. Ware [66] в США по заказу страховой компании RAND. Опросник был создан на основании уже существующих более 20 лет опросников – General Psychological Well-Being Inventory (учет общего психологического восприятия здоровья), Health perceptions Questionnaire (анкета восприятия здоровья) с учетом данных проведенного исследования. На данный момент имеются две версии опросника (стандартные и короткие формы), которые имеют отличия в градации ответов на определенные вопросы. В течение последних 4-х недель для оценки КЖ используют стандартную версию, короткую версию применяют при краткосрочных исследованиях, когда оценивают параметры КЖ в течение 1 недели.

Модель, лежащая в основе конструкции шкал и суммарных измерений опросника SF- 36 имеет 3 уровня [9, с.39]:

- 1) вопросы;
- 2) 8 шкал, содержащие от 2 до 10 вопросов;
- 3) компоненты, которые суммируют шкалы.

Все 36 пунктов объединены в 8 шкал: физическое функционирование (Physical Functioning — PF), ролевая деятельность (Role-Physical Functioning — RP), телесная боль (Bodily pain — BP), общее здоровье (General Health — GH), жизнеспособность (Vitality — VT), социальное функционирование (Social Functioning — SF), эмоциональное состояние (Role-Emotional — RE) и психическое здоровье (Mental Health — MH). 35 пунктов из 36 используют для обработки баллов по шкалам и 1 пункт позволяет определить «переходную точку здоровья».

Опросник SF-36 может быть заполнен самим пациентом в возрастном промежутке от 14 и старше, при личном контакте с обученным специалистом или методом интервьюирования, а также с применением компьютерного опроса.

В 1988 г. в России, исследователи межнационального центра исследования КЖ создали и усовершенствовали по формату и процедуре шкалирования русскоязычную версию опросника SF-36.

Опросник оценки КЖ Европейской группы – Euro QoI EQ- 5D используется в клинических и популяционных исследованиях [67], а также для оценки эффективности той или иной программы лечения был разработан в 1991 г. группой европейских ученых (Великобритании, Финляндии, Нидерландов, Норвегии, и Швеции) [68]. В 1995 г. Международной организацией по изучению КЖ (ISQOL) зарегистрирована русская версия EQ-5D [69].

Опросник делится на 2 части: 1 – часть включает 5 разделов, которые дают нам представления о трудностях, возникающие при передвижении индивидуума в пространстве; самообслуживанием, активность в повседневной деятельности; выявить и определить наличие дискомфорта или болевых ощущений, а также отдельных психологических проблем на индивидуальном уровне. Каждый раздел оценивается по 3-м уровням в зависимости от степени выраженности проблемы: 1 – отсутствие нарушений, 2 – наличие умеренных нарушений, 3 – есть выраженные нарушения. Выраженность нарушений 1, 2 или 3 оценивается пациентом по 5 шкалам и представляет индивидуальный EQ-5D профиль КЖ. Комбинирование уровней по 5 компонентам позволяет получить 245 вариантов «состояния здоровья». Вторая - половина опросника представляет собой ВАШ - «термометр здоровья». Это 20-сантиметровая вертикальная градуированная линейка, на которой «0» означает самое плохое, а «100»- самое хорошее состояние здоровья. Оценка состояния здоровья и КЖ EQ-5D проводится на момент обследования [70].

Профиль влияния заболевания – Sickness Impact Profile (SIP). Был разработан в США, разработчиком является М. Bergner [71]. Представленный инструмент является общим опросником и применяется уже с 1976 года. В 1982 г. в Великобритании был создан его аналог – опросник Functional Limitations profile (FLP). На русском языке его называют «Профиль влияния болезни». Применение SIP возможно в научных исследованиях и в меньшей степени в повседневной научной практике [72]. Использовать этот опросник можно в различных группах с большим спектром заболеваний, а также возможно использование и у здоровых людей. Опросник специализирован на аспектах общего здоровья, а не на определенном заболевании. Единственный минус опросника SIP - большой формат, включающий 136 вопросов, которые объединяются в 12 шкал. Заполнять опросник можно методом интервьюирования [73].

В 1981 г. S. Hunt и соавторы [74] разработали – Nottingham Health Profile (NHP). Данный опросник очень часто применяют в клинических исследованиях и практической клинике. Наиболее часто применяется у больных заболеваниями артерий, в том числе перенесших ампутацию конечности. Достоинства опросника – довольно краткий и обладает отличными психометрическими параметрами, однако некоторые исследователи отмечают его недостаточную чувствительность при незначительных изменениях состояния пациента. Опросник делится на 2 части: первая включает 38 вопросов из 6 областей жизнедеятельности: эмоции, сон, боль, энергия, подвижность, социальная изоляция. При положительном ответе на вопрос – 1 балл, при отрицательном – 0 баллов. Суммация всех баллов отражает величину показателя КЖ. Максимальное значение составляет 100 и минимальное – 0. Вторая половина опросника содержит самооценку влияния уровня здоровья на повседневную жизнь, включающей 7 областей: работа, домашняя трудовая деятельность, взаимоотношения с социумом, личная жизнь, интимная жизнь, хобби, отпуск [75,76].

Вопросник WHOQOL-100 ВОЗ – предназначен для самостоятельного заполнения, затрагивающие субъективное восприятие индивидом различных областей жизнедеятельности. Его создание проходило одновременно в 15 научно-исследовательских центрах стран Европы, Австралии, Азии, Африки, Северной и Центральной Америки на различных языках, учитывая экономическое благосостояние и культурные традиции [77]. Существует полная версия вопросника WHOQOL, состоящая из 100 пунктов и краткая, включающая 26 пунктов. Краткая версия позволяет оценить КЖ в четырех аспектах — физическое состояние здоровья, качество жизни в психологической сфере, социальный компонент и окружение. Полная версия оценивает КЖ в шести доменах - физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, а также напрямую измеряется восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом. Существует апробированная русская версия с достаточными психометрическими показателями [78].

Также в медицине применяют специализированные опросники для оценки КЖ:

В кардиологии: The Seattle Angina Questionnaire (SAQ) (1992) – у больных с ишемической болезнью сердца [79]. Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (1993) – у больных с хронической сердечной недостаточностью [80]. Изучение качества жизни при аритмии (1998) – у больных с аритмией и другие [81].

В пульмонологии: Asthma Symptom Checklist (1992) – у больных с бронхиальной астмой [82]. St George's Hospital Respiratory Questionnaire (SGRQ) (1992) [83] и другие.

В гастроэнтерологии применяют специальный опросник при симптомном холелитиазе после ХЭ, который был разработан в 1996 г. M.L. Russell и соавторы - Gallstone Impact Checklist (GIC) [84]. Финальный вариант опросника включает 41 утверждение, сгруппированное в 4 субшкалы (боль, диспепсия, эмоциональное влияние, прием пищи и еда). В 2005 г. был переведен и прошел языковую валидацию и адаптацию в России [18, с.22; 9,с.39].

Опросник - шкала оценки гастроэнтерологических симптомов – Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) разработан в Швеции в 1987 году J. Svedlund и соавторами [85].

Опросник включает в себя 15 вопросов о гастроэнтерологических симптомах и оценивает их степень выраженности. Ответы на вопросы (от 1 до 7 баллов) пересчитывают в шкалы синдромов:

- 1) абдоминального болевое;
- 2) диспепсического;
- 3) синдрома гастроэзофагеального рефлюкса;
- 4) синдрома диареи;
- 5) синдрома обстипации;
- 6) общий показатель гастроэнтерологических симптомов.

Данный опросник широко используется для оценки симптомов у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и у больных с функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта [86, 87].

Опросник КЖ при синдроме раздраженной кишки - Irritable Bowel Síndrome - Quality of Life (IBS - QOL) разработан в США D. Patrick и соавторами в 1998 г., и предназначен для оценки КЖ больных с синдромом раздраженной кишки. Он содержит 34 вопросов и 8 шкал: дисфории, общей активности, ограничений в пище и т.д. [19, с.20; 88].

В начале 90-х годов две независимые группы исследователей Velanovich V. (США) и Eyrasch E. (Германия) разработали опросник Гастроинтестинальный индекс (ГИ) качества жизни Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) [89]. В 1995 году после согласительной конференции в Норвегии и публикации в British Journal of Surgery большинство хирургов Западной Европы и Северной Америки стали использовать данный опросник и балльную оценку результатов хирургического лечения [19, с. 21]. 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 вопрос дается ответ от 0 до 4 в баллах. Максимальное количество баллов - 144, минимальное - 0. Чем больше показывает GIQLI, тем лучше КЖ пациента. При количестве баллов 120 и менее опросник указывает на возможность существования патологии пищеварительного тракта. По данным многих авторов, опросник позволяет установить признаки не диагностированных нарушений ЖКТ и дает возможность своевременно диагностировать и провести коррекцию послеоперационных осложнений, что позволяет значительно улучшить показатели хирургического лечения пациентов с калькулезным холециститом. В настоящее время GIQLI широко используется во многих клиниках Европы и США для оценки результатов хирургического лечения [90, 91, 92; 24, с.284].

На сегодняшний день, анализ КЖ является новейшей и перспективной областью современной клинической медицины. С помощью данного метода мы более точно оценить все колебания и нарушения в состоянии здоровья пациентов, чтобы выбрать наиболее подходящий метод лечения и четко понимать суть и причину клинической проблемы.

Изучение КЖ во всех областях медицины становится одним из обязательных комплексных методов оценки при проведении клинических исследований.

1.2 Отдаленные результаты хирургического лечения после различных способов холецистэктомии

До настоящего времени основным способом лечения ЖКБ является

хирургическая операция [93, 94].

В хирургии существует три основных вида ХЭ: традиционная холецистэктомия (ТХЭ), лапароскопическая (ЛХЭ) и ХЭ из мини-доступа (МХЭ) [95, 96, 94, с.146].

В зависимости от доступа, все способы ХЭ можно объединить в две большие группы: 1) открытые способы – доступ осуществляется с помощью лапаротомии, в том числе из минидоступа; 2) лапароскопические способы: традиционная четырехпрокольная, трехпрокольная, однопрокольная, микроЛХЭ, транслуминальные (NOTES) способы ХЭ (через естественные отверстия – пупочное кольцо, влагалище, прямую кишку, желудок) [96, с.72; 97].

В 1985 г. E. Muhe из г. Боблинген (Германия) впервые выполнил ХЭ с применением лапароскопической техники, в которой он использовал модифицированный оптический ректоскоп, введенный через пупок, и инсуффляцию CO₂ [97, с.342]. P. Mouret (Лион, Франция) в марте 1987 г. выполнил наиболее близкую к современной мультитроакарной методике ЛХЭ [98].

«Золотым стандартом» для хирургического лечения желчнокаменной болезни является ЛХЭ, которая имеет тенденцию к росту с ежегодным приростом на 15-20% [99, 100]. Основные преимущества ЛХЭ - это минимум травматичности, уменьшение пребывания в стационаре до 2-3 раз, снижение сроков реабилитации. Однако, несмотря на эффективность новых медицинских технологий важным критерием остается КЖ пациентов в отдаленные сроки после проведенного хирургического вмешательства. Существенного влияния не оказало усовершенствование хирургической техники и на отдаленные результаты лечения ЖКБ. По данным различных авторов, от 20 до 40% пациентов, перенесшие ХЭ, отмечали возникновение абдоминальных болей или диспепсии в последующие 5 лет после проведенного оперативного вмешательства [101, 102].

Главными критериями оценки эффективности хирургического лечения различных заболеваний является наличие послеоперационных осложнений. Термин «отдаленные результаты» подразумевает комплексную оценку КЖ пациента, которые перенесли различные хирургические вмешательства, спустя некоторое время после операции.

Учитывая разнообразные жалобы, предъявляемые больными после ХЭ, и трудности, возникающие при оценке данных обследования, большинством авторов было внесено предложение, оценивать отдаленные результаты трехбалльной шкалой: хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный результат [103, 104]. К больным с «хорошими результатами» относились те, которые не имели никаких жалоб и были фактически здоровыми. Они в отдаленном периоде могли вести обычный для себя образ жизни. К «удовлетворительным» результатам относились пациенты, у которых сохранялись периодические боли в правом подреберье умеренной силы и иногда диспепсические явления, а также снижение работоспособности.

«Плохим» результатом считалось ухудшение самочувствия, при котором, болевой синдром не прекращался, и необходимо было стационарное лечение.

Большое количество хирургов на сегодняшний день остаются верными подобному делению отдаленных результатов [93, с.956; 105,106].

В литературе имеется большое количество исследований по изучению отдаленных результатов после ХЭ, однако наблюдается вариабельность результатов. Существует ряд факторов, по мнению Пакулюка Я.И., Богницкого Т.Н., Лукевича П.М. и многих других авторов, что результат хирургического лечения зависит:

- 1) срока заболевания;
- 2) частоты приступов;
- 3) длительности консервативной терапии [103, с. 78].

В работе Быстровского Е.В. и Ильченко А.А. (2008) были обследованы 309 пациентов для оценки отдаленных результатов хирургического лечения ЖКБ. У 51,3% пациентов присутствует абдоминальный и диспепсический синдромы различной степени выраженности и у 48,7%, по их субъективной оценке, не имеют основания для обращения к врачу. Из 149 пациентов у 42 (28,2%) самочувствие оценено как хорошее и у 107 человек (71,8%) — как удовлетворительное. Причины неудовлетворительных результатов, по мнению авторов, стали гепатомегалия, увеличение размеров головки поджелудочной железы, расширение общего желчного и Вирсунгова протоков [102, с.26].

В 2009 году Абдуламитов Х.К. и др. изучили отдаленные результаты видео-лапароскопической холецистэктомии у 116 пациентов. В своем исследовании авторы показали, что 52,6% пациентов имели хороший отдаленный результат, 45,7% больных удовлетворительными результатами и 1,7% больных неудовлетворительными. Причина неудовлетворительных результатов явились холедохолитиаз и параумбиликальная грыжа [107].

И.В. Козлова и соавторы в 2010 году исследовали отдаленные результаты после ХЭ у 80 пациентов. При обследовании 42,5% пациентов никаких жалоб не предъявляли, у 57,5% был выявлен абдоминальный болевой синдром разной степени выраженности. Диспепсические расстройства в виде изжоги, отрыжки, метеоризма наблюдались в поздние сроки после ХЭ. Поражение эзофагогастродуоденальной зоны было выявлено у 99,5% пациентов. Авторы пришли к выводам, что результаты хирургического лечения калькулезного холецистита зависят от физиологических изменений после ХЭ, которые могут проявляться в отдаленные сроки в виде абдоминальных болей и желудочной диспепсии [94, с.147].

S. Lill и соавторы в 2011 году проводили оценку влияния возраста на отдаленные результаты после ЛХЭ. Авторы обследовали старшую возрастную группу (≥ 75 лет). Не было статистически значимых различий между средней продолжительностью операций. Средняя продолжительность госпитализации и количество осложнений увеличивались с возрастом пациента. Подавляющее большинство пациентов были удовлетворены или отдаленными результатами операции во всех возрастных группах (97% <65 лет, 83% 65-74 лет, 80% ≥ 75

лет). В результате своего исследования авторы выяснили, что ЛХЭ является безопасной в старшей возрастной группе [105, с.208].

Леонтьев А.С. и др. (2014) изучали влияние оперативного доступа на частоту отдаленных осложнений после ХЭ. В исследовании авторы проанализировали 120 историй больных и пришли к выводу о том, что общая частота возникновения поздних послеоперационных осложнений ХЭ при открытом варианте операции составляет 12%, а при выполнении ЛХЭ – 9,4 %. В общей структуре поздних послеоперационных осложнений ХЭ преобладают дисфункция сфинктера Одди (55,8 %) и холедохолитиаз (29,1 %) [108].

По мнению ряда авторов, на результаты проведенного оперативного вмешательства больных с ЖКБ оказывает влияние так называемый «ПХЭС».

1.3 «Постхолецистэктомический синдром»

В 1947 г. N.A. Womack и R.L. Crider ввели термин «ПХЭС» для обозначения продолжающихся или вновь возникающих симптомов со стороны органов пищеварения у пациентов, которые перенесли операцию по удалению желчного пузыря [109].

«ПХЭС» - собирательное понятие, которое включает себя патологическое состояние, происходящие в организме после хирургической операции при котором, развиваются различного рода нарушения функций органов пищеварения [110]. В целом общий риск развития ПХЭС у всех пациентов, перенесших ХЭ, составляет, по разным данным, от 5 до 30% с наиболее обоснованными границами 10-15% [111, 103, с.78; 112]. Частота ПХЭС, по данным разных авторов, колеблется от 4,3 до 79,2% прооперированных пациентов [113, 35, с.3; 114]. ПХЭС характеризуется разнообразием неспецифических симптомов: желчные и кишечные колики, другие болевые ощущения, желтуха, лихорадка, диарея, тошнота, вздутие и другие [113, с.187].

Ряд клиницистов в «ПХЭС» включают и функциональную, и органическую патологию билиарного тракта, которые, безусловно, провоцируют развитие имеющихся в анамнезе заболеваний ЖКТ [115].

Основными органическими причинами ПХЭС по F.H. Netter (2001) являются [116]:

- 1) — камни общего желчного протока [117, 118, 119];
- 2) — длинная культя пузырного протока [120, 121, 122];
- 3) — спазм сфинктера Одди (дисфункция, стеноз, гипертрофия) [121, с.223; 123, 124, 116, с.158];
- 4) — стриктуры общего желчного протока [118, с.16; 119 с.267];
- 5) — рак желчных путей [125, 126, 127];
- 6) — панкреатит [128, 129, 130];
- 7) — невринома;
- 8) — спайки, сдавливающие общий желчный проток [131].

Важной причиной в развитии «ПХЭС» являются органические и функциональные нарушения в области большого дуоденального сосочка,

холедохолитиаз, рецидивирующий панкреатит и дивертикулы двенадцатиперстной кишки [132].

Хоть ПХЭС включен в современную международную классификацию болезней (МКБ-10 – шифр K91.5), четкого его определения не существует [133].

Ряд авторов считают, что ПХЭС необходимо делить на истинный – связан непосредственно с минусами проведенной операции и ложный – независящий от ХЭ. Другие предполагают, что болевые ощущения связаны с нераспознанной патологией до операции (например, язвенная болезнь, синдром раздраженной толстой кишки, гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь и другие). Некоторые авторы условно разделяют ПХЭС в зависимости от источника на две группы: билиарный, связан с патологией желчевыводящих путей и не билиарный, не связан с патологией билиарного тракта [115, с.84].

Так М.А. McNally с соавторами в 2008 году при анкетировании 1908 больных с патологией билиарного тракта (ЖКБ или ХЭ в анамнезе), обнаружили высокую частоту возникновения синдрома раздраженного кишечника, входящий в комплекс симптомов ПХЭС. 17% больных имели сочетание болей билиарного характера с синдромом раздраженного кишечника с отсутствием патологии желчевыводящих путей. Диагноз синдром раздраженного кишечника был выявлен только у 8,5% человек (OR 2,2; 95% CI 1,1-4,6; p=0,03) [134].

В этом же году G. Kurucsai и соавторы [135], проводили оценку кожной сенсорной чувствительности пациентов, имеющих симптомы после проведенной ХЭ. В результате, исследователи сделали вывод, что стойкий болевой синдром, зависит от возбудимости нейронов центральной нервной системы. Постоянная билиарная боль может быть вызвана локальными воспалительными процессами или нарушением функционирования центральной нервной системы, которые приводят к существенной гиперчувствительности периферических ноцицептивных нервных волокон у пациентов с дисфункцией сфинктера Одди. Боли после ХЭ могут быть обусловлены гипервозбудимостью ноцицептивных нейронов в центральной нервной системе с или без объективно выявляемых моторных нарушений сфинктера Одди.

Н. В. Литвинова и др. [136] в своем исследовании изучала синдром изжоги как проявление ПХЭС у 145 пациентов. Авторы пришли к выводу, что через 6 месяцев после ХЭ различные гастроинтестинальные симптомы беспокоят более половины больных, из них изжога - у 24,3% и ее наличие зависит от вида операции, частота изжоги возрастает при открытых вариантах ХЭ.

В 2012 году Я.А. Фролов [137] изучал гастроинтестинальные симптомы в отдаленные сроки после ХЭ, в котором выяснил, что через 3 года после ХЭ билиарные боли наблюдались у 67 (57,3 %) человек из 117 обследованных. У 2-х пациентов возник рецидив камней - холедохолитиаз, потребовавший повторного оперативного лечения, у 42,7 % пациентов боли не беспокоили.

Авторы сделали заключение, что наличие билиарных болей через 3 года после ХЭ ассоциировано с появлением их уже через 6 месяцев после оперативного лечения и плановым оперативным вмешательством.

С.А. Быстров, Б.Н. Жуков (2010) проводили исследование 1450 больных, перенесших ХЭ в период с 2001 по 2009 год. ПХЭС был выявлен у 12,9% больных. Болевой абдоминальный синдром беспокоил 81–90% больных, диспепсические явления были отмечены у 66–85% больных, метеоризм – у 27–36%, нарушения стула – у 46–55%. В работе авторы попытались связать ПХЭС с липидным дистресс-синдромом и метаболическими нарушениями в организме. У 67,3% больных были выявлены различные нарушения липидного обмена. В своем исследовании авторы пришли к выводу, что наряду с традиционными методами, необходимо исследовать липидный спектр крови, сократительную способность желчного пузыря и функциональную способность сфинктера Одди [138].

Таким образом, ПХЭС может иметь множество причин, которые могут быть связаны с некорректным и не своевременным предоперационным диагнозом, и лечебной тактикой или с последствиями проведенного оперативного вмешательства.

1.4 Сравнительный анализ качества жизни после холецистэктомии из различных доступов

Устоявшаяся оценка эффективности лечения и исходов заболевания, которая основана на использовании критериев продолжительности жизни (средняя продолжительность жизни, уровень смертности, показатели смертности и т.п.) уже считается малоинформативной и не актуальной.

Если рассматривать отечественную литературу, то на данный момент наблюдается усиление интереса в изучении КЖ пациентов с ЖКБ, перенесших как традиционную, так и ЛХЭ.

В 2003 году было проведено исследование 278 пациентов по исследованию КЖ пациентов после ТХЭ, ЛХЭ и МХЭ в сроки от 6 месяцев до 3 лет. Для оценки КЖ авторы использовали линейную аналоговую шкалу (ЛАШ), при этом сравнивали уровень КЖ до и после оперативного вмешательства. В результате работы было получено, что суммарное количество баллов у пациентов с ЛХЭ и МХЭ приближалось к максимальному, и оставалось таким на протяжении всего исследования 125.23 ± 3.47 и 124.26 ± 2.21 усл. ед. У пациентов, перенесших ТХЭ этот показатель КЖ – 99.61 ± 9.17 усл. ед. В группе ТХЭ, по мнению авторов, через 3 года значения КЖ претерпевают статистически значимые изменения с повышением уровня восприятия здоровья с 53.24 ± 2.17 до 66.8 ± 1.9 усл. ед. Авторами были сделаны следующие выводы, что при ЛХЭ и МХЭ риск отрицательных факторов после хирургического лечения одинаков, и быстрая реабилитация и возвращение к обычной жизни пациентов после этих операций, свидетельствует о высоком КЖ. Также исследователи подчеркнули, что снижению уровня КЖ способствует длительный анамнез заболевания и

показатели КЖ пациентов, перенесших ТХЭ и мини-инвазивные операции спустя 3 года, достоверно не различаются [139].

Ю.В. Джалалов и С.Р. Рабаданов в 2002 году изучили КЖ 353 больных с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ) после операции из минидоступа, используя разработанную в клинике программу. Оценивались такие показатели, как сроки ранней и полной реабилитации, работоспособность, психическое спокойствие, моральная удовлетворенность. Авторы пришли к выводу, что по уровню КЖ операция из мини доступа не уступает лапароскопическим вмешательствам [140].

Как показывает опыт, основными недостатками вышеперечисленных работ является использование опросников, которые не могут дать количественную оценку КЖ по отдельным ее критериям и отсутствие их широкого апробирования.

В 2008 году М.А. Сердюков проводил оценку КЖ 58 пациентов после ЛХЭ в сроки от 1 года до 5 лет с помощью опросника SF-36. В результате исследования большинство пациентов показали хорошие результаты (в пределах 82-93 баллов). Снижение показателей общего здоровья и жизнеспособности наблюдалось в основном в старшей возрастной группе, за счет сопутствующих заболеваний. Выявлена прямая зависимость показателей КЖ от пола, возраста, числа сопутствующих заболеваний, от состояния сердечно сосудистой системы, течения операции и послеоперационного периода, выраженности симптомов до и после операции. Результаты исследования позволили авторам сделать заключение, что КЖ после ЛХЭ остается достаточно высоким, а также зависит от общего соматического состояния больного [141].

В своей работе С.В. Орлов (2008) изучал КЖ 326 пациентов с калькулезным холециститом. Для оценки КЖ применяли общий опросник SF-36, специфический GSRС и визуально-аналоговую шкалу EuroQol. Пациенты были поделены на 3 группы, больные, перенесшие ТХЭ, ЛХЭ и холецистостомию. Анкетирование проводилось до операции, через 3, 6 и 12 месяцев после оперативного вмешательства. В результате исследования авторы отметили снижение КЖ пациентов с ЖКБ до оперативного вмешательства по опроснику SF-36 и GSRС во всех трех группах. Пациенты после ЛХЭ имели более раннее и стабильное улучшение показателей КЖ по всем шкалам опросников SF-36 и GSRС по сравнению с пациентами, перенесших ТХЭ. Также авторы подчеркивают, что проведение ЛХЭ является более эффективным методом оперативного вмешательства, чем ТХЭ и холецистостомия. По показателям уровня прироста КЖ в сроки 30 и 50 дней после ЛХЭ и ТХЭ по тестам SF-36 и визуально-аналоговой шкале EuroQol свидетельствуют о пересмотре сроков амбулаторного послеоперационного лечения больных с неосложненным ХКХ [142].

И.Н. Григорьевой и Т.И. Романовой было проведено открытое клиническое исследование 170 пациентов с ЖКБ. 60 человек были прооперированы, остальным поставили диагноз холелитиаз (у 33 пациентов

заболевание протекало бессимптомно, у 77 - имели место клинические проявления). Выяснилось, что КЖ у пациентов с ЖКБ в послеоперационный период после ХЭ было значительно хуже, чем до операции, вне зависимости от типа операции. У пациентов с латентным течением ЖКБ до операции КЖ было значительно хуже по всем шкалам опросника, чем у пациентов с клинической симптоматикой [143].

В 2012 году Н.А. Семерикова исследовала КЖ 37 больных ЖКБ через 1 и 3 года после ОХЭ, МХЭ и ЛХЭ. КЖ оценивали с помощью опросника SF-36. Результаты ХЭ из малого доступа по шкале Visick через год после операции ($2,91 \pm 0,08$ балла; $p < 0,015$) оказались лучше, чем после «открытых» ($2,75 \pm 0,13$ балла) или лапароскопических вмешательств ($2,00 \pm 0,01$ балла). Наиболее высокое КЖ по большинству шкал SF-36 отмечалось у пациентов после МХЭ, и они уступали больным, перенесшим ОХЭ лишь по интенсивности боли. Оценка результатов МХЭ через 3 года после операции стала несколько ниже ($2,83 \pm 0,11$) и приблизилась к таковой у пациентов, перенесших ЛХЭ ($2,69 \pm 0,13$ балла) или ОХЭ ($2,35 \pm 0,16$ балла). В результате исследования авторы пришли к выводам, что ХЭ из малого доступа – эффективная альтернатива лапароскопическому вмешательству и способствует более активному восстановлению КЖ пациентов в отдаленные сроки после удаления желчного пузыря и характеризуются прогрессирующим темпом улучшения КЖ [144].

А.В. Филистович и др. (2011) в своем исследовании провел анализ КЖ 110 пациентов в период с 2009-2010 год с диагнозами «ЖКБ», «ХКХ». Пациенты были поделены на 2 группы - перенесших ТХЭ и ЛХЭ. Для оценки результатов хирургического лечения использовались 2 опросника – общий MOSSF-36 и специализированный GSRS. Анкетирование проводилось пациентам в раннем послеоперационном периоде и через 1 год после выполненной операции. В ходе исследования было выяснено, что КЖ пациентов в раннем послеоперационном периоде было сниженным у больных, перенесших открытую ХЭ, это связано с быстрой регрессией болевого синдрома у больных, оперированных лапароскопическим способом. У пациентов после ТХЭ отмечались высокие показатели по шкале абдоминальной боли (до 12,1 балла), диарейного синдрома (8,5) и спустя год отмечается существенное снижение этих показателей, но рост рефлюкс-гастрита с 4,4 балла до 6,4 и диспепсического синдрома. Схожие тенденции наблюдались у пациентов лапароскопическим способом [145].

Н.С. Осмонбековой в 2014 году было исследовано 776 больных за период 2007 – 2011 год с диагнозами ОКХ и ХКХ. Пациенты были поделены в зависимости от вида операции: ТХЭ, ЛХЭ и МХЭ. Для оценки КЖ использовали опросник SF-36. После ТХЭ хорошие результаты были отмечены у 75 (68,2%) больных, удовлетворительные - у 32 (29,1%) больных и неудовлетворительные отдаленные результаты у 3 (2,7%) больных. Хорошие отдаленные результаты после ЛХЭ отмечены у 109 (90,8%) больных, удовлетворительные — у 11 (9,2%). Неудовлетворительных результатов операции не было. После МХЭ хорошие результаты отмечены у 160 (94,2%)

больных, удовлетворительные у 10 (5,8%) больных. Больных с неудовлетворительными результатами лечения в данной группе не было. В своей работе авторы сделали выводы, что частота осложнений после ХЭ различными способами невелика (традиционной – 25,4%, лапароскопической – 4,2%, из минилапаротомного доступа – 2,3%) и не превышает среднестатистических показателей. Показатели КЖ больных в отдаленном периоде после ТХЭ хуже, в связи с формированием послеоперационной вентральной грыжи и для хорошего результата целесообразней выбирать миниинвазивные способы оперативного вмешательства [19, с.75].

В этом же году Ю. В. Макарова, Н. В. Литвинова и др. [146] исследовали 70 пациентов, чтобы сопоставить динамику гастроэнтерологических симптомов и КЖ пациентов после 9-летнего периода после ХЭ по поводу ЖКБ. Оценка показателей КЖ проведена при помощи русифицированного опросника SF-36. Синдром диспепсии до проведения ХЭ наблюдался у 55,7% пациентов, через 9 лет после операции у 60% (95% ДИ 0,144—0,206; $p=0,616$). Болевой абдоминальный синдром до ХЭ беспокоил 85,7% больных, в отдаленный период после операции количество пациентов уменьшилось до 67,1% человек (95% ДИ 0,049—0,322; $p=0,008$). Количество пациентов, испытывающих изжогу, значимо возросло с 5,7% до операции до 55,7% через 9 лет после ХЭ ($p=0,0001$). В результате исследования авторы пришли к выводам, что боли билиарного характера — через 9 лет после ХЭ сохранились у 52,9% больных, однако количество пациентов с болевым синдромом достоверно уменьшилось по сравнению с дооперационным периодом, увеличилось число пациентов с наличием гастроинтестинальных симптомов (чувство изжоги, диарея, запоры) по сравнению с исходным состоянием, и выявлено значительное снижение показателей КЖ по всем шкалам в сравнении с дооперационным периодом.

В зарубежной литературе, в отличие от отечественной, имеется достаточное количество исследований, посвященных изучению КЖ пациентов с ЖКБ с использованием опросника GIQLI.

Согласно Рекомендациям Европейской ассоциации эндоскопической хирургии, у больных после ХЭ для изучения КЖ как в ближайшем, так и в отдалённом послеоперационном периоде рекомендовано использование комбинации опросников – SF-36 и GIQLI [147].

Ряд авторов занимались сравнением КЖ перенесших ЛХЭ и открытую ХЭ [148, 149, 150], ЛХЭ и МХЭ [151], ЛХЭ и однопортовую ЛХЭ [152, 10, с.1690; 153].

Некоторые авторы изучали отдаленные результаты после перенесенной ХЭ [154,155], в частности наличие абдоминальных болей после оперативного лечения [91, с.8241; 93, с.956; 16, с.3079; 156].

Е. Еураш и соавторы провели сравнение индекса КЖ после открытой ($n = 21$) и ЛХЭ ($n = 158$) через 2, 6 и 8 недель после операции. Авторы использовали опросники GIQLI и QOLI. После 2 и 6 недель отмечалось увеличение индекса КЖ в группе пациентов, перенесших ЛХЭ. Однако, через 8 недель после

операции существенных отличий в КЖ после лапароскопической и традиционной операции исследователи не отмечают [157, 158, 159].

Исследование L. Chen и соавторов (2005) было направлено на оценку и сравнение КЖ у пациентов с ЖКБ, перенесших ЛХЭ (n=25) и открытую ХЭ (n=26). Инструментом для измерения КЖ был опросник GIQLI, опрос проводили до операции и через 2, 5, 10 и 16 недель после оперативного лечения. У пациентов после ЛХЭ наблюдалось значительное достоверное улучшение общего показателя GIQLI в период с 5-й по 16-ю неделю после операции. В группе пациентов с ТХЭ показатель GIQLI был достоверно ниже предоперационного в течение 2 недель после операции и улучшение его в этой группе пациентов наблюдали только через 16 недель после открытой ХЭ. И авторы сделали заключение, что проведение ЛХЭ достоверно быстрее улучшает показатели КЖ после операции, чем открытая ХЭ [148, с.680].

Н.В. Гамгия провел исследование, в котором оценивал результаты хирургического лечения 102 больных после лапароскопической и открытой холецистэктомии в сроки 3, 6 и 12 месяцев. Для оценки КЖ пациентов использовался специфический опросник GIQLI. В своем исследовании автор пришел к заключению, что GI КЖ больных до операции снижен. После ЛХЭ он составил $94,7 \pm 1,4$ балла и после ТХЭ $94,4 \pm 1,1$ балла. В послеоперационном периоде через 3 и 6 месяцев КЖ пациентов после ЛХЭ выше, чем после ТХЭ, а через 1 год после операции у пациентов после традиционной и ЛХЭ, прошедших без осложнений в послеоперационном периоде, существенной разницы в GI КЖ не наблюдается [104, с.68].

L.N. Hsueh и др. (2011) провели проспективное когортное исследование в Тайване, в котором давали оценку в прогнозе факторов, связанные с КЖ пациентов после ЛХЭ (259 больных) и ТХЭ (38 больных). Период наблюдения составил с февраля 2007 г. по ноябрь 2008 года. КЖ пациентов оценивали перед операцией, через 3 и 6 месяцев после оперативного вмешательства, при помощи опросников GIQLI и SF-36. Показатели КЖ пациентов значительно улучшились через 3 и 6 мес. после оперативного лечения. Наибольшее улучшение результатов показала группа пациентов, перенесенных ЛХЭ. Авторы пришли к выводам, что КЖ пациентов после хирургического вмешательства во многом зависит от состояния здоровья пациентов перед операцией [149, с.287].

В 2012 году E. Matovic и соавторы провели проспективное исследование 120 пациентов, в котором сравнивали результаты ЛХЭ и ТХЭ. Опрос пациентов проводился с помощью опросника GIQLI за 2 недели до операции и через 2, 5 и 10 недель после операции. В результате исследования, авторы выяснили что, показатели КЖ пациентов через 2 и 5 недель после операции достоверно выше в группе ЛХЭ по сравнению с группой после открытой ХЭ. После 10 недель обе группы не имели достоверных различий в GI. Данное исследование подтвердили преимущества ЛХЭ-техники по сравнению с открытой ХЭ [150, с.99].

V. Wanjura и др. в 2014 году изучали КЖ в отдаленные сроки после ХЭ. В исследовании приняли участие 627 пациентов, перенесших ЛХЭ (524

пациента), открытую ХЭ (60 пациентов) и 43 пациента, у которых была начата ЛХЭ и перешла в открытую ХЭ. Оценка КЖ осуществлялась с помощью вопросника GIQLI через 49 месяцев после хирургического вмешательства. Результаты исследования анализировались, учитывая возраст, пол, вредные привычки и технику выполнения операции. В своем исследовании авторы пришли к выводам, что женщины, имеющие жалобы на боли в области желчного пузыря в анамнезе имеют низкие показатели КЖ после ХЭ, а также имеют большой риск развития болевого синдрома [16, с.3080].

В этом же году Lamberts M. P. с соавторами исследовали КЖ 126 из 197 пациентов, перенесших ХЭ по поводу ЖКБ после 5 летнего наблюдения. Анкетирование проводили с помощью опросника GIQLI. Отсутствие жалоб на билиарные боли у 60,3% пациентов. Улучшение состояния наблюдалось у 89,7% пациентов в сравнении с дооперационным периодом и 90,5% пациентов были удовлетворены результатами ХЭ [92, с.957].

Э.И. Митушева и соавторы (2015) изучали состояние гепатопанкреатобилиарной системы и КЖ пациентов после ХЭ. Были обследованы 88 пациентов через 5 лет после перенесенной операции, и выполнены общий анализ и биохимическое исследование крови, определение концентрации глюкозы крови натощак, фиброэзофагогастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фракционное дуоденальное зондирование, фекальный эластазный тест. Оценка КЖ проводилась по двум опросникам MOSSF-36 и GIQLI. По результатам исследования у 56 (63,6%) больных был выявлен дуоденогастральный рефлюкс, у 21 (23,8%) - дивертикулы двенадцатиперстной кишки, у 9 (10,2%) - рефлюкс-эзофагит. Снижение содержания панкреатической эластазы-1 в кале обнаружено у 37 (42%) пациентов. По данным фракционного дуоденального зондирования преобладал гиперсекреторный тип желчеотделения, у 40 (45,5%) - гипотонус сфинктера Одди, у 48 (54,5%) - гипертонус сфинктера Одди.

В своем исследовании сделали вывод, что КЖ после экстренной ХЭ повышается по всем показателям, после плановой ХЭ при латентном течении ЖКБ, КЖ снижается как через 1 год, так и через 5 лет после операции. После плановой ХЭ с симптомным течением ЖКБ, КЖ улучшается, но через 5 лет показатели возвращаются к предоперационному уровню. После ХЭ у больных выявляются различные изменения в органах гепатопанкреатобилиарной системы, что значительно снижают КЖ пациентов [160].

В 2015 году Sulu B. и др. сравнивали КЖ 30 пациентов после однопортовой ЛХЭ и стандартной ЛХЭ. Оценка КЖ проводили с помощью опросника MOS SF-36 и GIQLI в дооперационном периоде и спустя 3 месяца, а также визуально-аналоговую шкалу в первый и седьмой день после операции. В результате авторы не нашли статистически значимых различий между группами по всем шкалам здоровья опросника MOS SF-36 и визуально-аналоговой шкале. По опроснику GIQLI обе группы продемонстрировали увеличение показателей КЖ по истечении 12 недель, и авторы пришли к

выводам, что однопортовая ЛХЭ не имеет особых преимуществ по сравнению с классической ЛХЭ [153, с.472].

В 2016 году V. Wanjura и др. провели сравнение пациентов, перенесших ХЭ 4 года назад (n=451) и группой сравнения (n=390) из фоновой популяции. КЖ оценивали при помощи опросника GIQLI и шкалы EQ-5D. Показатели КЖ у основной группы по результатам шкалы EQ-5D были выше, чем у группы сравнения, авторы связывают это с тем, что шкала не является специфической в плане оценки гастроинтестинальных симптомов. И наоборот, КЖ по результатам опросника GIQLI, у основной группы имело более низкие показатели, в сравнении с группой из фоновой популяции, а именно, больший риск возникновения гастроинтестинальных симптомов [17, с.87].

На основании анализа литературных данных по вопросу изучения КЖ больных с калькулезным холециститом можно сделать вывод, что число больных с ЖКБ не имеет тенденции к снижению, соответственно увеличивается количество операций и частота осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. Малочисленность работ казахстанских ученых в изучении КЖ пациентов с ЖКБ и отсутствие работ в отечественной литературе, посвященные изучению с помощью специализированного опросника GIQLI, стало предпосылкой для проведения настоящего исследования.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Дизайн исследования

Исследование состоит из 2 проспективного и ретроспективного этапов. Группа для проспективного исследования была проанкетирована до оперативного вмешательства, и после через 6 и 12 месяцев, в 3 больницах города Караганды - Областная Клиническая Больница, Областной Медицинский Центр и Городская Больница №1. Ретроспективная группа включала пациентов Карагандинской и других областей Казахстана, прооперированных в период с 2013 по 2015 год. Дизайн исследования представлен на рисунке 1.

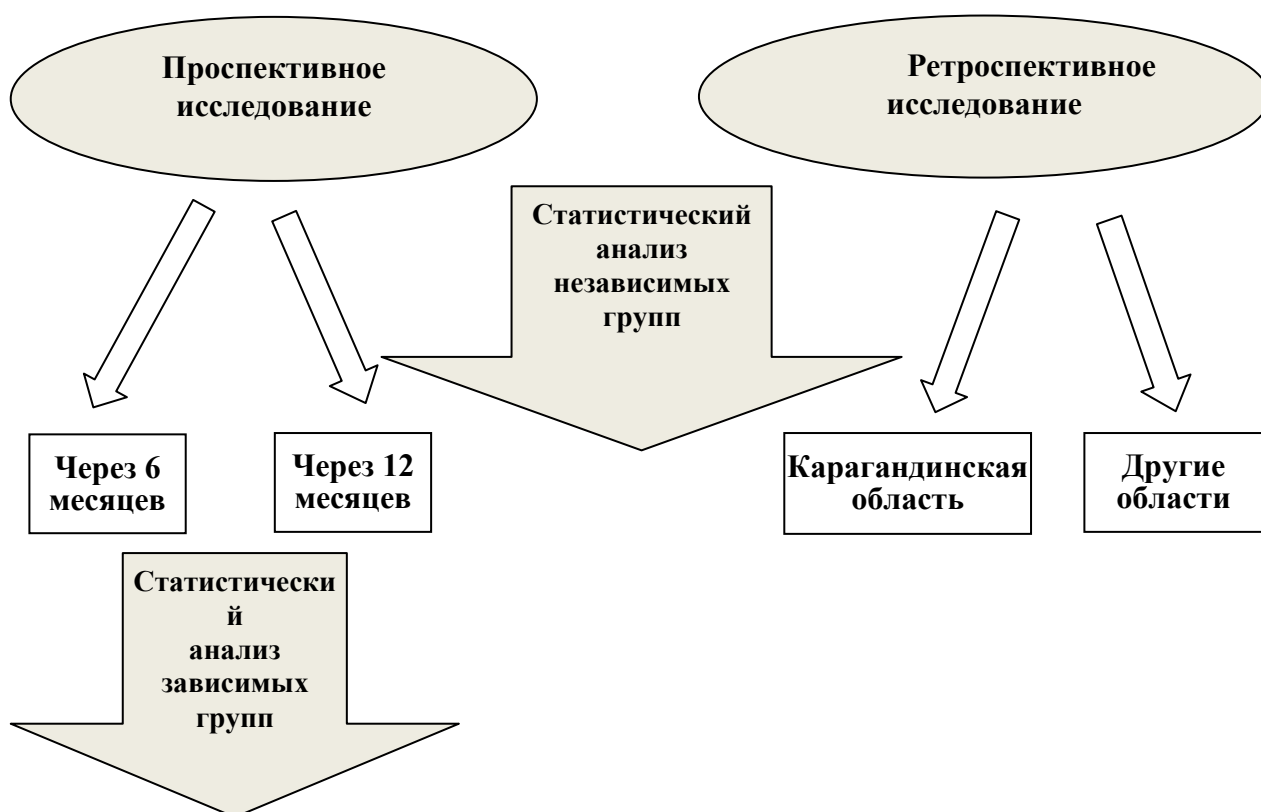


Рисунок 1 - Дизайн исследования

2.1.1 Ретроспективная группа

Всего было отобрано 650 пациентов по Казахстану. Ответы мы получили от 259 (39,8%) пациентов, среди которых 88 человек ответили по почте (бумажный вариант) и 171 пациент ответили по телефону. Не получили ответа от 391 пациента, из них 72 (11,1%) было возврата (не точный адрес или человек не проживает по данному адресу) и 319 (49,1%) человек не ответили на письма с анкетами (рисунок 2).

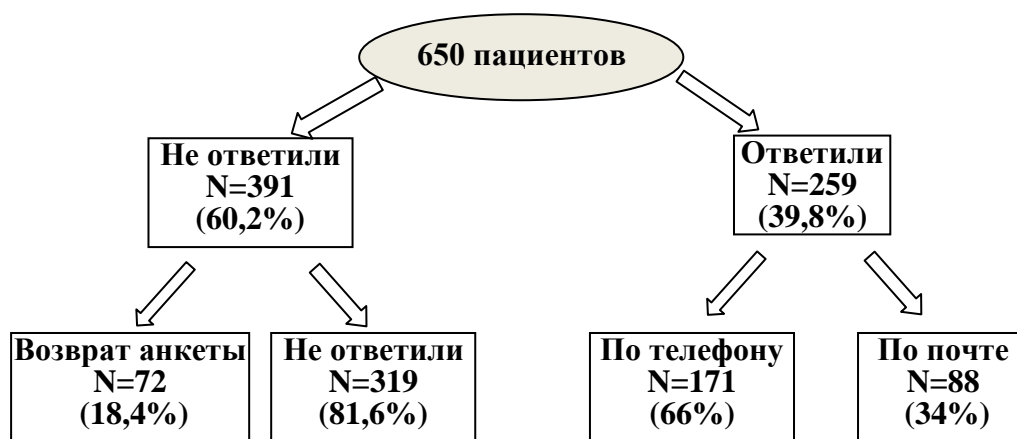


Рисунок 2 - Дизайн ретроспективной группы

Распределение ретроспективной группы пациентов, перенесших оперативное вмешательство в промежутке с 2013 по 2015 год в различных регионах Казахстана (Акмолинская, Актюбинская, Алматинская, Атырауская, Западно-Казахстанская, Жамбылская, Карагандинская, Костанайская, Кызылординская, Мангистауская, Южно-Казахстанская, Северо-Казахстанская, Павлодарская и Восточно-Казахстанская) представлено на рисунке 3.

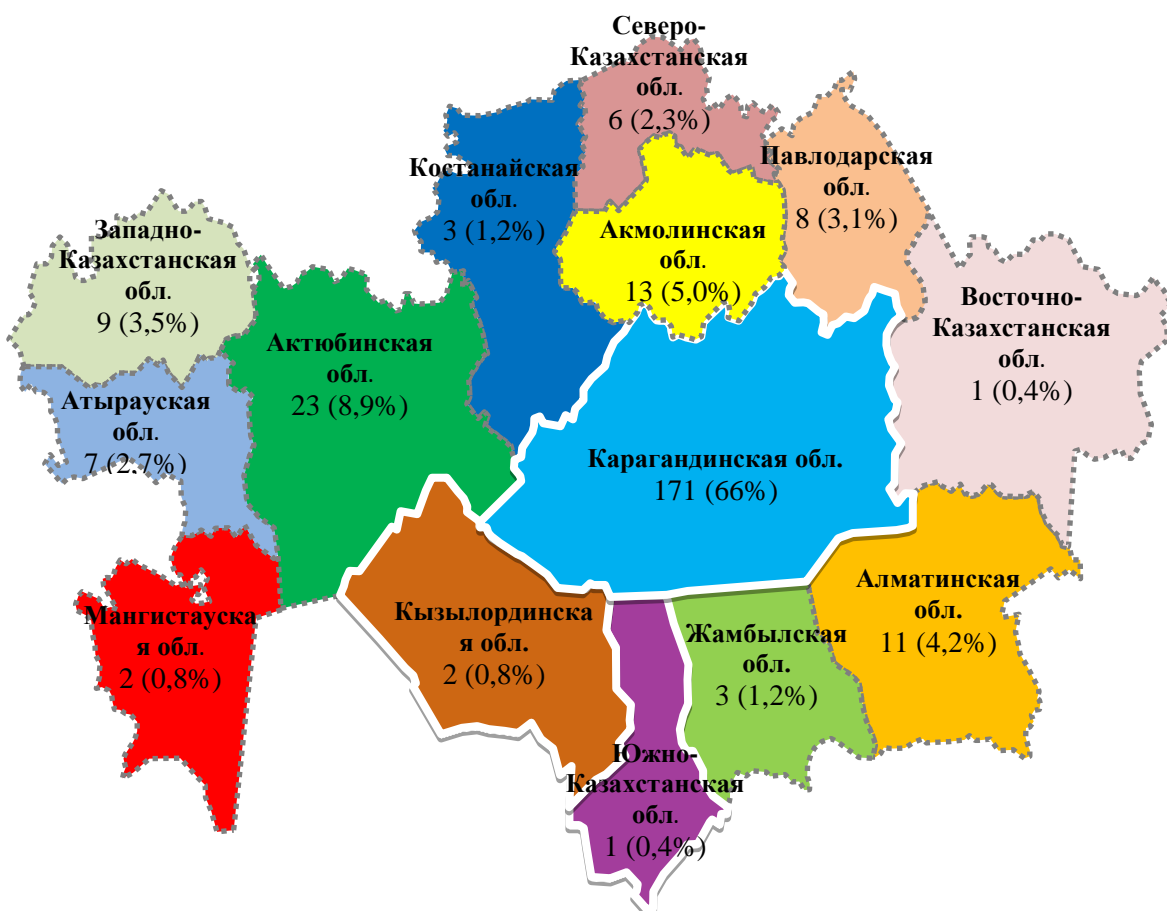


Рисунок 3 - Распределение пациентов ретроспективной группы по областям Казахстана

2.1.2 Проспективная группа

В проспективное исследование было включено 382 пациента, перенесших холецистэктомию в период с 2016 по 2017 год в 3 больницах города Караганды - Областная Клиническая Больница, Областной Медицинский Центр и Городская Больница №1. У 382 пациентов первое анкетирование было проведено до оперативного вмешательства, затем уровень КЖ был проанализирован у 118 (30,9%) пациентов из 382 через 6 месяцев и у 85 (22,3%) пациентов из этого числа через 12 месяцев после холецистэктомии.

Через 6 месяцев из 382 проанкетированных пациентов письма отправили 180 (47,1%) пациентам, из них ответили на анкету 118 человек, не ответили 58 человек, и вернулось 4 письма с указанием «не точный адрес» и «нет почтового ящика». Со 153 (40,0%) пациентами не смогли связаться по причине: 1. Не указан точный адрес проживания; 2. Не проживают по указанному адресу; 3. При заполнении анкеты не указали полное Ф.И.О.; 4. Не указан контактный номер. Отказались пройти повторное анкетирование через 6 месяцев 40 (10,5%) пациентов и были проанкетированы, но не были оперированы 9 (2,4%) человек.

При анкетировании на отрезке 12 месяцев из 176 отобранных человек, которым отправили письма на отрезке 6 месяцев, анкеты отправили 126 пациентам и на повторное анкетирование через 12 месяцев ответили 85 человек. Ответ по почте мы получили от 71 человека, ответили по WhatsApp 14 человек, отправили письма, но не получили ответа 39 пациентов и 2 возврата. При этом на все 3 анкеты (до операции, через 6 и 12 месяцев после ХЭ) ответили 52 респондента и 33 ответили на 2 анкеты (до операции и через 12 месяцев после ХЭ). Не ответили на повторное анкетирование 50 человек, из них с 40 пациентами не смогли связаться по причинам (сменили адрес проживания или сменили номер телефона) (рисунок 4).



Рисунок 4 - Дизайн проспективной группы

2.2 Клиническая характеристика больных

2.2.1 Ретроспективная группа

Сроки от момента операции до анкетирования у ретроспективной группы составили от 0,7 до 4,1 лет. Количество пациентов перенесшие операцию «менее 2 лет» составило 149 (57,5%) и «более 2 лет» 110 (42,5%).

Перед началом исследования получено положительное решение Комитета по биоэтике КГМУ г. Караганда (протокол № 98 от 02.09.2016 года, присвоенный номер № 239 (Приложение Б). Все пациенты дали добровольное информированное согласие в соответствии международными этическими требованиями ВОЗ, Хельсинской декларации всемирной медицинской ассоциации.

Большую часть исследуемых пациентов составили женщины 183 (70,7%), что в 2,4 раза больше мужчин 76 (29,3%).

Средний возраст ретроспективной группы составил $51,7 \pm 13,3$ лет. Распределение пациентов ретроспективной группы по следующим возрастным категориям представлено в таблице 1.

Таблица 1 - Распределение пациентов по возрасту

| Число больных | Возраст в годах | | | | | | | | | |
|------------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| | 20- 25 | 26- 30 | 31- 35 | 36- 40 | 41- 45 | 46- 50 | 51- 55 | 56- 60 | 61- 64 | Старше 64 |
| абсолютное | 5 | 13 | 14 | 23 | 34 | 34 | 26 | 34 | 22 | 54 |
| % | 1,9 | 5,0 | 5,4 | 8,9 | 13,1 | 13,1 | 10,0 | 13,1 | 8,5 | 20,8 |

Из таблицы видно, что большинство оперированных пациентов были в возрастном промежутке от 41 года до 60 лет - 128 (49,3%) и старше 64 – 54 (20,8%).

Выбор хирургического доступа проводился с учетом сопутствующих заболеваний и противопоказаний. Распределение пациентов групп в зависимости от вида проведенной операции (рисунок 5).

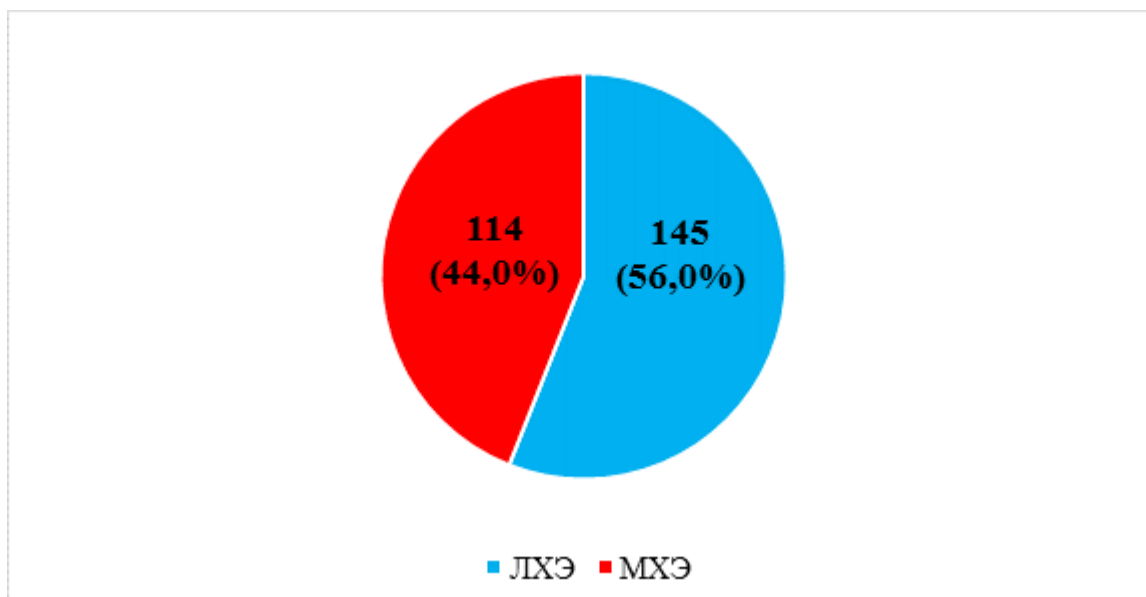


Рисунок 5 - Вид операции в ретроспективной группе

Из таблицы 2 видно, что наиболее часто используемый вид хирургического доступа при холецистэктомии - это лапароскопический.

Распределение больных в зависимости от изменений желчного пузыря - с ХКХ 44 (17,0%) и большая часть пациентов была с острым калькулезным холециститом (ОКХ) 215 (83,0%). Экстренный тип госпитализации был у 176 (68,0%) и плановый у 83 (32,0%).

Также пациенты были поделены в зависимости от двигательной активности - передвигается по квартире -18 (7%) и передвигается в городе – 241 (93,0%). Распределение пациентов проводили и по семейному статусу – имеют семью 207 (79,9%) человек, нет семьи у 23 (8,9%) и другое - 29 (11,2%).

Продолжительность нахождения в стационаре менее 5 суток – 35 (13,5%), от 5 до 7 суток 131 (50,6%), от 8 до 10 суток 54 (20,9%) и свыше 10 суток 39 (15,0%) пациентов.

2.2.2 Проспективная группа

Перед началом исследования получили одобрение Комитета по биоэтике КГМУ г. Караганда (протокол № 98 от 02.09.2016 года, Приложение Б).

Критерии включения: взрослые, старше 18 лет, пациенты с диагнозом калькулезный холецистит, согласие на ХЭ.

Критерии исключения: онкологические заболевания, психические заболевания, инфекционные заболевания, заболевания крови, острая хирургическая патология (кроме калькулезного холецистита), декомпенсированные состояния печеночной и почечной недостаточности, сердечно-сосудистой патологии, дыхательной недостаточности, гепатиты.

Из 382 пациентов большую часть составили женщины 289 (75,7%) и мужчины - 93(24,3%), преобладание женщин над мужчинами, соотношение женщин и мужчин в проспективной группе составило 3:1.

Таблица 2 - Распределение пациентов по возрасту

| Число больных | Возраст в годах | | | | | | | | | |
|------------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| | 20- 25 | 26- 30 | 31- 35 | 36- 40 | 41- 45 | 46- 50 | 51- 55 | 56- 60 | 61- 64 | Старше 64 |
| абсолютное | 11 | 20 | 29 | 33 | 32 | 35 | 59 | 59 | 39 | 65 |
| % | 2,9 | 5,2 | 7,6 | 8,6 | 8,4 | 9,2 | 15,4 | 15,4 | 10,2 | 17,0 |

Из представленной таблицы 2 видно, что довольно большую часть составили пациенты в возрасте от 51 до 64 лет – 157 (41%) и старше 64 лет – 65 (17,0%). Средний возраст пациентов составил $60,3 \pm 1,8$ года.

ОКХ был диагностирован у 279 (73,0%) пациентов, а ХКХ у 103 (27,0%).

В зависимости от типа госпитализации пациенты были распределены - экстренный тип госпитализации был у 280 (73,3%) и плановый - у 102 (26,7%).

Распределение пациентов в зависимости от вида оперативного вмешательства представлено в рисунке 6.

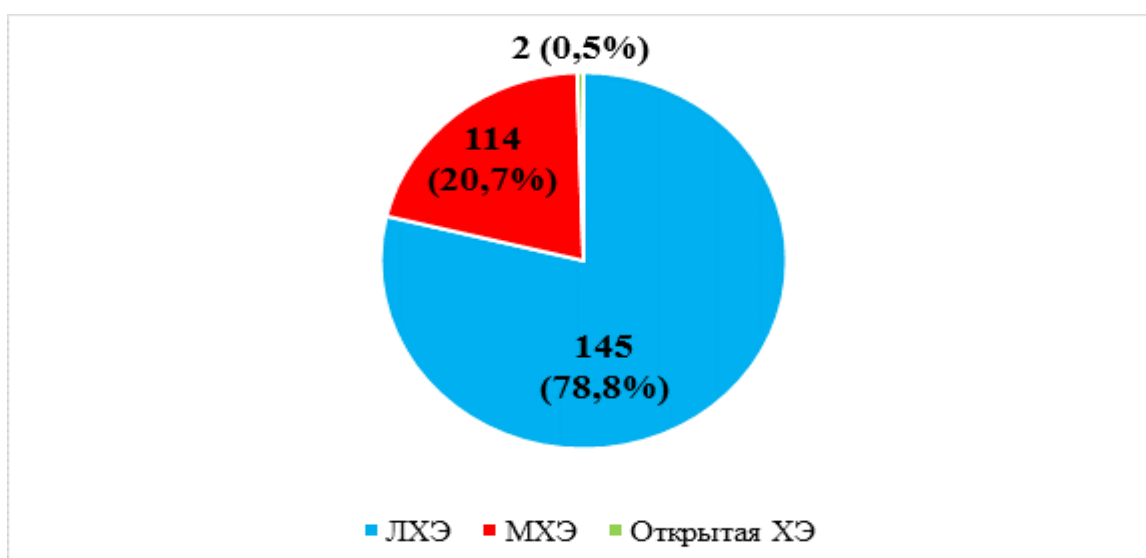


Рисунок 6 - Вид операции в проспективной группе

Из вышеуказанного рисунка видно, что наиболее часто используемый вид ХЭ - это лапароскопический.

Также пациенты в группе были поделены в зависимости от двигательной активности – постельный режим - 12 (3,1%); передвигается по квартире - 75 (19,6%) и передвигается в городе – 295 (77,2%).

Распределение больных проводили и по семейному статусу – в браке состоят 287 (75,1%) человек; не в браке - 41 (10,7%) и другое - 54 (14,1%).

Основные сопутствующие заболевания в проспективной группе были представлены следующими патологиями: гипертоническая болезнь,

ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, ожирение, язвенная болезнь желудка, пиелонефрит и другие.

Распределение пациентов в зависимости от сопутствующих заболеваний указано в таблице 3. Одно сопутствующее заболевание было у 86 (22,5%) пациентов, два сопутствующих заболевания было у 64 (16,8%) и три сопутствующих заболеваний имели 27 (7,1%) пациентов.

Таблица 3 - Распределение пациентов по сопутствующим заболеваниям

| Сопутствующие заболевания | Группа больных | |
|----------------------------|----------------|------|
| | абс. | % |
| Артериальная гипертензия | 130 | 34 |
| Сахарный диабет | 24 | 6,3 |
| Ожирение | 14 | 3,7 |
| Язвенная болезнь | 3 | 0,8 |
| Пиелонефрит | 9 | 2,4 |
| Мочекаменная болезнь | 2 | 0,5 |
| Ишемическая болезнь сердца | 82 | 21,5 |
| Другое | 26 | 6,8 |

Для изучения и оценки ближайших и отдаленных результатов у пациентов анализировались такие показатели как время операции, послеоперационные и интраоперационные осложнения, вид анестезии (внутривенный наркоз, спинномозговая, эпидуральная анестезия или эндотрахеальный наркоз), исход заболевания, время от начала заболевания (для экстренных больных), вредных привычек и социального статуса.

Все пациенты были распределены в зависимости от длительности операции: меньше 1 часа - 141 (37,0%); 1-3 часа – 235 (61,7%) и больше 3 часов – 5 (1,3%).

У основной части больных 373 (97,6%) холецистэктомия прошла без интраоперационных осложнений, нагноение у 1 (0,3%), внутрибрюшное кровотечение у 1 (0,3%), перитонит у 1 (0,3%), желтуха у 3 (0,8%) и другое у 3 (0,8%).

Все 382 пациента были обезболены путем эндотрахеального наркоза.

В 382 (100%) случаях исход заболевания закончился выздоровлением.

Наличие вредных привычек не отрицали 348 (91,1%) пациентов и отсутствие вредных привычек зафиксировано у 33 (8,6%) человек.

При поступлении в стационар все пациентам проводили стандартный план клиничко-инструментального обследования: Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, клинический анализ мочи, коагулограмма, УЗИ брюшной полости, рентгенография грудной клетки, ЭКГ, эзофагогастродуоденоскопия.

Ультразвуковому исследованию придается особое значение в диагностике заболевания, поскольку исходя из него определяется метод хирургического лечения.

2.2.3 Группа сравнения (пациенты из Швеции)

Для сравнения КЖ пациентов двух стран Казахстана и Швеции, из базы данных из шведских клиник, включающей 1057 пациентов были отобраны 448 пациентов, перенесших ХЭ, в сроки с 02.01.2002 по 26.12.2004 год в возрасте от 20 и старше лет. Анкетирование пациентов проводили в период с 21.02.2007 по 14.12.2008 год.

Из 448 пациентов женщины составили 325 (72,5%) и мужчины 123 (27,5%).

Возраст респондентов самый молодой - 21 год и самый старший - 76 лет. Средний возраст составил $51,82 \pm 13,3$ года.

В зависимости от диагноза пациенты были распределены следующим образом (рисунок 7).

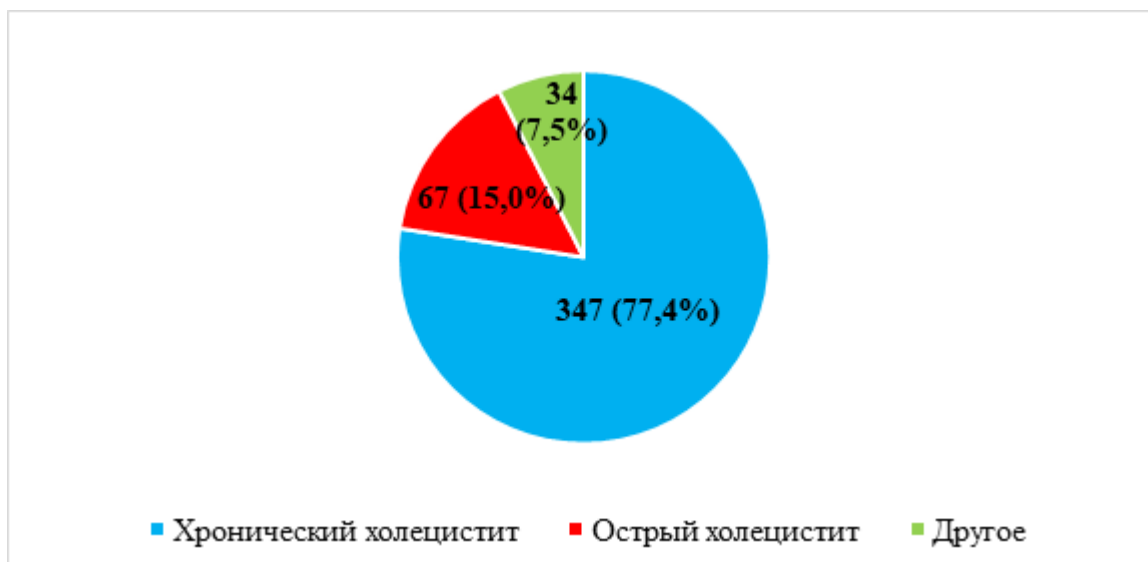


Рисунок 7 - Распределение пациентов в зависимости от диагноза

В плановом порядке поступили 368 (82,1%), в экстренном 78 (17,4%) и не указанный параметр 2 (0,4%) пациента.

Большая часть пациентов - 388 (86,6%) перенесли ЛХЭ, после открытой ХЭ было 34 (7,6%) пациента и конверсия у 26 (5,8%).

Отсутствие сопутствующих заболеваний было у 364 (81,3%), 69 (15,4%) пациентов были с сопутствующими заболеваниями, с не указанным параметром 15 (3,3%).

Количество респондентов с начальным образованием 158 (35,3), со средним 171 (38,2%), с высшим образованием 109 (24,3%) и пропущено 10 (2,2%).

Наличие такой вредной привычки как курение не отрицают 61 (13,6%)

человек, не имеют подобной привычки 304 (67,9%), курящие ранее 79 (17,6%) и пропущено 4 (0,9%).

2.3 Исследование качества жизни пациентов

При анкетировании ретроспективной группы пациентов мы официально отправляли запрос №7-7161 от 26.10 2016 года в Республиканский Центр Развития Здравоохранения (РЦРЗ) для получения реестра прооперированных больных по поводу ХЭ в областных медицинских центрах и больницах за 2013-2015 года по всему Казахстану. После официального разрешения (№ 01-1984 (010539) от 28.10.2016 года, Приложение В) нам был предоставлен список пациентов в электронном виде. Пациентов отбирали по наличию полного адреса проживания, а также по паспортным данным с помощью телефонного справочника звонили пациентам, проводили подробную беседу о целях и важности проводимой работы и уточняли адрес проживания. По почте отправляли анкету, сопроводительное письмо и обратный конверт с марками. По Карагандинской области, дополнительно, анкетирование проводили путем интервьюирования по телефону. Ретроспективная группа пациентов заполняли только опросник GIQLI. После получения ответов анкеты подвергались анализу.

При анкетировании проспективной группы с каждым пациентом проводилась подробная беседа о целях и важности проводимой работы. Пациенты этой группы заполняли две анкеты - опросник GIQLI и опросник SF-36. В правилах о заполнения анкеты мы просили пациентов указать их точный адрес проживания и номер домашнего или сотового телефона для последующей связи с пациентами. Далее анкеты раздавались пациентам до операции, они самостоятельно знакомились и заполняли анкеты, после этого анкеты собирались и подвергались анализу. Следующими отрезками повторного анкетирования пациентов были 6-й и 12-й месяц после проведенной операции. Сбор сведений проводился согласно желанию пациента путем интервьюирования по телефону или опросники отправляли по почте на адрес проживания пациента. Подсчет заполненных анкет для каждого больного проводили путем суммирования баллов в каждой точке исследования: до операции, через 6 месяцев и через 12 месяцев.

Оценку КЖ пациентов проводили с помощью международных опросников GIQLI и SF-36. Поскольку опросник GIQLI специфичен для гастроинтестинальной хирургии и является признанным инструментом для оценки КЖ пациентов с различными желудочно-кишечными симптомами. Во многих исследованиях GIQLI используют для оценки КЖ после хирургического лечения больных ЖКБ. Данный опросник позволяет оценивать физическое и эмоциональное состояние пациентов, а также и функцию «верхних» и «нижних» отделов ЖКТ. Опросник GIQLI состоит из 36 вопросов, который включает следующие аспекты: выраженность гастроинтестинальных симптомов – Symptom (19 вопросов); эмоциональный компонент – Emotion (5 вопросов); физическая функция Physical Function (7 вопросов); социальная

функция - Social Function (4 вопроса); реакция на лечение Medical Treatment (1 вопрос). Оценка КЖ проводится путем подсчета суммы баллов (от 0 до 4) по всем вопросам, а также возможна суммация баллов для каждого компонента опросника (Приложение Г).

Показатели компонентов рассчитывали не только по стандартному расчету GIQLI, но и по модифицированной методике, предложенной G. Sandblom, [24] в которой автор предложил разделить GIQLI на следующие компоненты: 1. Компонент Physical role (11 вопросов); 2. Компонент Large bowel function (6 вопросов); 3. Компонент Emotional role (8 вопросов); 4. Компонент Upper GIT function (8 вопросов); 5. Компонент Meteorism (3 вопроса).

Опросник SF-36 («SF-36 Health Status Survey») это наиболее распространенный общий опросник для изучения КЖ в популяции и при различных заболеваниях, который позволяет оценивать и отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияют состояние здоровья. Данный опросник прост в понимании и заполнении и обладает необходимыми психометрическими свойствами. Все 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование (РФ, болевые ощущения (БО), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (ЖС), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭ), психическое здоровье (ПЗ). Описание шкал опросника: Physical Functioning (PF) это физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье ограничивает выполнение физических нагрузок (ходьба, подъем по лестнице, самообслуживание и т.п.). Role-Physical (RP) – физическое состояние, которое влияет на ролевое функционирование (работу, повседневная деятельность). Body Pain (BP) – интенсивность боли, а также ее влияние на занятие повседневными делами, включая работу по дому и вне дома. General Health (GH) – состояние общего здоровья и самооценка больным своего здоровья в настоящее время и перспектив лечения. Vitality (VT) – жизнеспособность (ощущение себя полным сил или же наоборот обессиленным). Social Functioning (SF) – социальное функционирование, степень при которой физическое или эмоциональное состояние может ограничивать социальную активность. Role Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование. Mental Health (MH) – состояние и оценка психического здоровья (депрессии, тревоги и т.д.) Шкалы опросника объединены на два компонента: физический (1-4 шкалы) и психический (5-8 шкалы). Максимальное значение показателей шкалы это 100 баллов и минимальное 0 баллов, соответственно, чем выше балл, тем лучше КЖ пациента (Приложение Д).

2.4 Статистическая обработка данных

Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы SPSS Statistics 20.0 (IBM). Для каждого количественного показателя

рассчитывали среднее значение (M), стандартное отклонение (SD), 95% доверительный интервал (CI). Нормальность распределения оценивали с помощью теста Колмогорова-Смирнова. Оценка различий в независимых группах проводилась с помощью дисперсионного анализа ANOVA и непараметрического критерия Уилкоксона-Манна-Уитни. Оценка статистической значимости различий (p) между зависимыми группами проводилась с использованием непараметрического метода – критерий Уилкоксона и критерия Фридмана для k-зависимых групп. Статистически значимыми считались различия $p < 0,05$. Для определения влияния различных факторов на развитие низкого уровня КЖ рассчитывали относительный риск (RR). Условно за низкий уровень КЖ принят интегральный показатель - GIQLI overall менее 72 баллов, что составил 50% и меньше от максимального уровня. Значения показателя отношения рисков (RR) равные 1 – принимали за отсутствие связи между фактором и исходом, при значениях более 1 считали, что данный фактор повышает вероятность исхода, а при значениях менее 1 – снижает вероятность.

3 КУЛЬТУРНАЯ И ЯЗЫКОВАЯ АДАПТАЦИЯ И ВАЛИДАЦИЯ ОПРОСНИКА GIQLI

Перевод, языковая и культурная адаптация международного опросника GIQLI, которая проводилась согласно международному золотому стандарту по рекомендациям MAPI Research Trust (Lyon, France) [161]. Схема валидации опросника представлена на рисунке 8.

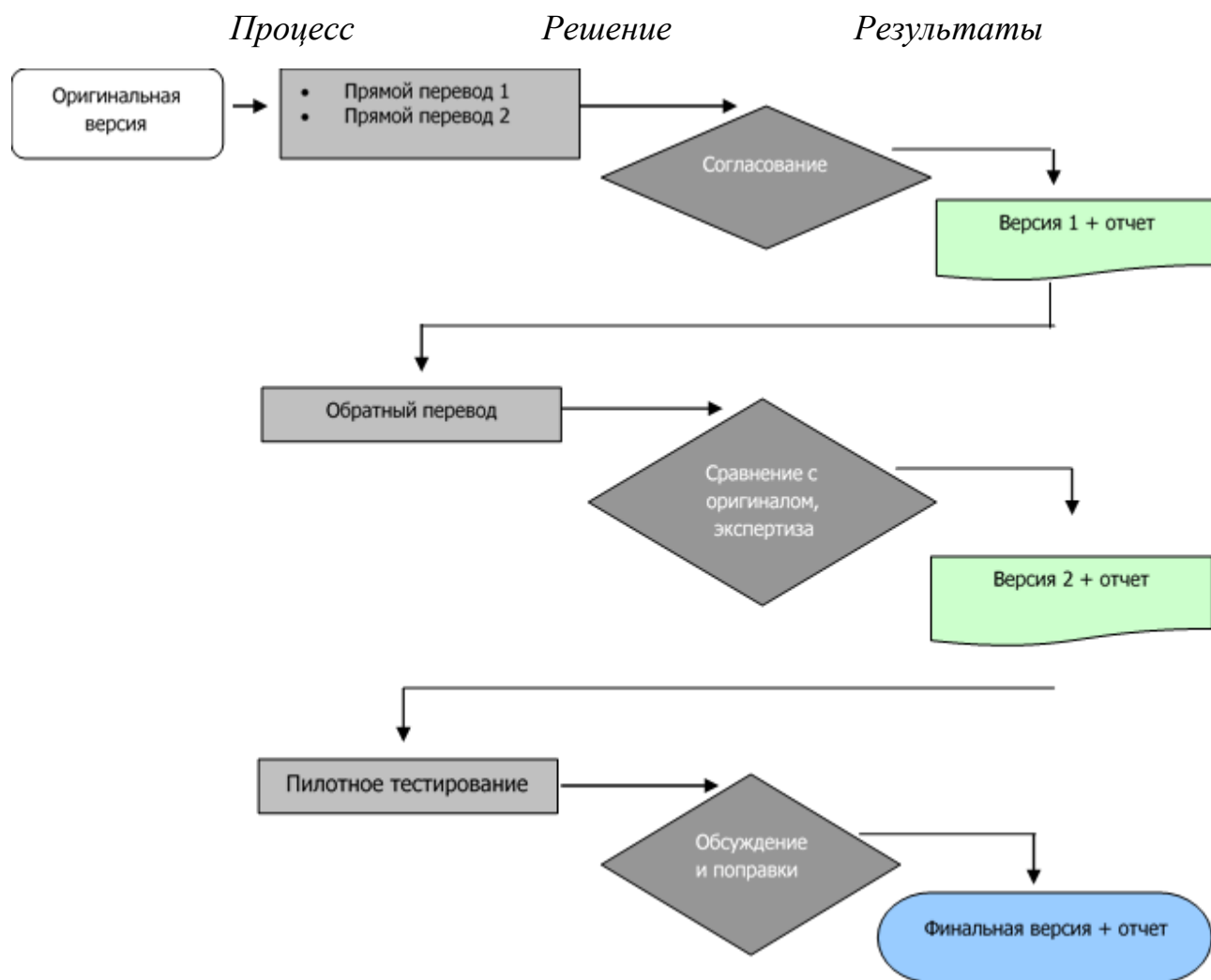


Рисунок 8 - Дизайн валидации опросника [161, с.2]

Перевод опросника включает 3 этапа:

1-й этап – прямой перевод. Это перевод оригинальной анкеты на язык перевода. Язык оригинала, на котором была разработана анкета – немецкий. Иностраный язык, на который переводится анкета, называется язык перевода. Таким образом, прямой перевод может быть охарактеризован как переход из языка оригинала в язык перевода. Перевод осуществлялся двумя профессиональными переводчиками, носителями языка перевода, владеющих также языком оригинала. Создавались две проспективные версии - каждый переводчик делал независимый прямой перевод оригинального текста,

инструкций и вариантов ответа. Оба переводчика и местный менеджер проекта обсуждали перевод и утверждали общую версию (версия 1). В завершении 1 этапа отправлялся отчет, отражающий проблемы перевода и процесс создания первой версии, инструкций и вариантов ответа.

2-й этап - обратный перевод. Это перевод первой версии (версия 1) анкеты на язык оригинала. Перевод осуществлялся профессиональным переводчиком, носителем языка оригинала, владеющего также языком перевода. Переводчик переводил первую версию анкеты, созданную в фазе 1 обратно на язык оригинала. Важное условие – отсутствие доступа к оригинальной версии анкеты. Сравнение обратного перевода с оригинальной версией выполняли «обратный» переводчик и менеджер проекта, чтобы определить какие-либо непонятные моменты, ошибки перевода или неточности в промежуточной версии анкеты. В результате была сформирована вторая версия анкеты (версия 2). На этом этапе лингвистом языка перевода осуществлялось грамматическое и орфографическое редактирование полученной версии. По завершении 2 этапа отправлялся отчет.

3-й этап - тестирование на пациентах. Этот этап включал в себя тестирование переведенной анкеты на пациентах, чтобы определить, насколько она приемлема, достаточно ли понятна, и является ли язык простым и понятным. Полученная в результате второй фазы версия должна быть протестирована минимум с 5 пациентами. Пациенты были носителями языка перевода. Интервьюер, путем беседы лицом к лицу, выяснял есть ли у пациента какие-либо сложности в понимании анкеты и проверял толкование вопросов пациентом. В случае возникновения каких-либо проблем, интервьюер предлагал или проверял альтернативные варианты перевода. По окончании тестирования отправлялись отчеты по интервью, которые отражали количество опрошенных, их возраст, время, которое потребовалось на заполнение анкеты, возникшие трудности, принятые и отклоненные решения. Результатом данного этапа являлось создание окончательной версии анкеты.

При выполнении каждого этапа соблюдались определенные временные рамки - это 2 недели на каждый этап.

3.1 Перевод международного опросника GIQLI на казахский и русский языки

В сентябре 2016 года нами был осуществлен перевод опросника GIQLI на русский и казахский языки с последующей валидацией для оценки КЖ пациентов после ХЭ на территории Республики Казахстан (Приложение Е). Созданы версии опросников на русском и казахском языке, являющимися эквивалентными оригиналу и проведена валидация анкет.

Тест состоит из 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 ГИ, тем выше КЖ пациента. Если сумма баллов менее 120 это может указывать на возможную патологию пищеварительного тракта. По данным некоторых авторов, опросник GIQLI позволяет установить признаки не диагностированных нарушений ЖКТ, которые непосредственно влияют на КЖ пациентов [162].

Перевод на русский и казахский язык был осуществлен в соответствии с международной методологией *Linguistic validation guidelines*. В процессе переводов были созданы тест-версии опросника. Культурная и языковая адаптация тест-версии опросников включала проведение пилотного исследования, в результате которого была оценены приемлемость и доступность русской и казахской тест-версий опросника и создание окончательной версии опросника.

Перевод опросника GIQLI проводился в 3 этапа.

1-й этап – прямой перевод. Перевод на русский и казахский язык опросника проводился двумя профессиональными переводчиками носителями русского языка и двумя профессиональными переводчиками носителями казахского языка независимо друг от друга, которым были даны анкеты на языке оригинала. Язык оригинала опросника GIQLI является немецкий язык. Переводчики являются носителями языка перевода, также владеют языком оригинала. Все они являлись профессиональными переводчиками с высшим лингвистическим образованием. Каждый переводчик сделал независимый прямой перевод оригинального текста, инструкций и вариантов ответа на русский и казахский языки. В ходе работы были получены 2 версии на русском языке и 2 версии на казахском языке. Полученные, в результате перевода, 2 версии на русском языке сравнивали между собой менеджеры проекта и переводчики русского языка, по этой же схеме было проведено сравнение и 2 казахских версий также с участием руководителей проекта и 2 переводчиков казахского языка. Хочется отметить, что оба перевода являются достоверными, общепотребимыми и легки к пониманию. В процессе обсуждения расхождений в переводе были созданы согласованные общие версии анкет на казахском и русском языках (версии 1).

2-й этап – обратный перевод. Согласованные версии (версии 1) были переведены на немецкий язык профессиональными переводчиками - носителями немецкого языка, владеющими языком перевода. Одним из условий обратного перевода являлось отсутствие доступа у переводчиков к оригинальной версии опросника. При обратном переводе анкет с русского и казахского языков на язык оригинала смысловых расхождений в вопросах и ответах, в сравнении с оригинальной анкетой, обнаружено не было, поэтому поправок в русский и казахский вариант не вносили. Результатом этого этапа было получение вторых версий опросников (версии 2). В этот же этап входила экспертиза. Для выполнения экспертизы были наняты лингвист русского языка и лингвист казахского языка, которые осуществляли орфографическое и

грамматическое редактирование. В результате были созданы согласованные версии (версии 2) опросника на русском и казахском языках.

3-й этап – апробация на пациентах. Данный этап необходим для того, чтобы определить приемлемость перевода при помощи интервьюирования небольшого количества пациентов. Проверялись два главных аспекта – эквивалентность пунктов и вариантов ответов в переводе с оригиналом. В тестировании приняли участие всего 12 респондентов, 5 пациентов заполнили анкету на русском языке и 7 пациентов на казахском языке. Обе версии опросников были апробированы на пациентах, которые находились на лечении в Областной Клинической больнице и Областном Медицинском центре г. Караганды. Пациенты были опрошены в период с 01.09.2016 – 14.09.2016 года. Анкетирование пациентов было проведено в случайном порядке, как до оперативного вмешательства, так и после оперативного вмешательства. Пациенты находились на стационарном лечении с диагнозами: острый обструктивный калькулезный холецистит, острый обструктивный флегмонозный холецистит и острый калькулезный холецистит.

Для оценки обратной связи респондентам было предложено ответить на следующие вопросы: 1. Понятно ли Вам для чего проводится данное анкетирование? Да. Нет; 2. Возникали ли трудности при заполнении анкеты? Да. Нет; 3. Есть ли Вопросы, смысл которых Вам не понятен? Нет. Если «Да», то укажите, пожалуйста, номер вопроса? _____; Что именно Вам было не понятно? _____; 4. Чтобы Вы хотели добавить или заменить в данной анкете? 5. Укажите, пожалуйста, сколько времени Вам потребовалось, чтобы ответить на данную анкету? 3 минуты. 10 минут. 15 минут. 20 минут. 25 минут. 30 минут.

При заполнении анкеты на русском языке трудностей не возникло, все 5 (100%) респондентов охарактеризовали вопросы как понятные, ясно и четко сформулированные. Время, потраченное на заполнение анкеты, заняло у 1 (20%) респондента 3 минуты, у 2 (40%) респондентов 10 минут и у остальных 2 (40%) 15 минут.

При заполнении опросника пациентами на казахском языке у 1(14,2%) пациента возникла сложность в понимании некоторых вопросов. У остальных 6 (85,8%) человек проблем при заполнении и в понимании вопросов не возникли. Время для заполнения опросника у 5(71,5%) пациентов заняло от 3 минут до 25 минут, 2 (28,5%) пациентам потребовалось 30 минут. Все респонденты охарактеризовали анкету достаточно понятной и простой в понимании. Вопросы при заполнении анкеты не возникли.

По завершению каждого этапа перевода, отправлялся отчет MAPI institute [<http://www.mapi-research.com>] о проделанной работе и после одобрения приступали к следующему этапу. После окончания 3 этапа был предоставлен отчет MAPI institute, в котором указывалось общее число респондентов, принявших участие в опросе, их возраст, диагноз с которым поступили пациенты, количество времени, потраченное на заполнение анкет, трудности пациентов, возникшие при заполнении и интерпретации опросника, а также

предложенные решения. Итогом послужило создание окончательных версий и было получено официальное разрешение от MAPI Research Trust - международной организации по координации научных исследований в области пациент-ориентированной оценки клинических результатов на использование данных анкет в дальнейшем исследовании (Приложение Ж).

4 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

В этом разделе проведен анализ отдаленных результатов ХЭ после различных способов у больных с калькулезным холециститом. При оценке КЖ ретроспективной группы было изучено влияние таких различных факторов как возраст, пол, время, прошедшее после операции, тип госпитализации, вид операции, характер изменений в желчном пузыре, семейного статуса [163, 164, 165, 166, 167].

4.1 Частота ответов пациентов при анкетировании

Общее количество пациентов, перенёсших ХЭ за 2013-2015 года составило 259 человек, из них 76 мужчин (29,3%) и 183 женщины (70,7%).

Очень интересно посмотреть частоту различных вариантов ответов на вопросы по опроснику. По частоте ответов можно понять, какие симптомы чаще всего встречаются у пациентов после операции.

На 1-й вопрос о наличии болей в животе больше половины пациентов - 52,1% никогда не имели болей, время от времени было 22,4%, редко беспокоили боли 20,5% людей, в основном боли наблюдались у 3,1% и на наличие постоянных болей отмечено у 1,9% пациентов. На 2-й вопрос о наличии постоянного чувства тяжести в верхнем отделе ЖКТ жаловались 1,9%, редко беспокоило чувство тяжести у 22,8% людей, и у 54,4% пациентов отсутствовал этот симптом. На постоянное наличие вздутия живота и газов жаловались – 3,1%. Время от времени вздутие живота беспокоило 13,9% людей и никогда не беспокоило у 58,7% людей. (3 вопрос) Дискомфорт на отхождение газов отрицали 59,5% пациентов, время от времени появлялся дискомфорт при отхождении газов у 16,2% и постоянный дискомфорт тоже у 3,2% людей. (4 вопрос) Постоянно отрыжка беспокоила 1,9% больных и никогда не беспокоила у 68,0% людей. (5 вопрос) На 6-й вопрос о наличии необычных звуках в желудке и кишечнике – отрицают 61,0% и о их постоянном наличии упоминают 1,9% людей. На вопрос о беспокойстве частого стула у пациента, вариант ответа «постоянно» не ответил ни один пациент, а на вариант «никогда» ответили 60,2% людей. (7 вопрос) Постоянно отказывались от еды – 3,9%, время от времени 46,7% людей и никогда не отказывались от еды – 17,8%. (9 вопрос) В 11-ом вопросе 66,8% отрицали грусть из-за болезни и наличие постоянной грусти было 2,3% пациентов (рисунок 9).

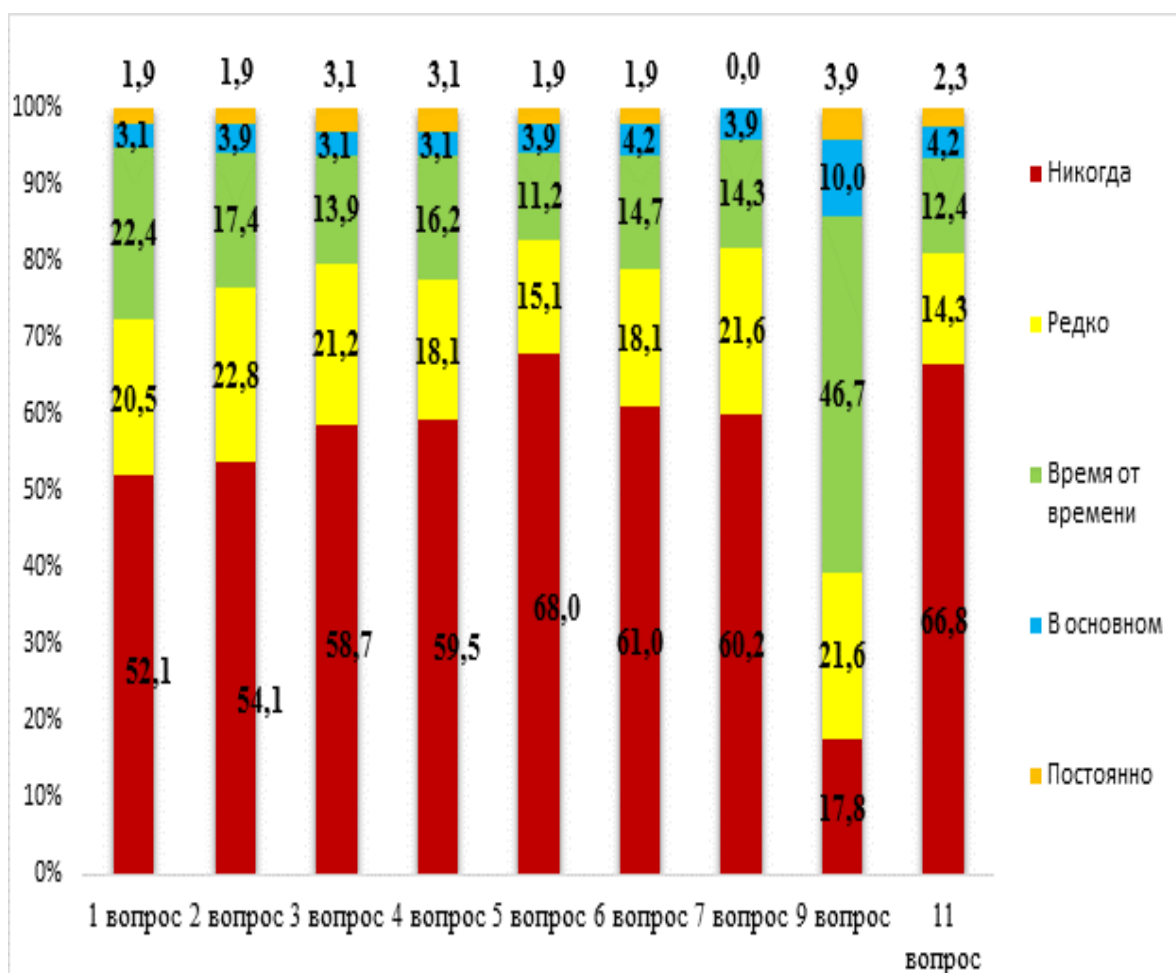


Рисунок 9 – Распределение вариантов ответов с 1 по 7 вопрос, 9 и 11 вопросы

Удовольствие от приема пищи было у 45,2%, 13,1% получали удовольствие от приема пищи время от времени и редко – 8,1%. В вопросе довольны своей жизнью, «никогда» ответили 1,2%, 20,1% ответили «в основном» и «постоянно» 63,3% людей. О возможности заниматься своими повседневными делами (например, работа, школа, домашнее хозяйство – «постоянно» ответили 61,8%, «в основном» 22,8% и всего 0,4% ответили «никогда». Постоянно заниматься своим обычным досугом (хобби, спорт и т.д.), как и раньше могли 49,0% людей, в основном могли 23,9% и никогда не могли заниматься своим обычным досугом, как и раньше 2,3% людей (рисунок 10).

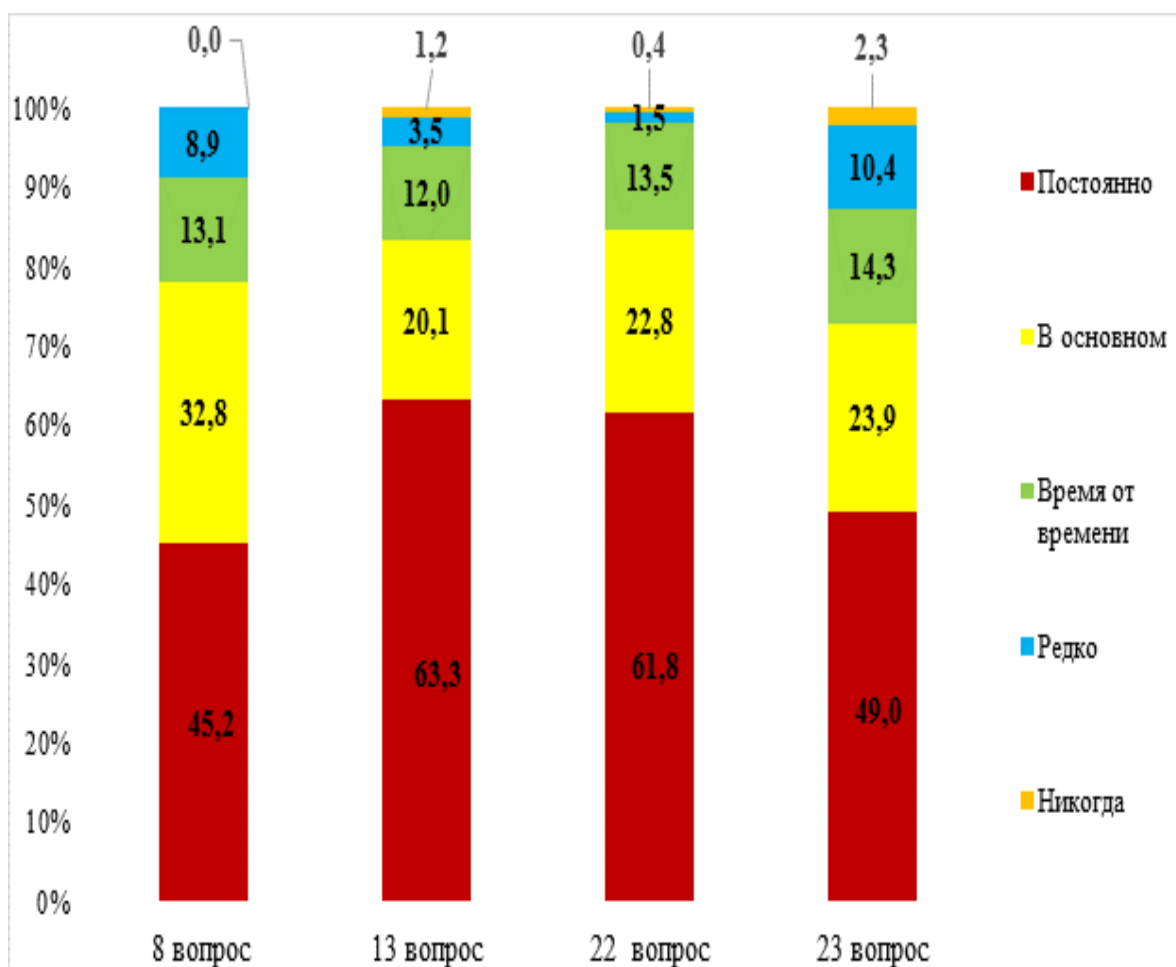


Рисунок 10 – Распределение вариантов ответов в вопросах 8, 13, 22 и 23

Постоянный страх из-за болезни ощущали 3,5% людей и никогда 64,5% людей. В 14-ом вопросе о наличии опустошения и несчастья отметили 1,5% людей и об их отсутствии ответили 75,7%. Уставшими и изнеможёнными чувствовали себя 1,9% и никогда себя так не чувствовали 56,4% людей. Постоянно плохо себя чувствовали 1,9% людей и о том, что не чувствовали себя плохо ответили 54,1%. Чувствовали себя ущемленными в чем-либо из-за медицинского обследования 0,8% людей и никогда не чувствовали себя ущемленными 79,9% людей. Дискомфорт во рту из-за поступления жидкостей или пищи не ощущали 74,1% людей, время от времени ощущали 12,0% и у 1,9% людей постоянно ощущали дискомфорт во рту из-за поступления жидкостей или пищи. Ощущали дискомфорт из-за медленного принятия пищи «постоянно» не ответил ни один человек, «редко» ответили 13,5% людей и никогда не ощущали дискомфорт, ответили 76,8% людей (рисунок 11).

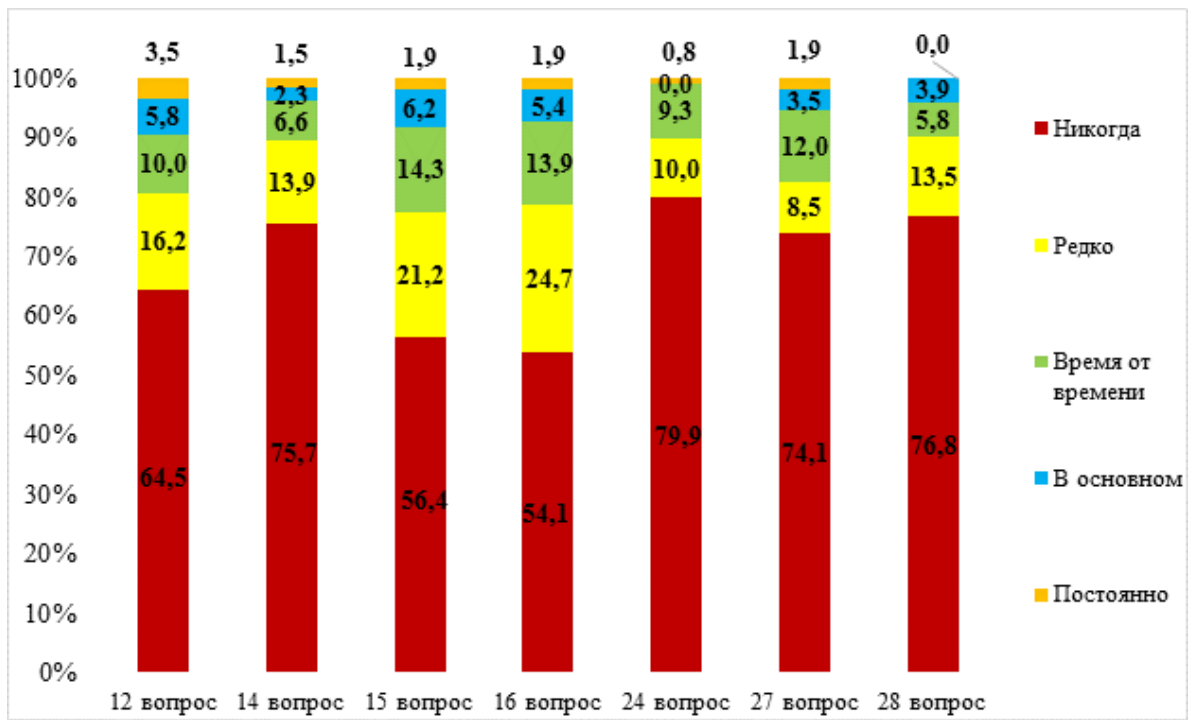


Рисунок 11 – Распределение вариантов ответов с 12 по 16 вопрос, 24, 27 и 28 вопросы

В течение одной недели каждую ночь неожиданно просыпались 4,2%, 5-6 ночей 2,7% людей и никогда 60,6% (рисунок 12).

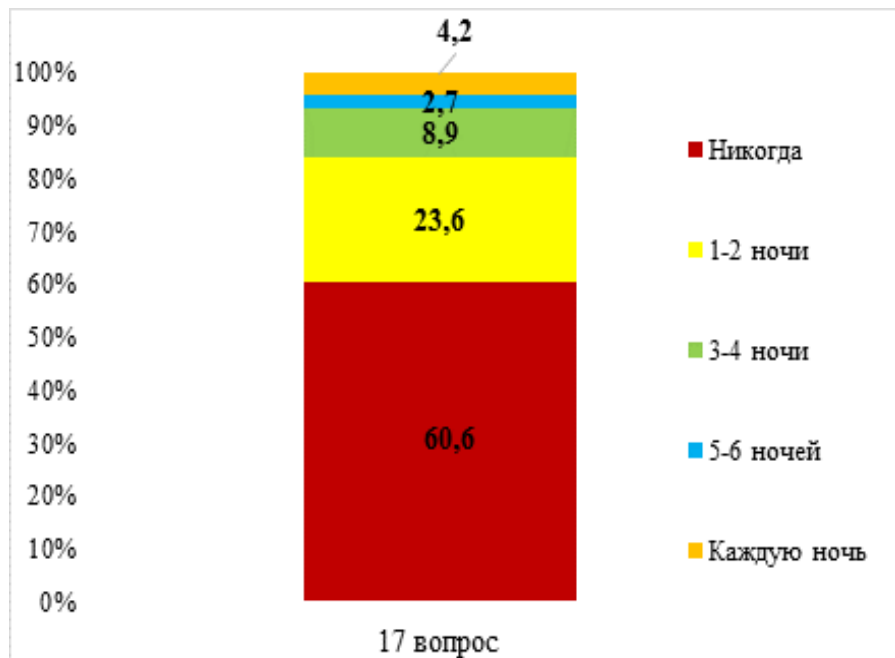


Рисунок 12 – Распределение вариантов ответов в 17 вопросе

Отличная реакция на повседневный стресс была у 6,6%, хорошая у 32,8%, у большей части людей реакция была умеренной – 48,3% и очень плохой у 1,2% людей (рисунок 13).

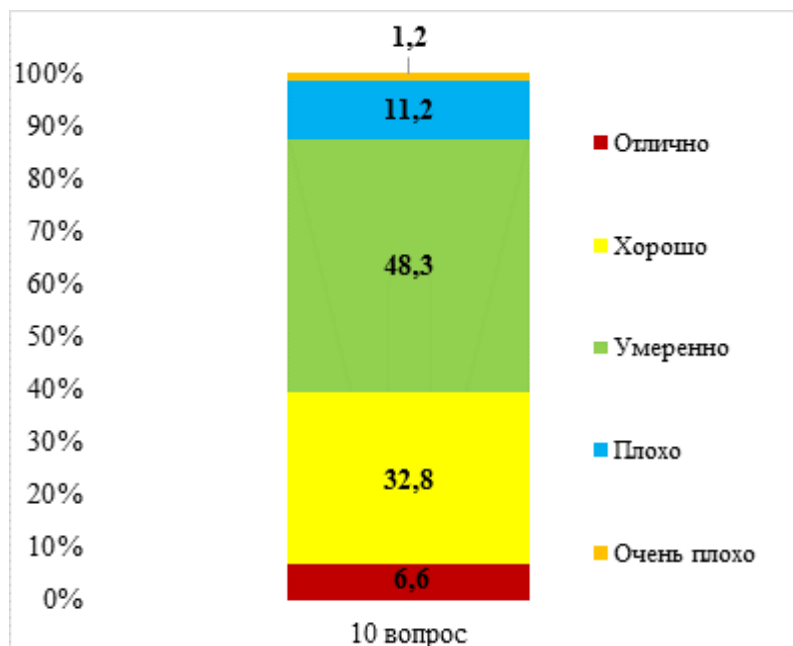


Рисунок 13 – Распределение вариантов ответов в 10 вопросе

На 18-ый вопрос о том, насколько сильно заболевание привело к беспокоящим изменениям во внешности, 61,0 % ответили «совершенно нет», 19,3% ответили «мало», а «очень сильно» ответили всего 0,8%. На 19-ый вопрос «насколько быстро Вы теряете физические и душевные силы на фоне заболевания» - больше половины ответили «совершенно нет» 61,4% людей и всего 1,5% ответили «очень сильно». О степени снижения выносливости на фоне заболевания 58,7% ответили «совершенно нет», 20,5%- «мало», 5,8% людей ответили «сильно» и 1,5% ответили «очень сильно». В 21-ом вопросе о том насколько сильно из-за Вашего заболевания пострадала Ваша физическая форма: 0,8% людей ответили «очень сильно», «умеренно» 12,0% и «совершенно нет» 60,6% людей. В 25-ом вопросе о том, в какой степени изменились Ваши отношения с ближайшим окружением из-за болезни - 88,0% ответили «совершенно нет», «мало» ответили 9,7% людей, «очень сильно» не ответил ни один человек. Очень сильно на сексуальную жизнь болезнь влияет у 0,8% людей и у 85,7% людей болезнь никак не влияет сексуальную жизнь (рисунок 14).

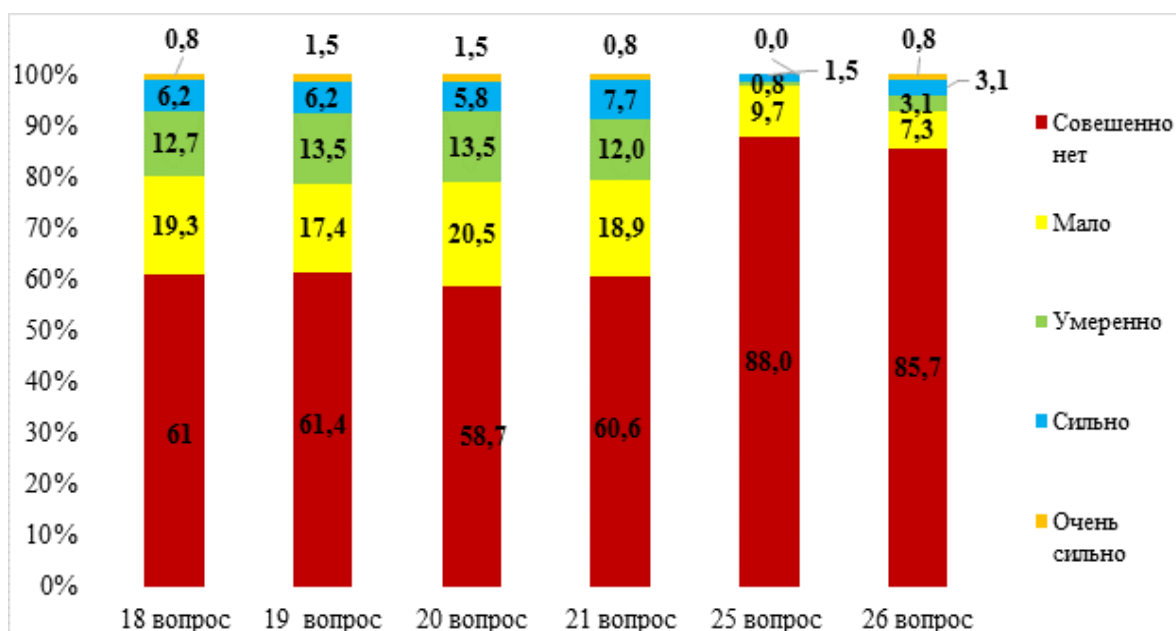


Рисунок 14 – Распределение вариантов ответов с 18 по 21 вопрос, в 25 и 26 вопросах

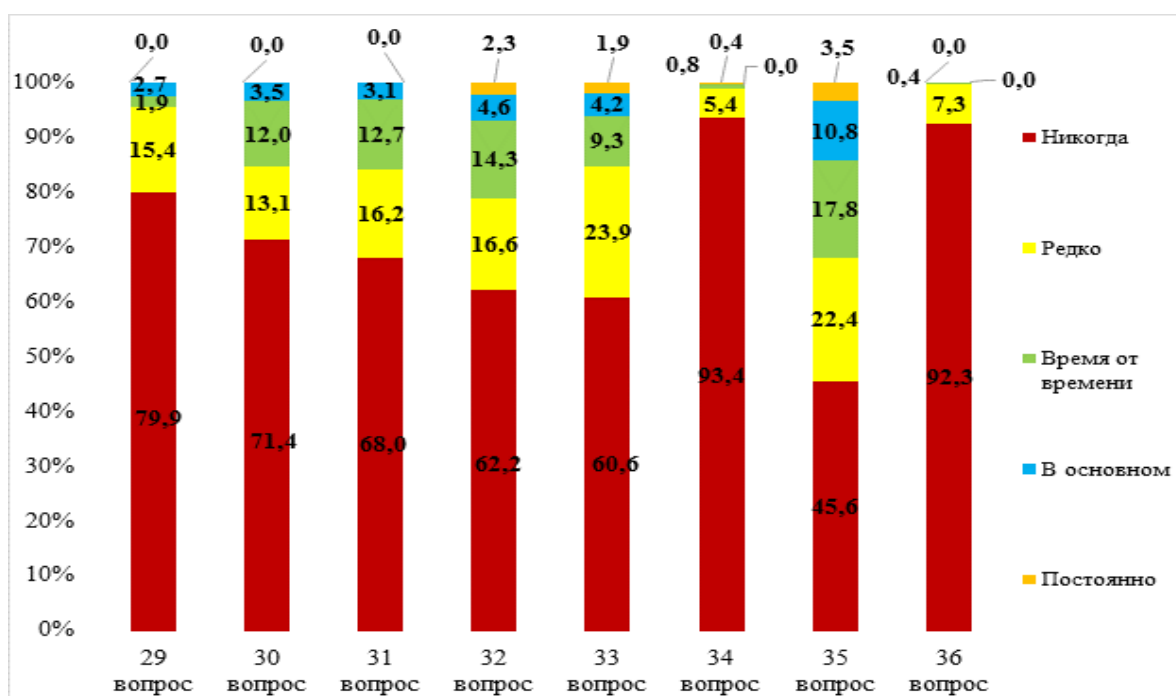


Рисунок 15 – Распределение вариантов ответов в вопросах с 29 по 36 вопрос

Как видно из рисунка 15, постоянное ощущение дискомфорта при проглатывании пищи не испытывал ни один человек, редко испытывали 15,4% людей и 79,9% никогда не испытывали дискомфорт при проглатывании пищи. Никогда не ощущали дискомфорт от настойчивых позывов к дефекации 71,4% людей, «редко» и «время от времени» ощущали 13,1% и 12,0% соответственно и постоянный дискомфорт от настойчивых позывов к дефекации не испытывал ни один человек. Постоянный понос не беспокоил ни одного человека, время от

времени беспокоил 12,7% людей, редко беспокоил 16,2% и никогда не беспокоил 68,0% людей. В 32-ом вопросе о наличии постоянного запора упоминали 2,3% людей, и никогда не беспокоил 62,2% людей. Никогда не беспокоила тошнота 60,6% людей, редко беспокоила 23,9% и постоянно беспокоила тошнота у 1,9% людей. Никогда не было беспокойства от появления крови в испражнениях у 93,4% людей, и постоянное беспокойство было у 0,4% людей. Постоянную изжогу испытывали 3,5% людей, редко испытывали 22,4%, и никогда не беспокоила 45,6% людей (35). В 36 - ом вопросе о страдании от непроизвольных испражнений «никогда» ответили основная часть людей ответили 92,3% людей.

4.2 Результаты оценки качества жизни пациентов после холецистэктомии в различных областях Казахстана за 2013-2015 год

Среднее значение суммарного индекса КЖ (Overall GIQLI) составил $M=120,89$ ($SD=22,40$), то есть уровень жизни у пациентов после ХЭ составил 83,9% от максимально возможного, при этом максимальное увеличение КЖ наблюдается в компоненте «Симптом» $M=64,01$ ($SD=11,10$) и минимальным результатом в компоненте «Социальная функция» $M=14,09$ ($SD=2,49$). Минимальное и максимальное значение индекса КЖ (Overall GIQLI) составило $M=44,0$ ($SD=22,40$) и $M=144,0$ ($SD=22,40$) соответственно. Если рассматривать КЖ по модификации, предложенной G. Sandblom максимальное среднее значение индекса КЖ было в компоненте «Физическая функция» $M=37,92$ ($SD=7,26$) и минимальное значение в компоненте «функция толстого кишечника» $M=21,56$ ($SD=3,01$).

Если рассматривать показатели КЖ в зависимости от пола, то у мужчин отмечается незначительное увеличение показателей КЖ во всех компонентах GIQLI. Статистически значимое увеличение показателей КЖ в эмоциональной ($M=17,09$; $SD=2,58$ и $M=15,61$; $SD=4,13$; соответственно, $F=8,41$; $p=0,001$) и физической сфере ($M=24,54$; $SD=4,69$ и $M=22,44$; $SD=6,35$; соответственно, $F=6,78$; $p=0,01$), а также суммарного индекса КЖ (Overall GIQLI) составил $M=125,64$; $SD=18,01$ и $M=118,91$; $SD=23,75$ соответственно; $F=4,93$; $p=0,03$. По модификации G. Sandblom также отмечается, что показатели у мужчин во всех компонентах незначительно выше, чем у женщин. Из них статистически значимое увеличение показателей наблюдается в эмоциональной сфере ($M=27,30$; $SD=4,48$ и $M=24,98$; $SD=6,66$; соответственно, $F=7,75$; $p=0,01$) и в работе верхнего желудочно-кишечного тракта ($M=26,95$; $SD=4,37$ и $M=25,23$; $SD=5,62$; соответственно, $F=5,68$; $p=0,02$).

Значительное различие в КЖ наблюдается в зависимости от характера изменений в желчном пузыре. При хроническом холецистите КЖ выше по всем компонентам, что статистически значимо по всем показателям. Средние значения суммарного индекса GIQLI составили при хроническом процессе $M=132,36$ ($SD=10,35$) и при остром $M=118,54$ ($SD=23,46$); ($F=14,65$; $p=0,0002$). Особо примечательны показатели КЖ в компоненте «Симптом» ($M=69,70$; $SD=5,86$ и $M=62,85$; $SD=11,56$; соответственно, $F=14,68$; $p=0,0002$) и

«Социальная функция» ($M=15,41$; $SD=0,95$ и $M=13,82$; $SD=2,62$; $F=15,68$; $p=0,0001$). По модификации G. Sandblom примечательны показатели в физической функции ($M=41,64$; $SD=3,08$ и $M=37,16$; $SD=7,63$; $F=14,59$; $p=0,0002$) и функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта ($M=28,41$; $SD=2,94$ и $M=25,19$; $SD=5,55$; соответственно, $F=14,02$; $p=0,0002$) (рисунок 16).

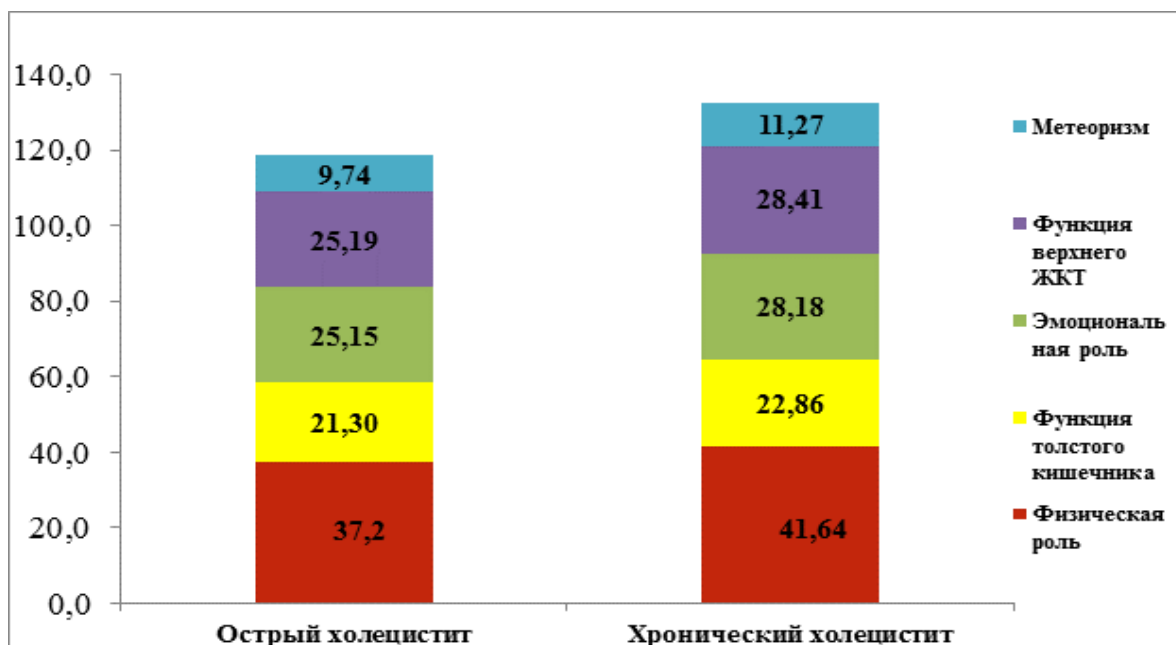


Рисунок 16 - Средние значения показателей компонентов качества жизни по модификации G. Sandblom в зависимости от изменений в желчном пузыре

На КЖ пациентов оказывает влияние вид хирургического доступа, так после ЛХЭ отмечается уменьшения симптомов заболевания в сравнении с ХЭ из мини доступа ($M=65,17$; $SD=10,18$ и $M=62,54$; $SD=12,05$; $F=3,64$; $p=0,06$) и повышение показателей КЖ в социальной сфере ($M=14,34$; $SD=2,41$ и $M=13,78$; $SD=2,56$; соответственно, $F=3,23$; $p=0,07$). В модификации индекса GIQLI, статистически значимые различия наблюдаются в компоненте «Метеоризм» ($M=10,35$; $SD=2,22$ и $M=9,56$; $SD=2,91$; $F=6,15$; $p=0,01$).

В результате исследования выяснилось, что на индекс КЖ большое влияние оказывает тип госпитализации. При плановой ХЭ индекс КЖ пациентов по всем компонентам выше, чем при экстренной ХЭ ($M=130,71$; $SD=13,57$ и $M=116,26$; $SD=24,21$; соответственно, $F=25,75$; $p=0,000001$). Значительные различия наблюдаются в компоненте «Симптом» ($M=69,10$; $SD=6,78$ и $M=61,61$; $SD=11,92$; $F=28,35$; $p=0,0000001$). Также по модификации G. Sandblom показатели госпитализации в плановом порядке по всем компонентам выше, чем экстренная, прежде всего за счет улучшения в физической сфере, работы верхнего ЖКТ и в эмоциональной сфере (рисунок 17).

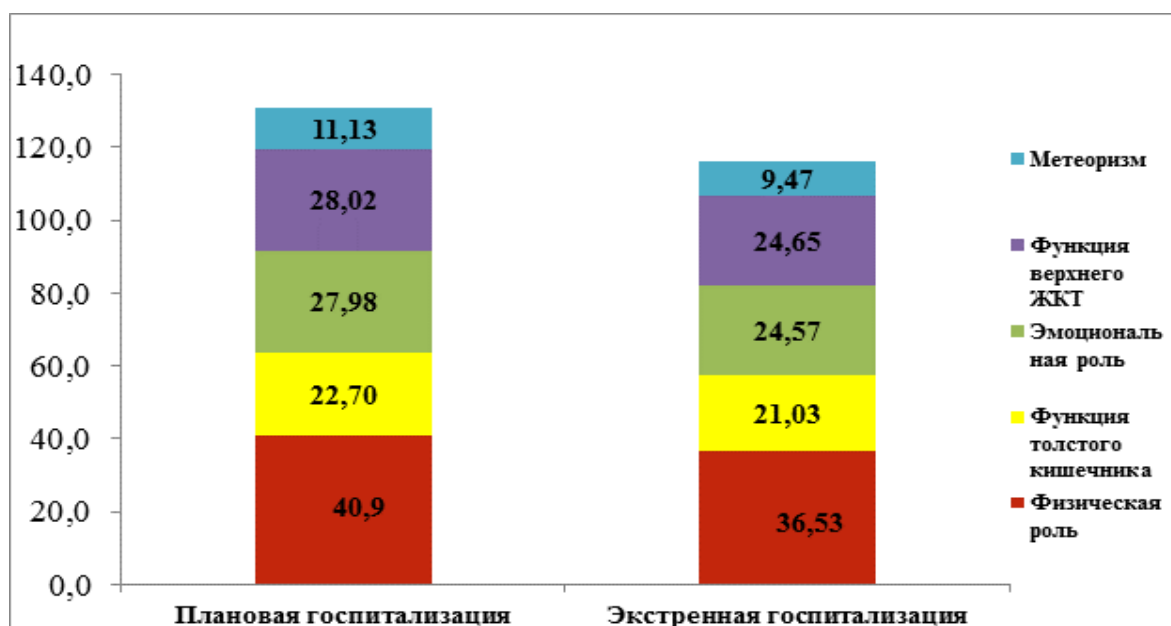


Рисунок 17 - Средние значения показателей КЖ по модификации G. Sandblom в зависимости от типа госпитализации

В то же время, у пациентов, имеющих семью, показатели GIQLI во всех компонентах были значительно выше, чем у пациентов, не состоящих в браке (таблица 4).

Таблица 4 - Индекс GIQLI в зависимости от семейного статуса

| Компонент | Не в браке, n=23 | | В браке, n=207 | | Другое, n=29 | | ANOVA | | |
|------------------------------|------------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|-------|-------|-----------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | k | F | p |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Physical role (modif) | 31,39 | 8,93 | 39,04 | 6,50 | 35,14 | 7,76 | 2 | 15,43 | 0,0000005 |
| Large bowel function (modif) | 20,00 | 3,10 | 21,90 | 2,87 | 20,41 | 3,30 | 2 | 6,80 | 0,0013206 |
| Emotional role (modif) | 20,35 | 7,55 | 26,64 | 5,54 | 22,90 | 6,63 | 2 | 15,57 | 0,0000004 |
| Upper GIT function (modif) | 22,22 | 7,51 | 26,48 | 4,82 | 23,17 | 5,04 | 2 | 11,22 | 0,0000214 |
| Meteorism (modif) | 8,26 | 3,41 | 10,31 | 2,41 | 9,17 | 2,24 | 2 | 8,81 | 0,0001988 |
| Symptom | 56,17 | 14,42 | 65,65 | 10,08 | 58,52 | 11,06 | 2 | 12,59 | 0,0000061 |
| Emotion | 13,00 | 4,73 | 16,62 | 3,36 | 14,38 | 4,35 | 2 | 13,82 | 0,0000020 |
| Physical Function | 17,35 | 7,23 | 23,94 | 5,43 | 21,24 | 5,98 | 2 | 15,68 | 0,0000004 |
| Social Function | 12,57 | 2,83 | 14,40 | 2,30 | 13,10 | 2,85 | 2 | 8,70 | 0,0002205 |

Продолжение таблицы 4

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-------------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|---|-------|-----------|
| Medical Treatment | 3,13 | 0,87 | 3,76 | 0,65 | 3,55 | 0,74 | 2 | 9,51 | 0,0001036 |
| Overall GIQLI | 102,22 | 28,05 | 124,38 | 20,17 | 110,79 | 23,00 | 2 | 14,90 | 0,0000008 |
| Сред Симпт | 2,96 | 0,76 | 3,46 | 0,53 | 3,08 | 0,58 | 2 | 12,59 | 0,0000061 |
| Сред Эмоц | 2,60 | 0,95 | 3,32 | 0,67 | 2,88 | 0,87 | 2 | 13,82 | 0,0000020 |
| Сред Физ | 2,48 | 1,03 | 3,42 | 0,78 | 3,03 | 0,85 | 2 | 15,68 | 0,0000004 |
| Сред Соц | 3,17 | 0,83 | 3,70 | 0,64 | 3,41 | 0,87 | 2 | 7,45 | 0,0007168 |
| Взвеш Итог | 11,18 | 3,19 | 13,80 | 2,32 | 12,27 | 2,76 | 2 | 15,21 | 0,0000006 |
| % | 69,86 | 19,92 | 86,24 | 14,53 | 76,66 | 17,25 | 2 | 15,19 | 0,0000006 |

Так суммарный индекс КЖ пациентов, состоящих в браке, составил $M=124,38$ ($SD=20,17$), а не имеющих семьи $M=102,22$ ($SD=28,05$) ($F=14,90$; $p=0,0000008$) Особенно выявлена значимая разница показателей КЖ в компоненте «Физическая функция» на 27,2% ($M=23,94$; $SD=5,43$ и $M=17,35$; $SD=7,23$; $F=15,68$; $p=0,0000004$), а в модификации G. Sandblom также в физической ($M=39,04$; $SD=6,50$ и $M=31,39$; $SD=8,93$; $F=15,43$; $p=0,0000005$) и эмоциональной сфере и ($M=26,64$; $SD=5,54$ и $M=20,35$; $SD=7,55$; $F=15,57$; $p=0,0000004$ соответственно).

Рассматривая индексы GIQLI в зависимости от степени активности больного значимых различий не выявлено, но при этом КЖ пациентов, которые передвигаются в пределах квартиры по всем компонентам выше, кроме социальной сферы ($M=13,56$; $SD=2,45$ и $M=14,13$; $SD=2,49$), чем у пациентов, передвигающиеся в пределах города. По модификации G. Sandblom также показатели КЖ выше у пациентов, передвигающихся в пределах квартиры, кроме компонента «Метеоризм» ($M=9,94$; $SD=2,13$ и $M=10,01$; $SD=2,60$).

Также статистически значимых различий зависимости индекса КЖ пациентов от продолжительности госпитализации выявлено не было, но при этом показатели КЖ пациентов, находившиеся в стационаре менее 5 суток, а также более 10 суток были выше, чем у пациентов, которые находились в стационаре от 5 до 10 суток. Так их средние значения суммарного индекса GIQLI составили: менее 5 суток $M=123,66$ ($SD=20,54$), более 10 суток $M=122,44$ ($SD=19,64$) и от 5 до 7 суток $M=120,53$ ($SD=22,98$), от 8 до 10 суток $M=118,85$ ($SD=24,23$) ($p>0,05$).

Большое влияние на КЖ пациентов оказывает прошедший срок после проведенной операции. Так было выявлены статистически значимые различия по всем компонентам между пациентами перенесшие операцию менее 2 лет назад, и перенесших ХЭ 2 и более лет назад (рисунок 18).

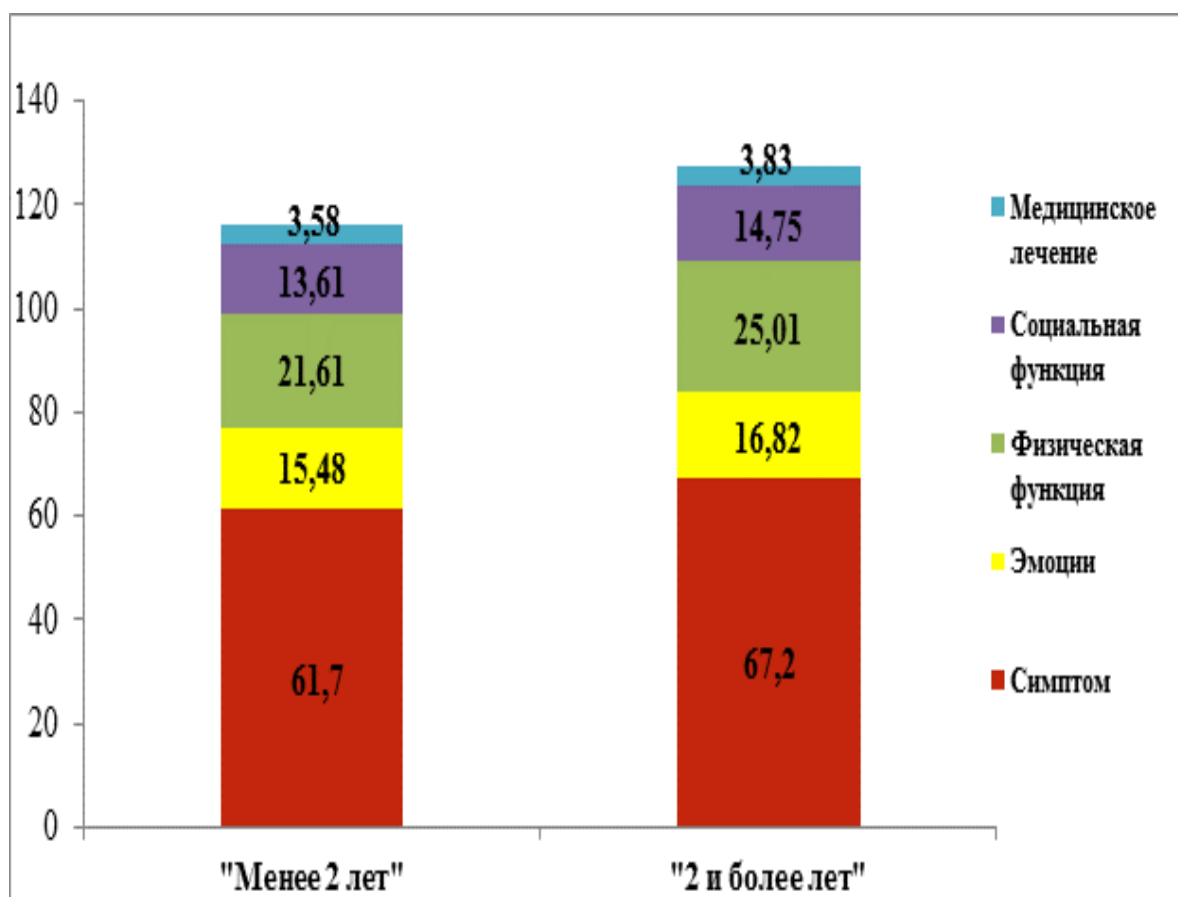


Рисунок 18 – Средние значения показателей по компонентам GIQLI в зависимости от сроков после операции

Из рисунка наглядно видно, что общий суммарный показатель в группе «2 и более лет» больше, чем в группе «менее 2 лет» в основном за счет компонента «Симптом» и «Физическая функция».

Общий средний показатель КЖ у пациентов в группе «менее 2 лет» составил $M=115,97$ ($SD=22,34$) и в группе «2 и более лет» $M=127,55$ ($SD=20,78$; $F=18,01$; $p=0,000031$) (рисунок 19).

Особенно значимые различия были в физической функции ($F=22,09$; $p=0,000004$) - группа «менее 2 лет» ($M=21,61$; $SD=6,05$) и группа «2 и более лет» ($M=25,01$; $SD=5,32$). В расчетах по G. Sandblom общий средний суммарный показатель КЖ пациентов выше в группе, перенесших операцию 2 года и более лет, в основном в физическом, эмоциональном плане, а также за счет улучшения работы верхнего ЖКТ (рисунок 20).

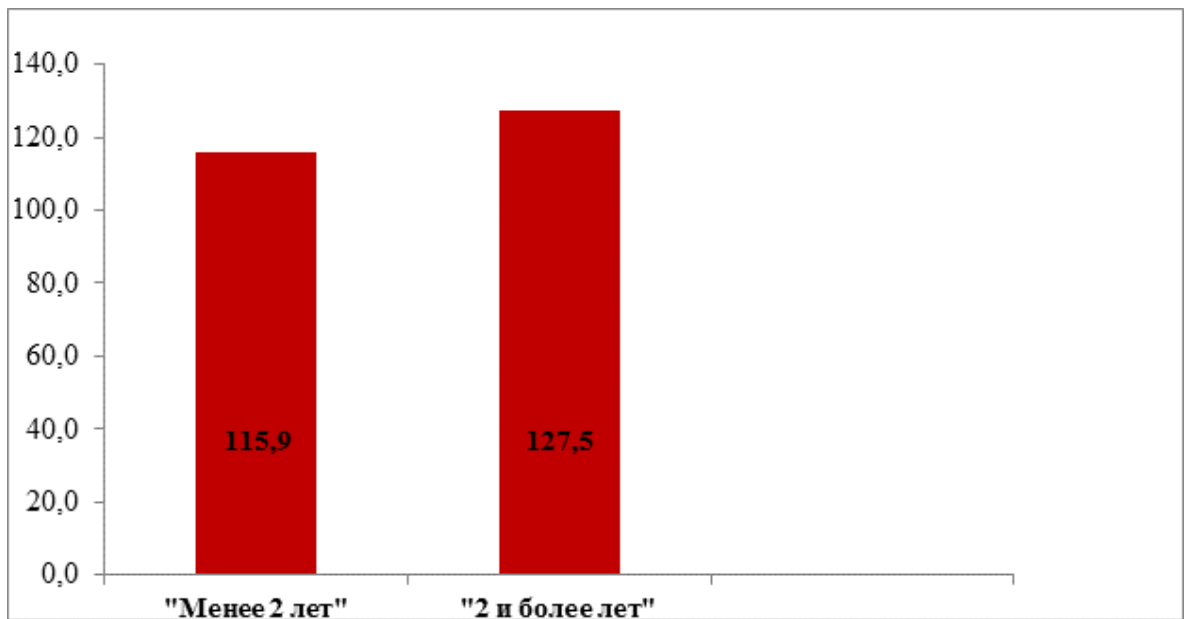


Рисунок 19 – Среднее значение показателей КЖ (Overall GIQLI) в зависимости от сроков после операции

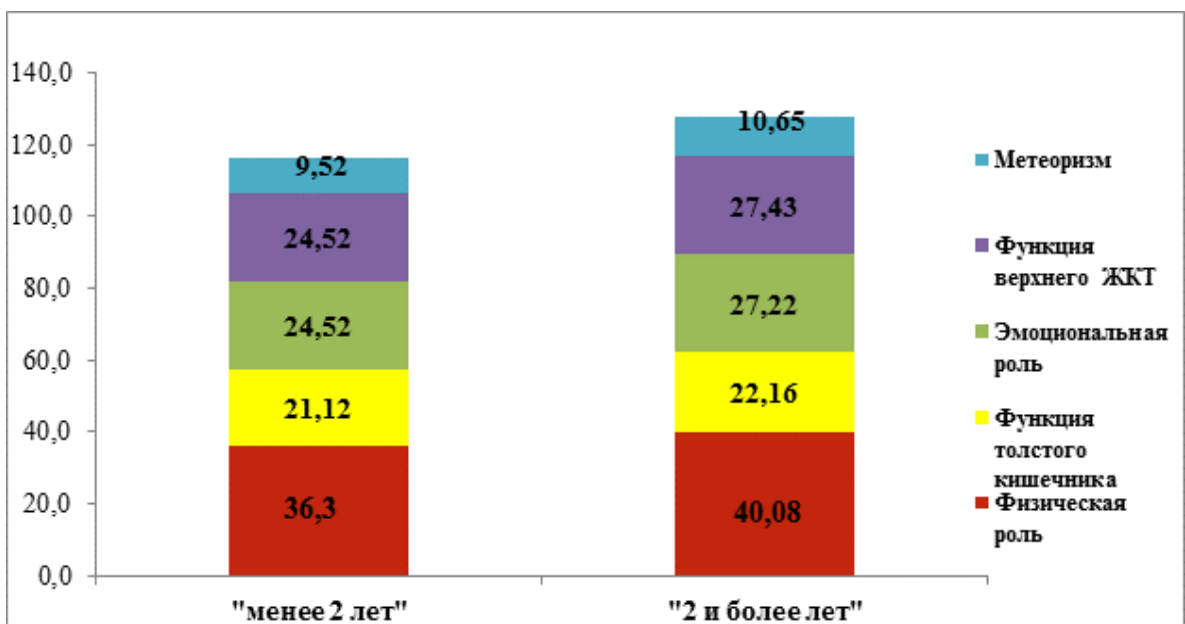


Рисунок 20 – Средние значения показателей компонентов КЖ по модификации G. Sandblom в зависимости от времени после перенесенной операции

Также на КЖ пациентов оказывает влияние возраст больного, так в результате исследования наиболее статистически значимые различия были в возрастном промежутке от 20 до 25 лет. Индекс GIQLI в этом возрасте были по всем компонентам выше, чем в других возрастных группах, из них статистически значимые показатели КЖ были в эмоциональной, физической, социальной сферах и в результатах медицинского лечения.

По модификации G. Sandblom индекс КЖ был достоверно выше в компоненте «Физическая функция», «Функция толстого кишечника», «Эмоциональная роль» и «Функция верхних отделов ЖКТ» (рисунок 21).

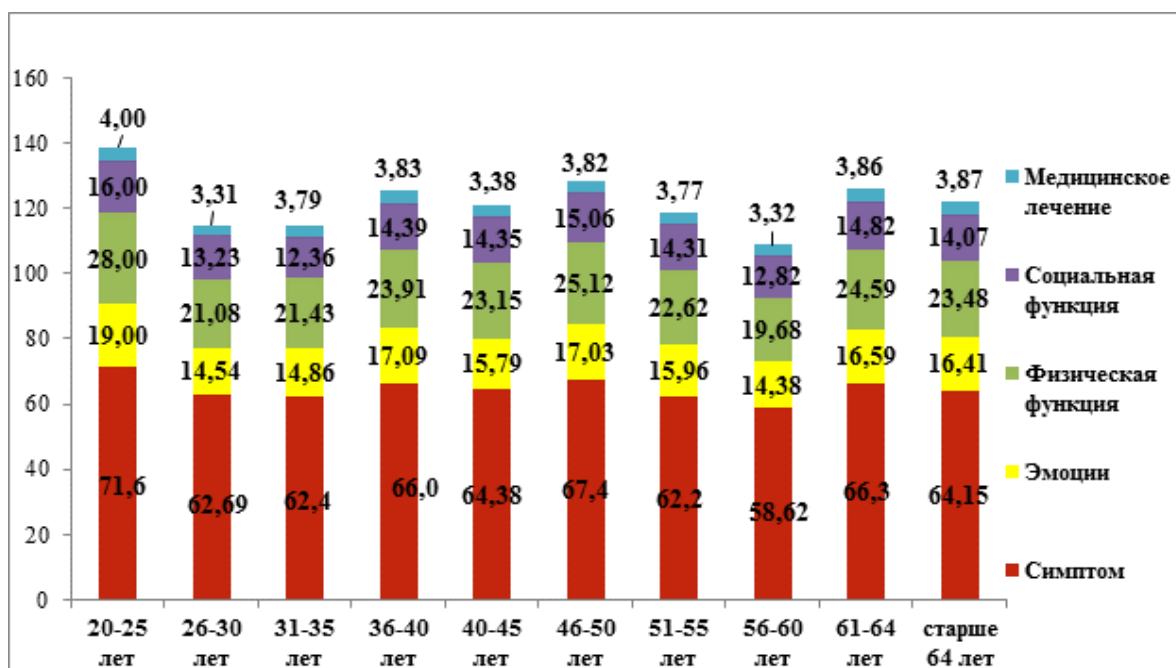


Рисунок 21 - Показатели качества жизни по возрастным группам

Что примечательно, показатели КЖ в возрастной группе от 61-64 лет и старше 64 лет не сильно отличались от средней возрастной группы (от 36 до 60 лет).

Так средние значения суммарного индекса GIQLI в старшей возрастной группе (F=2,49; p=0,010) составили 61-64 лет M=126,14 (SD=18,68), старше 64 лет M=121,98 (SD=16,40) и в средней возрастной группе 36-40 лет M=125,22 (SD=28,44), 41-45 лет M=121,06 (SD=23,52), 46-50 лет M=128,47 (SD=15,98), 51-55 лет M=118,88 (SD=17,74). Из этих возрастных групп можно выделить группу 51-55 лет, в которой показатели КЖ почти по всем компонентам уступают группам 61-64 лет и старше 64 лет, кроме социальной сферы (M=14,31; SD=1,62; M=14,82; SD=1,79 и M=14,07; SD=2,01 соответственно) (p=0,010).

По результатам проведенного исследования, можно определить основные факторы положительно влияющих на КЖ пациентов, перенесших ХЭ:

1) Суммарный индекс КЖ пациентов, перенесших ХЭ менее 2 лет назад меньше в сравнении с пациентами, перенесших операцию в сроки от 2 и более лет, и составил M=115,97 (SD=22,34) и M=127,55 (SD=20,78) соответственно (p < 0,01).

2) Плановый тип госпитализации положительно влияет на показатели КЖ пациентов. Общий средний показатель КЖ при плановой госпитализации составил M=130,71 (SD=13,57), при экстренной M=116,26 (SD=24,21) (p < 0,001).

3) Гастроинтестинальный индекс КЖ выше у пациентов, перенесших ХЭ лапароскопическим методом $M=122,90$ ($SD=21,35$) был выше на 17,8%, в сравнении с ХЭ из мини доступа $M=118,32$ ($SD=23,50$), но разница статистически не значима ($p>0,05$).

4) При хроническом холецистите показатели КЖ выше $M=132,36$ ($SD=10,35$), чем при остром холецистите $M=118,54$ ($SD=23,46$) ($p < 0,01$).

5) Положительное влияние на индекс GIQLI оказывает возраст и семейный статус. Люди, состоящие в браке, имеют более высокие показатели КЖ ($M=124,38$; $SD=20,17$), чем пациенты не имеющих семьи ($M=102,22$; $SD=28,05$) ($p < 0,001$). Более высокие показатели КЖ наблюдались в возрастном промежутке от 20 до 25 лет ($p < 0,05$).

5 РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ 6 И 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

В данном разделе проведен сравнительный анализ КЖ пациентов до, через 6 и 12 месяцев после проведенной ХЭ с помощью двух международных опросников GIQLI и SF-36 [168, 169, 170, 171].

5.1 Результаты оценки качества жизни пациентов до, через 6 и 12 месяцев после холецистэктомии

Среднее значение суммарного индекса КЖ (Overall GIQLI) до оперативного вмешательства составил $M=99,12$ ($SD=20,02$; $CI = 97,10-101,13$), т. е. уровень жизни у пациентов до ХЭ составил 68,8% от максимально возможного. Максимальное увеличение КЖ наблюдали в компоненте «Симптом» $M=53,98$ ($SD=10,32$; $CI = 52,94-55,02$) с минимальным результатом в компоненте «Социальная функция» $M=11,41$ ($SD=2,87$; $CI = 11,12-11,70$). Минимальное и максимальное значение индекса КЖ (Overall GIQLI) до ХЭ составило $M=33,0$ и $M=141,0$ ($SD=20,02$) соответственно.

При этом среднее значение суммарного индекса КЖ (Overall GIQLI) через 6 месяцев после операции составил $M=108,45$ ($SD=21,06$; $CI = 104,61-112,29$), что составило 75,3% от максимально возможного (на 6,5% больше, чем до ХЭ). Наибольшее увеличение КЖ пациентов после оперативного вмешательства отмечали в компоненте «Симптом» $M=58,32$ ($SD=10,45$; $CI = 56,42-60,23$), что в 1,08 раз выше по сравнению с группой до операции. Наименьший результат после ХЭ, также отмечали в компоненте «Социальная функция» $M=12,64$ ($SD=3,16$; $CI = 12,07-13,22$), что в 1,1 раз выше, чем до операции. Минимальное и максимальное значение индекса КЖ (Overall GIQLI) после ХЭ составило $M=52$ и $M=140$ ($SD=21,06$), соответственно.

При повторном анкетировании через 12 месяцев среднее значение суммарного индекса КЖ (Overall GIQLI) составил $M=105,01$ ($SD=22,85$; $CI = 100,05-109,97$), что несколько ниже результатов анкетирования на отрезке 6 месяцев. Подобна тенденция, отмечается почти во всех компонентах опросника GIQLI. От максимально возможных цифр суммарный индекс КЖ составил 72,9%, что на 4,1% больше чем до операции и на 2,4% меньше чем при анкетировании через 6 месяцев. Максимальное увеличение КЖ через 12 месяцев после операции отмечается также в компоненте «Симптом» $M=56,01$ ($SD=11,08$; $CI = 53,61-58,42$), что в 1,04 раз выше по сравнению с группой до операции, но в 0,96 раз меньше результатов через 6 месяцев. Также наименьший результат через 12 месяцев после операции зафиксирован в компоненте «Социальная функция» $M=12,71$ ($SD=3,24$; $CI = 12,01-13,42$), что также в 1,1 раз выше, чем до операции, однако показатели КЖ после 12 месяцев немного выше показателей через 6 месяцев после ХЭ. Минимальное и максимальное значение Overall GIQLI после ХЭ составило $M=43$ и $M=144$ ($SD=22,85$) соответственно. Если сравнить минимальное и максимальное значение Overall GIQLI через 6 месяцев после операции и через 12 месяцев, то

отмечается снижение минимального значения с 52 до 43 и в то же время увеличение максимального значения с 140 до 144 (рисунок 22).

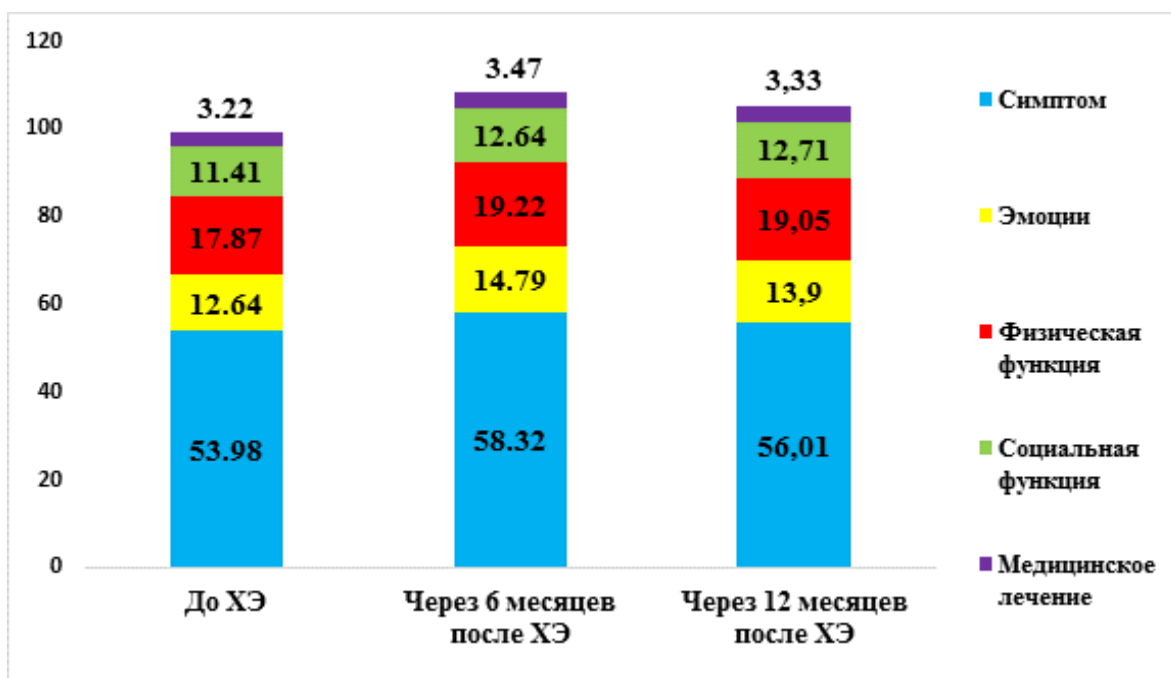


Рисунок 22 – Средние значения показателей компонентов опросника GIQLI у пациентов до и после ХЭ через 6 и 12 месяцев

По модификации G. Sandblom наибольшее увеличение показателей КЖ до ХЭ констатировали в физической сфере $M=30,43(SD=6,96; CI = 29,73-31,13)$, а наименьшее - в компоненте «Метеоризм» $M=8,38(SD=2,39; CI = 8,14-8,62)$ и в эмоциональной сфере $M=19,61(SD=5,45; CI = 29,73-20,16)$. После же ХЭ по истечении 6 месяцев нами выявлено увеличение показателей КЖ в физической сфере $M=33,35(SD=8,12; CI = 31,87-34,83)$, что на 9,5% выше в сравнении с показателями до операции. Наименьшие показатели наблюдали в компоненте «Функция толстого кишечника» $M=19,80(SD=3,35; CI = 19,19-20,41)$. При оценке КЖ пациентов спустя 12 месяце после ХЭ также отмечается некоторое снижение показателей КЖ во всех компонентах. Так наибольшие значения через 12 месяцев после операции отмечаются в компоненте «Физическая роль» $M=33,15(SD=8,32; CI = 31,35-34,96)$, однако в сравнении с показателями через 6 месяцев после ХЭ они снизились на 0,6%. Наименьшие показатели КЖ через 12 месяцев после операции отмечается в компоненте «Метеоризм» $M=8,35(SD=2,99; CI = 7,70-8,99)$ и «Функция толстого кишечника» $M=18,07(SD=3,38; CI = 18,07-19,54)$. При этом можно отметить что, как в компоненте «Метеоризм», так и в компоненте «Функция толстого кишечника» показатели через 12 месяцев снизились ниже предоперационных показателей на 0,4% и 6,6% соответственно.

При оценке КЖ пациентов с калькулезным холециститом до ХЭ среднее значение SF-36 в физическом компоненте составило $M=41,47(SD=7,48; CI = 40,72-42,22)$, минимальное и максимальное значение до оперативного

вмешательства - $M=18,58$ и $M=57,25$ ($SD=7,48$) соответственно, среднее значение показателя в психическом компоненте равен $M=42,76$ ($SD=8,33$; $CI = 41,92-43,60$), минимальное и максимальное значение составили $M=20,38$ и $M=69,16$ ($SD=8,33$).

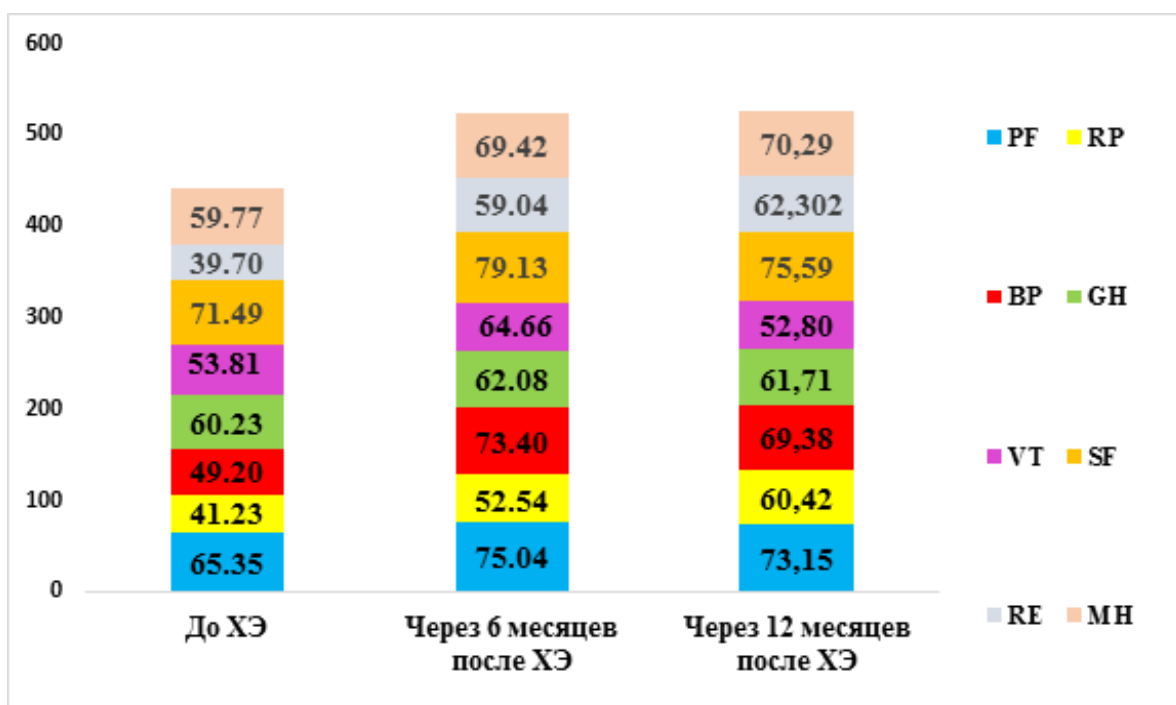
Наивысшие индексы КЖ мы отмечаем в шкале «SF» социальное функционирование $M=71,49$ ($SD=18,41$; $CI = 69,64-73,35$) и «PF» физическое функционирование $M=65,35$ ($SD=24,44$; $CI = 62,89-67,81$). Наименьшие же показатели КЖ SF-36 до ХЭ выявлены в шкалах «RE» ролевое-эмоциональное функционирование $M=39,70$ ($SD=44,17$; $CI = 35,26-44,14$) и «RP» ролевое функционирование $M=41,23$ ($SD=42,76$; $CI = 36,93-45,53$).

Через 6 месяцев после проведенной ХЭ нами констатировано улучшение средних показателей SF-36 в 1,1 раз, как в физическом компоненте, так и в психическом. Так средний показатель в физическом компоненте составил $M=45,75$ ($SD=9,63$; $CI = 43,99-47,51$), максимальные и минимальные значения - $M=21,60$ и $M=61,61$ ($SD=9,63$), а в психическом компоненте среднее значение SF-36 было $M=47,64$ ($SD=9,68$; $CI = 45,88-49,41$), при этом максимальные и минимальные значения равны $M=21,22$ и $M=62,94$ ($SD=9,68$).

Наибольшее увеличение индексов КЖ опросника SF-36 выявлены в шкалах «SF» и «PF», что в 1,1 раз выше в сравнении с показателями КЖ до операции. Средние показатели в шкалах «SF» и «PF» составили $M=79,13$ ($SD=21,24$; $CI = 75,25-83,00$) и $M=75,04$ ($SD=25,77$; $CI = 70,34-79,74$) соответственно. Обратный же индекс отмечаем в шкалах «RP» и «RE» - $M=52,54$ ($SD=44,14$; $CI = 44,49-60,59$) и $M=59,04$ ($SD=43,45$; $CI = 51,11-66,96$) соответственно (рисунок 23).

При оценке КЖ через 12 месяцев после оперативного вмешательства нами отмечено незначительное улучшение средних показателей SF-36 в психическом компоненте на 10,5% $M=47,77$ ($SD=10,28$; $CI = 45,54-50,00$) и в физическом компоненте на 7,9% $M=45,33$ ($SD=10,02$; $CI = 43,15-47,50$) в сравнении с предоперационными показателями.

Наибольшее увеличение индексов КЖ опросника SF-36 отмечается в шкалах «SF» $M=75,595$ ($SD=23,20$; $CI=70,56-80,62$) и «PF» $M=73,15$ ($SD=26,82$; $CI = 67,34-78,97$), как и при анкетировании на отрезке 6 месяцев, но эти показатели несколько ниже показателей КЖ через 6 месяцев после операции на 4,5% и 2,5% соответственно. Наименьшие показатели КЖ SF-36 через 12 месяцев после ХЭ выявлены в шкалах «GH» общее здоровье $M=61,71$ ($SD=19,36$; $CI = 57,51-65,92$), показатели которых выше предоперационных в 1,02(2,5%) раза, но ниже показателей через 6 месяцев в 1,01 (0,6%) раза и «VT» жизнеспособность $M=52,80$ ($SD=16,64$; $CI = 49,19-56,41$), что в 1,01(1,9%) раз ниже по сравнению с показателями до операции, а также в 1,01(0,8%) раз выше показателей через 6 месяцев после операции (рисунок 23).



PF- физическое функционирование; RP- ролевое функционирование; BP – болевые ощущения; GH – общее здоровье; VT – жизнеспособность; SF – социальное функционирование; RE – ролевое эмоциональное функционирование; MH – психическое здоровье

Рисунок 23 – Средние значения показателей опросника SF-36 у пациентов до и после ХЭ спустя 6 и 12 месяцев

Среднее значение суммарного индекса КЖ (Overall GIQLI) через 12 месяцев после ХЭ составил $M=105,01$ ($SD=22,85$), что на 5,9% (1,05) выше в сравнении с показателями КЖ пациентов до ХЭ - $M=99,12$ ($SD=20,02$), но на 3,2% (1,03) ниже показателей КЖ на отрезке 6 месяцев $M=108,45$ ($SD=21,07$).

Через 12 месяцев отмечается увеличение средних показателей КЖ опросника SF-36 на 10,5% в психическом компоненте $M=47,77$ ($SD=10,28$) в сравнении с предоперационными показателями $M=42,76$ ($SD=8,34$) и незначительное увеличение показателей относительно показателей 6 месяцев $M=47,65$ ($SD=9,69$). В физическом компоненте показатели через 12 месяцев после ХЭ составляют $M=45,33$ ($SD=10,02$) при сравнении с показателями до операции - $M=41,48$ ($SD=7,49$) отмечается увеличение показателей на 8,5%, однако при сравнении с показателями КЖ через 6 месяцев после операции отмечается незначительное их снижение на 0,9% $M=45,75$ ($SD=9,63$).

Таблица 5 - Уровень качества жизни по опроснику GIQLI

| Уровень КЖ | (GIQLI overall) | до операции | | через 6 мес | | через 12 мес | |
|--------------|-----------------|-------------|-------|-------------|-------|--------------|-------|
| | | абс | % | абс | % | абс | % |
| Очень низкий | 1-35,9 | 1 | 0,3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Низкий | 36-71,9 | 33 | 8,6 | 8 | 6,8 | 8 | 9,5 |
| Средний | 72-107,9 | 188 | 49,2 | 43 | 36,4 | 32 | 38,1 |
| Высокий | 108-144 | 160 | 41,9 | 67 | 56,8 | 44 | 52,4 |
| Итого | | 382 | 100,0 | 118 | 100,0 | 84 | 100,0 |

Если условно разделить всю шкалу GIQLI (0-144 балла) на следующие уровни (таблица 5), то «высокий уровень» КЖ отмечался на отрезке 6 месяцев после ХЭ - у 56,8% пациентов, на отрезке 12 месяцев после ХЭ - у 52,4% пациентов и на отметке до операции - у 41,9%. У наибольшего количества пациентов (38,1%) «средний уровень» КЖ был зафиксирован на отрезке 12 месяцев после операции, на отрезке 6 месяцев у 36,4% пациентов и у самого наименьшего числа людей 49,5% «средний уровень» КЖ был отмечен на отрезке до операции. При сравнении показателей, «низкий уровень» КЖ зафиксирован у 9,5% пациентов на отрезке 12 месяцев и у наименьшего количества людей 6,8% на отрезке 6 месяцев. «Очень низкий уровень» КЖ был отмечен только у пациентов до операции (0,3%).

5.2 Сравнение уровня КЖ пациентов в динамике - до операции, через 6 и 12 месяцев, в зависимости от диагноза и типа хирургического доступа

Для выявления различий в показателях КЖ пациентов, прошедших анкетирование до, через 6 месяцев и 12 месяцев после ХЭ, расчет показателей КЖ по двум опросникам проводили в зависимости от диагноза и хирургического доступа.

Среднее значение суммарного индекса КЖ (Overall GIQLI) до операции составил $M=100,1$ ($SD=20,6$), через 6 месяцев после операции отмечается улучшение Overall GIQLI на 7,6% ($M=108,3$; $SD=21,1$; $p=0,04$) и через 12 месяцев на 5,5% ($M=105,9$; $SD=23,1$). Наибольшие статистически значимые различия отмечались через 6 месяцев после ХЭ в компоненте «Эмоции» на 11,6% ($p=0,02$) и через 12 месяцев в компоненте «Физическая функция» на 5,2% ($p=0,05$) (рисунок 24).

По модификации G. Sandblom наибольшие статистически значимые различия наблюдались спустя 6 месяцев после перенесённой операции в компонентах «Эмоциональная роль» на 12,3% ($M=19,9$; $SD=5,4$ и $M=22,7$; $SD=6,0$; $p=0,004$ соответственно) и «Функция верхнего ЖКТ» на 11,8% ($M=20,9$; $SD=5,2$ и $M=23,7$; $SD=5,3$; $p=0,0001$ соответственно).

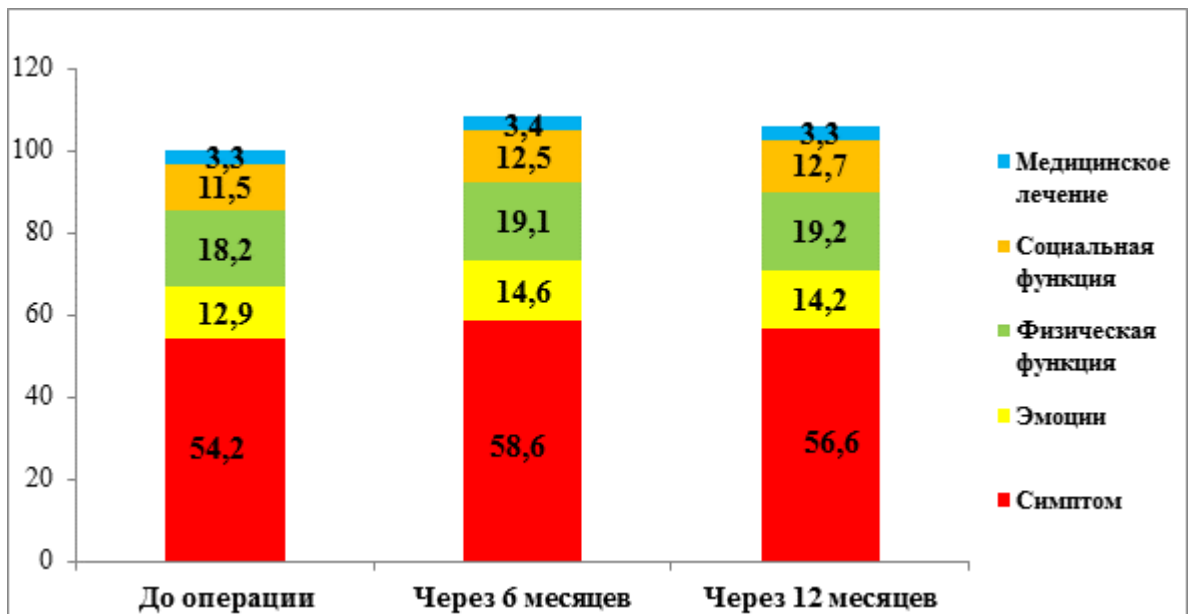


Рисунок 24 – Средние значения показателей качества жизни опросника GIQLI у пациентов с острым холециститом, прошедших анкетирование до операции, через 6 и 12 месяцев

При оценке КЖ пациентов с острым холециститом до ХЭ по опроснику SF-36 наибольшее улучшение показателей в физическом компоненте отмечалось спустя 6 месяцев после операции на 7,7% и на 5,3% через 12 месяцев. В психическом компоненте наилучшие показатели отмечались на отрезке 12 месяцев $M=47,8$ ($SD=9,8$), что на 11,9% выше предоперационных показателей и на 1,9% больше показателей через 6 месяцев после ХЭ (рисунок 25).

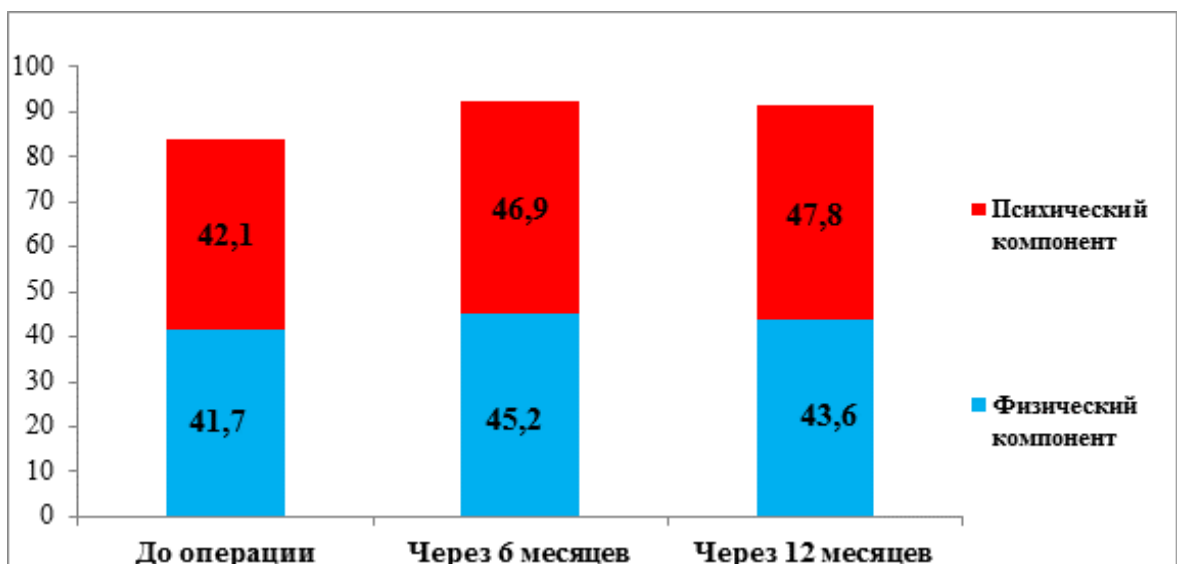


Рисунок 25 – Средние значения показателей физического и психического компонентов опросника SF-36 у пациентов с острым холециститом, прошедших анкетирование до операции, через 6 и 12 месяцев

При хроническом холецистите суммарный средний показатель КЖ до операции составил $M=96,7$ ($SD=18,3$), через 6 месяцев после ХЭ отмечается максимальное улучшение этого показателя на 11,1% и спустя 12 месяцев после операции на 6,8% по сравнению с предоперационным показателем. При этом статистически значимые различия на отрезке 6 месяцев наблюдались в компонентах «Симптом» на 7,8% ($p=0,04$) и «Эмоции» на 20,5% ($p=0,02$) (рисунок 26).

По модификации G. Sandblom, достоверные различия через 6 месяцев после ХЭ наблюдались в физической на 12,9% ($M=29,7$; $SD=6,7$ и $M=34,1$; $SD=7,7$; $p=0,03$ соответственно) и эмоциональных сферах на 19,2% ($M=18,9$; $SD=5,7$ и $M=23,4$; $SD=5,5$; $p=0,001$ соответственно) и в компоненте «Функция верхнего ЖКТ» на 14,3% ($M=19,7$; $SD=5,4$ и $M=23,0$; $SD=5,6$; $p=0,01$ соответственно).

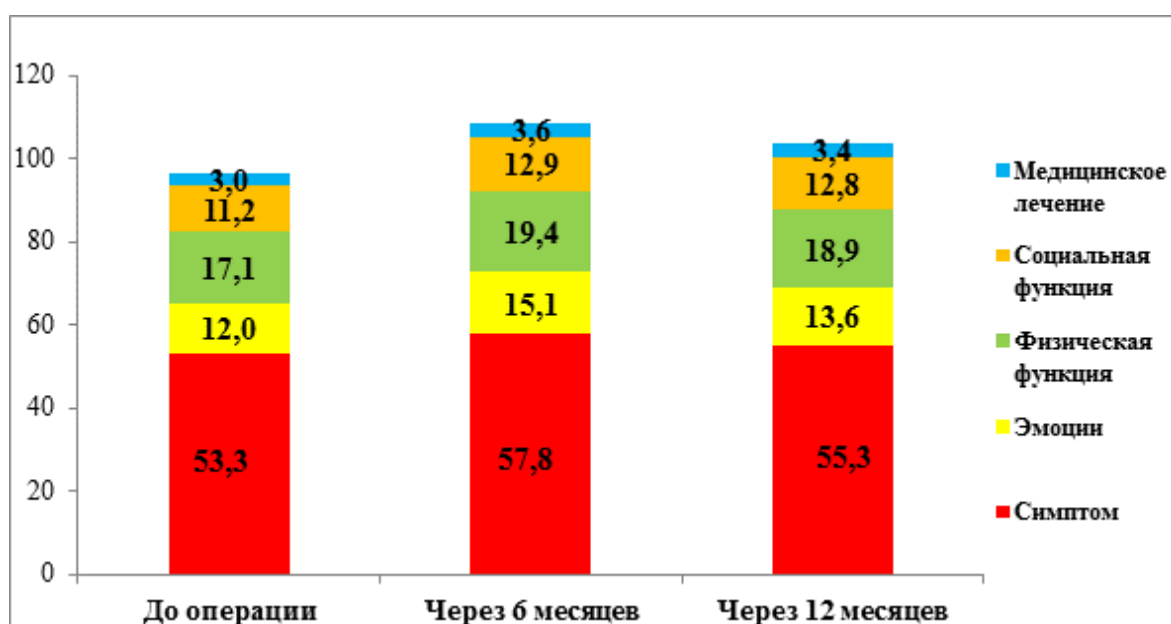


Рисунок 26 – Средние значения показателей качества жизни опросника GIQLI у пациентов с хроническим холециститом, прошедших анкетирование до операции, через 6 и 12 месяцев

Также наибольшие статистически значимые различия в показателях КЖ опросника SF-36 наблюдаются в физическом компоненте на отрезке 12 месяцев $M=47,5$ ($SD=9,1$; $p=0,01$), что на 14,3% выше предоперационных показателей и на 1,5% выше показателей через 6 месяцев после операции. Наибольшее улучшение показателей КЖ в психическом компоненте отмечается спустя 6 месяцев после операции на 9,4% больше показателей КЖ, чем до ХЭ (рисунок 27).

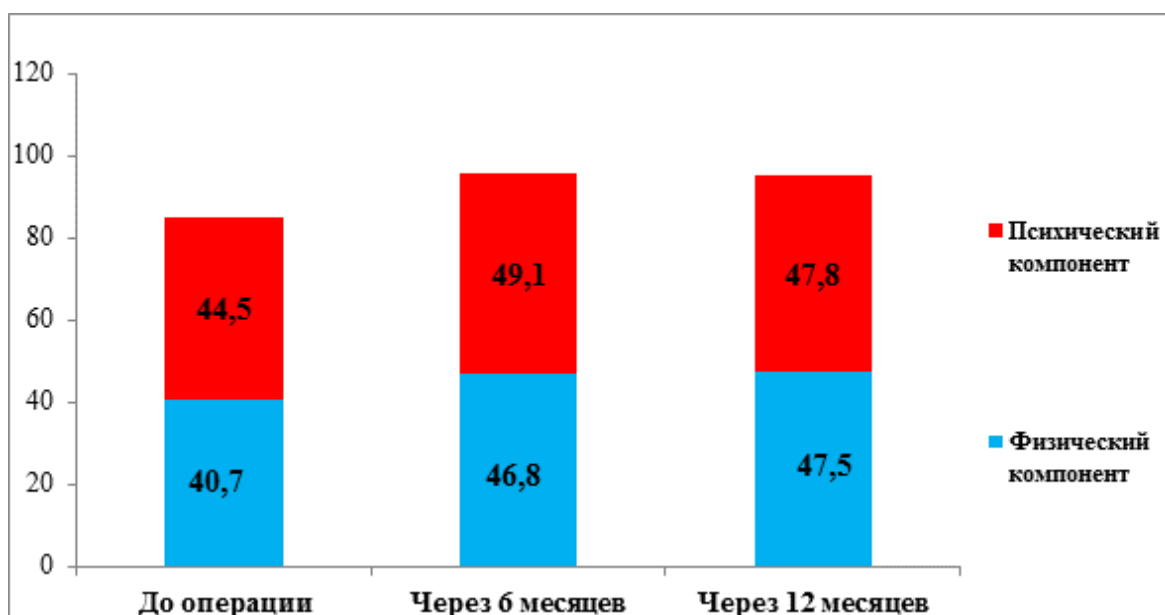


Рисунок 27 – Средние значения показателей физического и психического компонентов опросника SF-36 у пациентов с хроническим холециститом, прошедших анкетирование до операции, через 6 и 12 месяцев

При сравнении уровня КЖ в динамике до операции, через 6 и 12 месяцев после ХЭ, в зависимости от проведенной ХЭ из минидоступа, то статистической значимости, как в общем суммарном показателе, так и отдельно по компонентам GIQLI не наблюдается. Через 6 месяцев после ХЭ, максимальное увеличение показателей КЖ отмечается в компонентах «Эмоции» на 17,3%, «Социальная функция» на 9,5% и «Медицинское лечение» на 11,4%. В компонентах же «Симптом» и «Физическая функция» максимальное увеличение показателей КЖ отмечается на отрезке 12 месяцев на 12,2% и на 9,1% соответственно.

При расчете по модификации G. Sandblom, статистически значимое различие в показателях КЖ отмечалось только в компоненте «Функция верхнего ЖКТ» спустя 12 месяцев после операции на 17,9%, по сравнению с предоперационными показателями КЖ $M=20,2$; $SD=4,9$ и $M=23,6$; $SD=5,0$ ($p=0,01$) соответственно (рисунок 28).

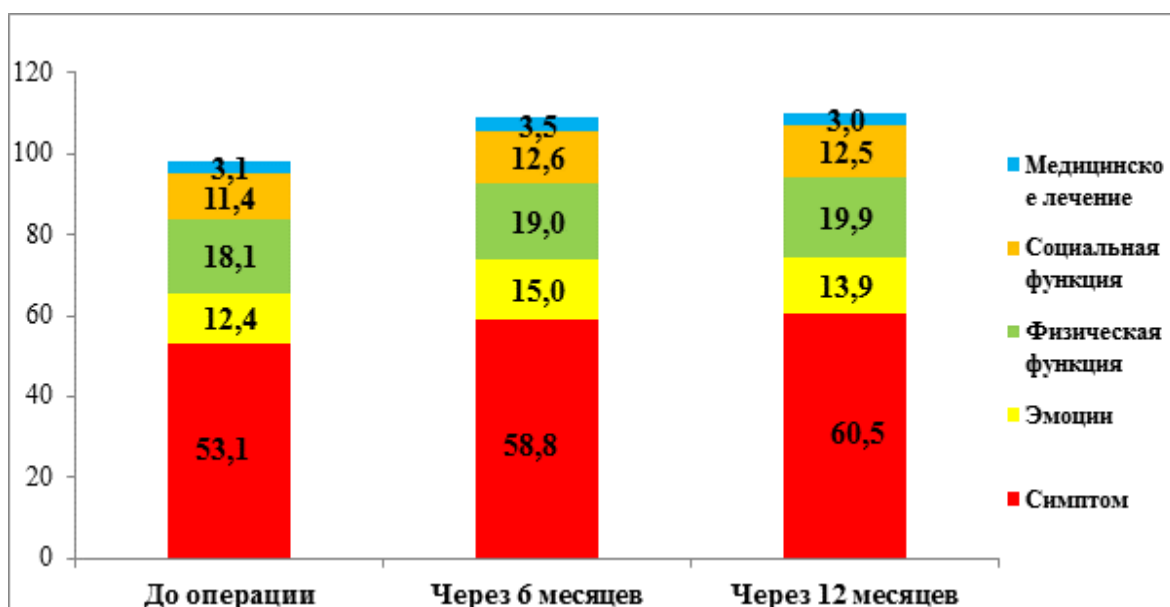


Рисунок 28 – Средние значения показателей качества жизни опросника GIQLI у пациентов до операции, через 6 и 12 месяцев в зависимости от доступа (МХЭ)

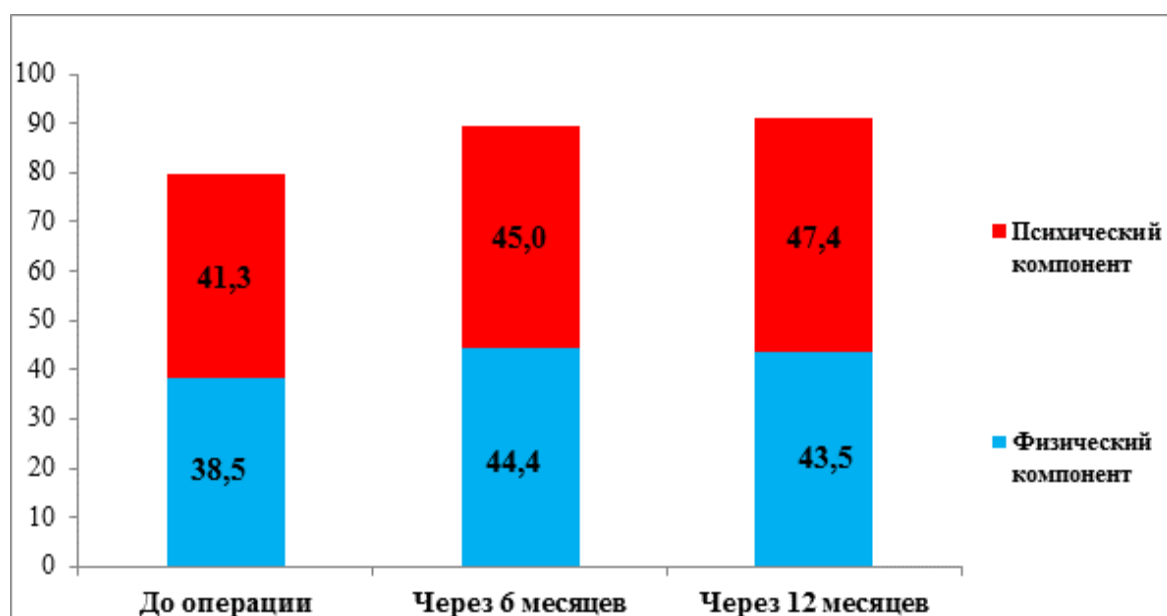


Рисунок 29 – Средние значения показателей физического и психического компонентов опросника SF-36 у пациентов до операции, через 6 и 12 месяцев в зависимости от доступа (МХЭ)

Как видно из рисунка 29, наибольшее увеличение показателей КЖ пациентов в физическом компоненте опросника SF-36 отмечается через 6 месяцев после ХЭ на 13,3%, через 12 месяцев улучшение показателей КЖ отмечается на 11,5%, чем до операции. В психическом же компоненте максимальное значение показателей КЖ отмечалась на отрезке 12 месяцев после ХЭ, что на 12,9% выше предоперационных показателей.

У пациентов, перенёвших ЛХЭ, средний суммарный показатель КЖ опросника GIQLI до операции составил $M=99,4$ ($SD=20,4$), через 6 месяцев после операции отмечается наибольшее увеличение этого показателя на 7,8% ($p=0,009$) и через 12 месяцев после ХЭ на 4,9% в сравнении с показателями КЖ до оперативного вмешательства. Спустя 6 месяцев после операции, статистически значимое увеличение показателей КЖ пациентов, прооперированных лапароскопическим доступом, отмечается в компонентах «Симптом» и «Эмоции» на 6,9% ($p=0,008$) и 13,6% ($p=0,004$) соответственно. В компоненте же «Социальная функция» статистически значимое увеличение показателей КЖ наблюдается через 12 месяцев после ХЭ на 10,2% ($p=0,009$) (рисунок 30).

По модификации G. Sandblom статистически значимые различия в показателях КЖ отмечается через 6 месяцев после перенесенной ЛХЭ в физической сфере на 8,4% ($M=30,5$; $SD=7,0$ и $M=33,3$; $SD=8,1$; $p=0,003$) и эмоциональной сфере на 14,3% ($M=19,7$; $SD=5,6$ и $M=23,0$; $SD=5,6$; $p=0,0001$) и в компоненте «Функция верхнего ЖКТ» на 11,5% ($M=20,7$; $SD=5,4$ и $M=23,4$; $SD=5,5$; $p=0,0001$).

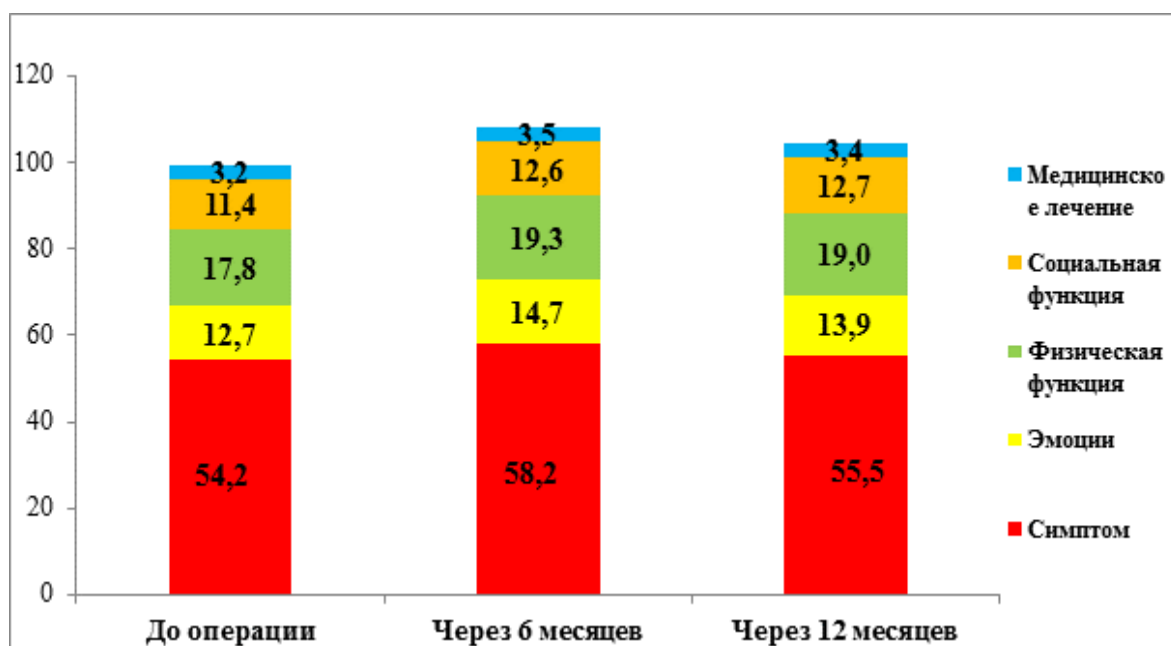


Рисунок 30 – Средние значения показателей качества жизни опросника GIQLI у пациентов до операции, через 6 и 12 месяцев в зависимости от доступа (ЛХЭ)

Сравнивая показатели КЖ по опроснику SF-36 у пациентов, перенёвших ЛХЭ, то статистически значимая разница в КЖ отмечается спустя 6 месяцев после операции, как по физическому компоненту на 8,5% ($p=0,002$), так и по психическому компоненту на 10,4% ($p=0,05$) (рисунок 31).

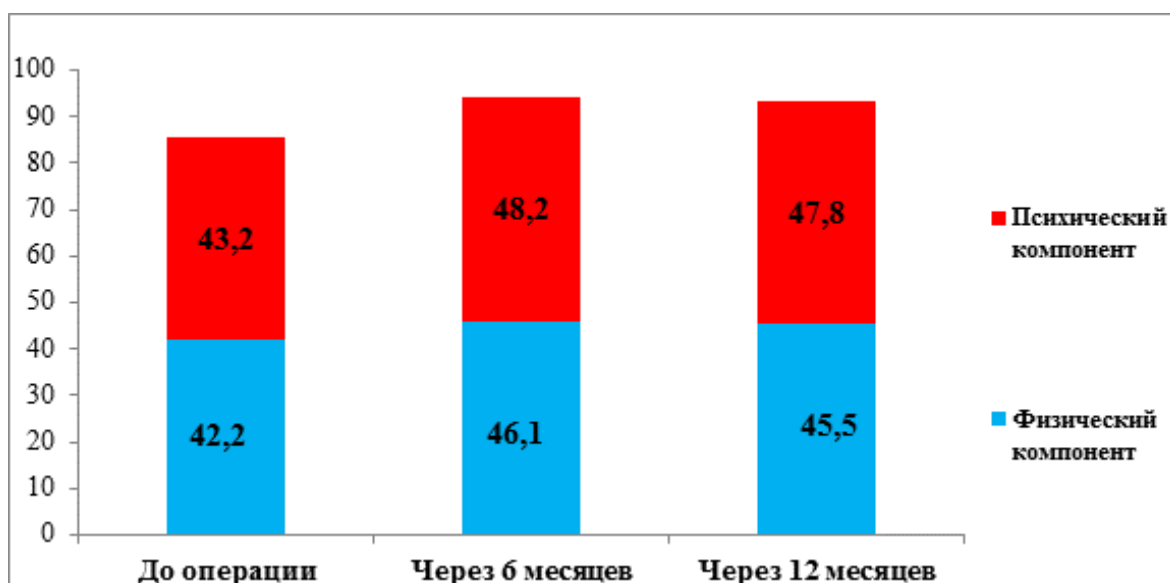


Рисунок 31 – Средние значения показателей физического и психического компонентов опросника SF-36 у пациентов до операции, через 6 и 12 месяцев в зависимости от доступа (ЛХЭ)

При сравнении показателей КЖ пациентов в целом, до ХЭ, через 6 и 12 месяцев после операции и показателей КЖ этих же пациентов, при этом разделив их на группы в зависимости от диагноза и хирургического доступа, наблюдается схожая тенденция изменений показателей КЖ в послеоперационном периоде.

Если до операции отмечается значимая разница по отдельным компонентам GIQLI и SF-36, то через 6 и 12 месяцев значимых различий уровня КЖ между группами ОХ и ХХ не наблюдается (таблица 6). То есть, уровень КЖ после операции не зависит от остроты воспаления желчного пузыря, которое было до операции.

Таблица 6 - Сравнение уровня КЖ между ОХ и ХХ в динамике

| Показатели КЖ | до операции | | | | p | через 6 месяцев | | | | p | через 12 месяцев | | | | p |
|----------------------|-------------|-------|-------------|------|-------------|-----------------|------|------------|-------|------|------------------|-------|------------|-------|------|
| | ОХ n=279 | | ХХ n=103 | | | ОХ n=77 | | ХХ n=41 | | | ОХ n=48 | | ХХ n=37 | | |
| | M | SD | M | SD | | M | SD | M | SD | | M | SD | M | SD | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| Physical role | 30,73 | 7,05 | 29,69 | 6,68 | 0,11 | 32,95 | 8,36 | 34,10 | 7,70 | 0,46 | 33,32 | 8,16 | 32,95 | 8,63 | 0,93 |
| Large bowel function | 20,06 | 3,79 | 20,26 | 2,97 | 0,57 | 19,81 | 3,48 | 19,78 | 3,13 | 0,80 | 18,60 | 3,71 | 19,08 | 2,96 | 0,77 |
| Emotional role | 19,91 | 5,35 | 18,85 | 5,67 | 0,11 | 22,70 | 5,96 | 23,44 | 5,47 | 0,56 | 22,34 | 6,34 | 21,68 | 6,46 | 0,69 |
| Upper GIT function | 20,92 | 5,20 | 19,69 | 5,36 | 0,02 | 23,66 | 5,28 | 23,02 | 5,63 | 0,48 | 23,09 | 5,28 | 22,11 | 5,25 | 0,41 |
| Meteorism | 8,44 | 2,40 | 8,20 | 2,38 | 0,24 | 9,13 | 2,62 | 8,46 | 3,06 | 0,27 | 8,60 | 2,82 | 8,03 | 3,21 | 0,49 |
| Symptom | 54,24 | 10,67 | 53,29 | 9,40 | 0,15 | 58,58 | 9,92 | 57,83 | 11,50 | 0,89 | 56,60 | 10,99 | 55,27 | 11,29 | 0,67 |
| Emotion | 12,89 | 3,54 | 12,02 | 4,00 | 0,07 | 14,64 | 4,01 | 15,07 | 3,64 | 0,61 | 14,15 | 4,52 | 13,59 | 4,46 | 0,49 |

Продолжение таблицы 6

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------|-------|-------|-------|-------------|--------|-------|--------|-------|------|--------|-------|--------|-------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| Physical Function | 18,18 | 5,72 | 17,09 | 4,92 | 0,02 | 19,14 | 6,31 | 19,37 | 5,66 | 0,85 | 19,19 | 5,92 | 18,86 | 6,41 | 0,85 |
| Social Function | 11,49 | 2,85 | 11,24 | 2,93 | 0,29 | 12,51 | 3,26 | 12,90 | 3,02 | 0,49 | 12,68 | 3,38 | 12,76 | 3,09 | 0,97 |
| Medical Treatment | 3,28 | 0,90 | 3,05 | 1,02 | 0,04 | 3,38 | 0,99 | 3,63 | 0,70 | 0,24 | 3,32 | 1,14 | 3,35 | 0,92 | 0,84 |
| Overall GIQLI | 100,07 | 20,59 | 96,69 | 18,26 | 0,06 | 108,26 | 21,06 | 108,80 | 21,35 | 0,78 | 105,94 | 23,13 | 103,84 | 22,76 | 0,73 |
| Физ. Комп. | 41,73 | 7,35 | 40,67 | 7,80 | 0,17 | 45,18 | 9,61 | 46,83 | 9,70 | 0,29 | 43,64 | 10,5 | 47,47 | 9,06 | 0,10 |
| Психич. компонент | 42,13 | 7,76 | 44,49 | 9,62 | 0,07 | 46,88 | 10,31 | 49,09 | 8,31 | 0,29 | 47,84 | 9,76 | 47,69 | 11,04 | 0,84 |

Таблица 7 - Сравнение уровня КЖ в зависимости от хирургического доступа

| Показатели КЖ | через 6 месяцев | | | | p | через 12 месяцев | | | | p |
|----------------------|-----------------|-------|----------|-------|------|------------------|-------|----------|-------|------|
| | МХЭ n=22 | | ЛХЭ n=96 | | | МХЭ n=8 | | ЛХЭ n=77 | | |
| | M | SD | M | SD | | M | SD | M | SD | |
| Physical role | 33,73 | 8,45 | 33,26 | 8,09 | 0,81 | 33,75 | 12,51 | 33,09 | 7,87 | 0,41 |
| Large bowel function | 19,50 | 4,15 | 19,86 | 3,16 | 0,99 | 19,63 | 3,81 | 18,72 | 3,36 | 0,47 |
| Emotional role | 22,77 | 6,57 | 23,00 | 5,62 | 0,79 | 22,63 | 7,80 | 21,99 | 6,25 | 0,57 |
| Upper GIT function | 23,59 | 4,97 | 23,41 | 5,51 | 0,99 | 24,63 | 5,24 | 22,45 | 5,25 | 0,17 |
| Meteorism | 9,36 | 2,56 | 8,79 | 2,84 | 0,35 | 9,13 | 3,00 | 8,26 | 3,00 | 0,42 |
| Symptom | 58,82 | 9,93 | 58,21 | 10,62 | 0,96 | 60,50 | 11,70 | 55,54 | 10,98 | 0,16 |
| Emotion | 15,00 | 4,39 | 14,74 | 3,77 | 0,50 | 13,88 | 4,97 | 13,91 | 4,45 | 0,98 |
| Physical Function | 19,05 | 6,59 | 19,26 | 5,98 | 0,94 | 19,88 | 8,54 | 18,96 | 5,86 | 0,41 |
| Social Function | 12,64 | 2,90 | 12,65 | 3,24 | 0,85 | 12,50 | 4,75 | 12,74 | 3,08 | 0,71 |
| Medical Treatment | 3,45 | 1,06 | 3,47 | 0,87 | 0,55 | 3,00 | 1,41 | 3,37 | 1,00 | 0,42 |
| Overall GIQLI | 108,95 | 21,73 | 108,33 | 21,03 | 0,91 | 109,75 | 28,74 | 104,51 | 22,32 | 0,28 |
| Физ. компонент | 44,36 | 9,77 | 46,07 | 9,62 | 0,39 | 43,46 | 11,34 | 45,53 | 9,94 | 0,65 |
| Психич. компонент | 45,02 | 12,08 | 48,25 | 9,02 | 0,32 | 47,38 | 10,62 | 47,81 | 10,31 | 0,88 |

Как видно из таблицы 7, статистически значимой разницы не наблюдается через 6 и 12 месяцев после ХЭ ни по одному компоненту GIQLI и SF-36. Соответственно, уровень КЖ пациентов, перенесших ХЭ в отдаленном периоде (через 6 и 12 месяцев) не зависит от доступа – минилапаротомный или лапароскопический.

5.3 Сравнение качества жизни пациентов, ответивших на все 3 опросника (до операции, через 6 месяцев и через 12 месяцев)

Таблица 8 - Уровень качества жизни по опроснику GIQLI пациентов, ответивших на опросник до операции, через 6 месяцев и через 12 месяцев

| Уровень КЖ | (GIQLI overall) | до операции | | через 6 мес | | через 12 мес | |
|--------------|-----------------|-------------|------|-------------|-------|--------------|-------|
| | | абс | % | абс | % | абс | % |
| Очень низкий | 1-35,9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Низкий | 36-71,9 | 5 | 9,8 | 4 | 7,8 | 6 | 11,8 |
| Средний | 72-107,9 | 28 | 54,9 | 18 | 35,3 | 17 | 33,3 |
| Высокий | 108-144 | 18 | 35,3 | 29 | 56,9 | 28 | 54,9 |
| Итого | | 51 | 100 | 51 | 100,0 | 51 | 100,0 |

Как видно из таблицы 8, распределение пациентов до операции у 54,9% пациентов в основном составляет средний уровень КЖ, высокий уровень КЖ у 35,3% и низкий у 9,8% человек. Очень низкого уровня КЖ не отмечено ни одного пациента. Через 6 месяцев после операции распределение пациентов изменилось в лучшую сторону. Высокий уровень КЖ отмечался у 56,9% пациентов, средний уровень КЖ зафиксирован у 35,3% пациентов и низкий уровень у 7,8% человек. Через 12 месяцев распределение пациентов немного поменялась, высокий уровень КЖ наблюдался у 54,9% людей, средний уровень у 33,3% пациентов и низкий уровень КЖ немного повысился до 11,8%. Более наглядное распределение представлено на рисунке 32.

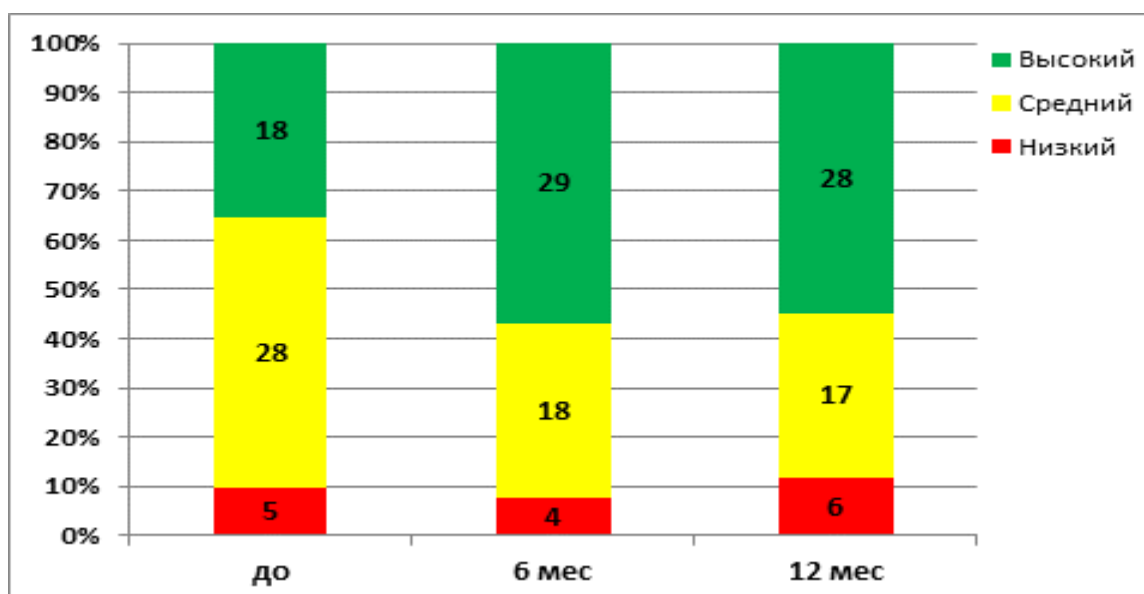


Рисунок 32 – Уровень качества жизни пациентов, прошедших анкетирование до операции, через 6 и 12 месяцев

При сравнении средних показателей КЖ пациентов, прошедших анкетирование до, через 6 и 12 месяцев после ХЭ статистически значимые различия наблюдались между показателями КЖ до операции и после 6 месяцев, как в общем суммарном индексе КЖ - $M=96,63$ ($SD=20,02$) и $M=108,29$ ($SD=22,17$) соответственно ($p=0,003$), так и во всех компонентах опросника GIQLI ($p<0,05$), кроме компонента «Медицинское лечение» - $M=3,18$ ($SD=0,97$) и $M=3,49$ ($SD=0,88$) соответственно ($p>0,05$). Значимость различий подсчитана для сравнения 3 групп (критерий Фридмана для k-зависимых групп). Наиболее значимые различия наблюдались в компонентах «Симптом» до ХЭ - $M=52,98$ ($SD=10,01$), через 6 месяцев после ХЭ - $M=58,16$ ($SD=10,76$) ($p=0,005$) и «Эмоции» $M=12,35$ ($SD=3,83$); $M=14,84$ ($SD=3,93$) соответственно ($p=0,002$) и наименьшие в физической и социальной сфере ($p=0,05$) (рисунок 33).

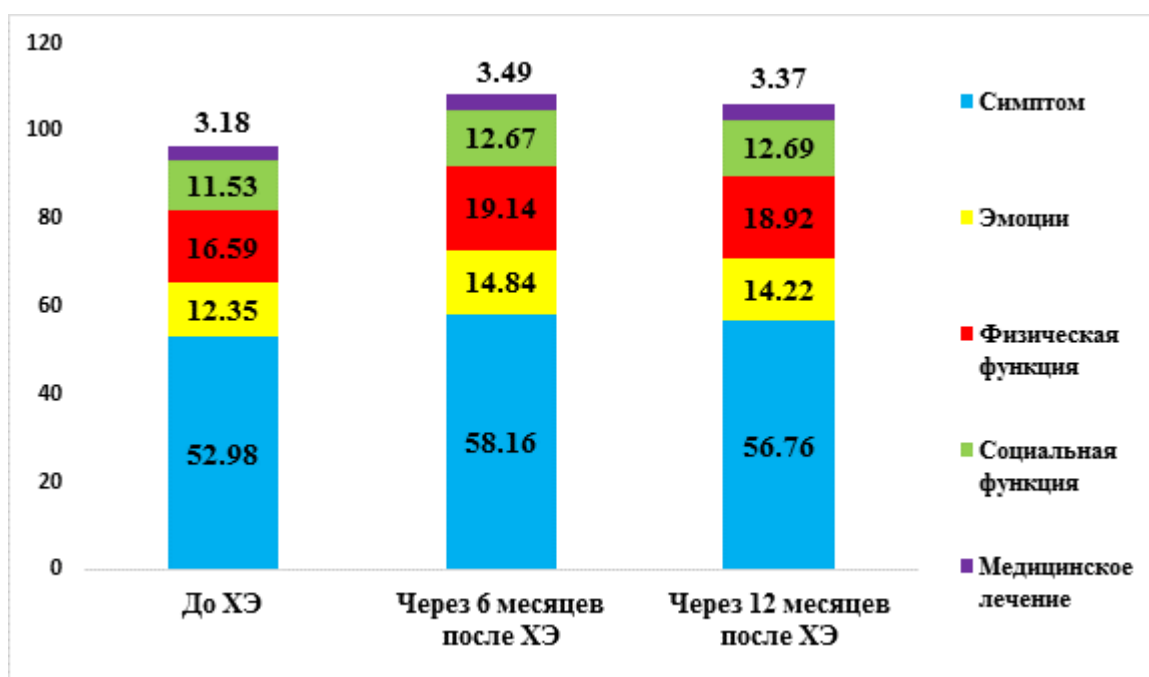


Рисунок 33 – Средние значения показателей качества жизни опросника GIQLI у пациентов, прошедших анкетирование до операции, через 6 и 12 месяцев

При сравнении показателей КЖ по модификации, то наиболее значимые различия отмечались в компонентах «Эмоциональная роль» ($M=19,00$; $SD=5,53$ и $M=22,88$; $SD=6,17$) и «Функция верхнего ЖКТ» ($M=19,94$; $SD=5,14$ и $M=23,35$; $SD=5,82$) ($p=0,0001$), менее значимые различия отмечались в физической сфере ($M=29,80$; $SD=7,38$ и $M=33,35$; $SD=8,22$) ($p=0,006$) и компоненте «Метеоризм» ($M=7,76$; $SD=2,61$ и $M=8,98$; $SD=2,79$) ($p=0,015$) и никаких различий не было в компоненте «Функция толстого кишечника».

Сравнивая индексы КЖ по опроснику SF-36, то статистически значимые различия наблюдались во всех шкалах, а также в физическом ($p=0,004$) и в психическом ($p=0,02$) компонентах, кроме шкал GH и SF. Наиболее значимые различия отмечались в шкалах BP ($p=0,0001$), VT, RE ($p=0,001$) и менее

значимые отличия были зафиксированы в шкалах RP ($p=0,008$), MH ($p=0,004$) и PF ($p=0,04$) (рисунок 34, 35).

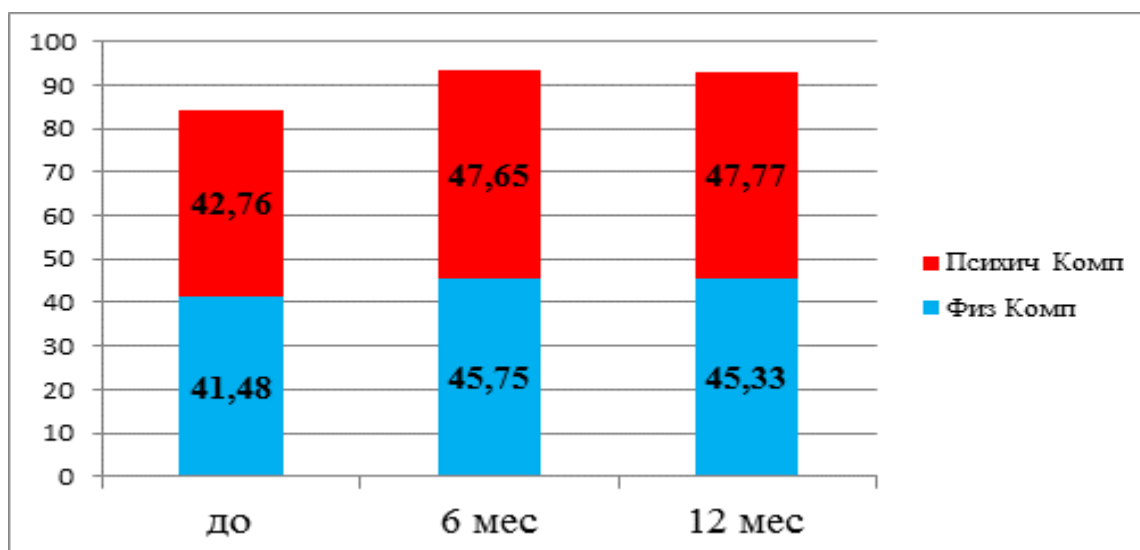
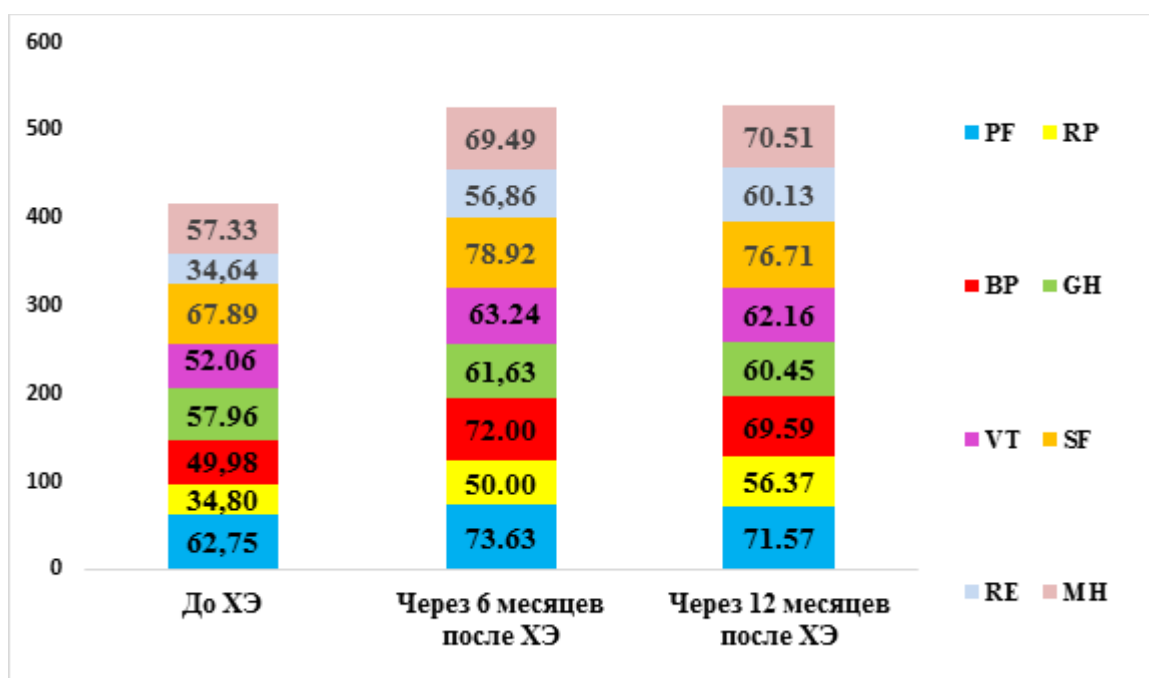


Рисунок 34 – Средние значения показателей физического и психического компонентов опросника SF-36 у пациентов, прошедших анкетирование до операции, через 6 и 12 месяцев



PF- физическое функционирование; RP- ролевое функционирование; BP – болевые ощущения; GH – общее здоровье; VT – жизнеспособность; SF – социальное функционирование; RE – ролевое эмоциональное функционирование; MH – психическое здоровье

Рисунок 35 – Средние значения показателей опросника SF-36 у пациентов, прошедших анкетирование до операции, через 6 и 12 месяцев

Таблица 9 - Значимость различий показателей КЖ опросника GIQLI и SF-36 у пациентов до и спустя 6 месяцев после ХЭ (N-118)

| Показатель | До | 6 мес. | Z | p | t | p |
|---|------------------|------------------|---------------------|---------------|--------|--------------|
| Physical role | 29,80 ± 7,384 | 33,35±9,240 | -3,531 ^b | 0,0001 | -3,643 | 0,001 |
| Large bowel function | 20,12 ± 3,185 | 19,73 ± 3,347 | -,321 ^c | 0,748 | 0,334 | 0,74 |
| Emotional role | 19,00 ± 5,535 | 22,88 ± 6,170 | -6,534 ^c | 0,0001 | 7,933 | 0,001 |
| Physical Function | 16,59 ± 5,731 | 19,14 ± 6,274 | -2,323 ^b | 0,020 | -2,097 | 0,04 |
| Social Function | 11,53 ± 3,426 | 12,67 ± 3,128 | -3,878 ^b | 0,0001 | -4,035 | 0,001 |
| Medical Treatment | 3,18 ± 0,974 | 3,49 ± 0,880 | -2,465 ^b | 0,014 | -2,448 | 0,02 |
| Overall GIQLI | 96,63 ± 20,022 | 108,29 ± 22,174 | -4,334 ^b | 0,0001 | -4,348 | 0,00 |
| PF - PF | 62,75 ± 24,705 | 73,63 ± 25,536 | -3,510 ^b | 0,0001 | -3,678 | 0,00 |
| RP - RP | 34,80 ± 43,034 | 50,00 ± 43,589 | -2,339 ^b | 0,019 | -2,370 | 0,02 |
| BP - BP | 49,98 ± 24,067 | 72,00 ± 23,811 | -7,123 ^b | 0,0001 | -8,719 | 0,00 |
| GH - GH | 57,96 ± 16,589 | 61,63 ± 16,589 | -1,659 ^b | 0,097 | -1,754 | 0,08 |
| VT - VT | 52,06 ± 15,943 | 63,24 ± 19,540 | -5,691 ^b | 0,0001 | -6,252 | 0,00 |
| SF - SF | 67,892 ± 25,1564 | 78,922 ± 22,0071 | -3,819 ^b | 0,0001 | -3,956 | 0,00 |
| RE - RE | 34,641 ± 45,1963 | 56,863 ± 45,1963 | -3,359 ^b | 0,001 | -3,603 | 0,00 |
| MH - MH | 57,33 ± 16,093 | 69,49 ± 21,331 | -4,678 ^b | 0,0001 | -4,944 | 0,00 |
| С предыдущим годом | 37,75 ± 29,737 | 68,63 ± 31,561 | -6,289 ^b | 0,0001 | -7,517 | 0,00 |
| Физический компонент | 40,7307 ± 7,675 | 45,0820 ± 9,295 | -4,030 ^b | 0,0001 | -4,504 | 0,00 |
| Психический компонент | 41,2902 ± 9,619 | 47,4892 ± 10,416 | -4,478 ^b | 0,0001 | -4,720 | 0,00 |
| Примечания Z - критерий Уилкоксона для 2 зависимых групп t - критерий для 2 зависимых групп | | | | | | |

Как видно из таблицы 9, значимость различий в 3 группах обусловлена главным образом, за счет разницы показателей КЖ пациентов между до ХЭ и через 6 месяцев после ХЭ (n=118). Дополнительно проведена оценка различий в группах с помощью параметрического критерия t для зависимых групп, которая дала аналогичные результаты.

Тогда как при расчете значимости между группами 12 месяцев и 6 месяцев (51 респондент) статистическая значимость имеется только по компоненту «Эмоции» (таблица 10).

Таблица 10 - Значимость различий показателей КЖ опросника GIQLI и SF-36 у пациентов через 6 и 12 месяцев после ХЭ

| Показатель | 6 мес. | 12 мес | Z | p |
|---|------------------|------------------|---------------------|---------------|
| Physical role | 33,35±9,240 | 32,98 ±9,240 | -,213 ^b | 0,831 |
| Large bowel function | 19,73 ± 3,347 | 19,18± 3,254 | -,902 ^c | 0,367 |
| Emotional role | 22,88 ± 6,170 | 22,43± 6,891 | -5,374 ^b | 0,0001 |
| Physical Function | 19,14 ± 6,274 | 18,92± 6,459 | -,181 ^b | 0,857 |
| Social Function | 12,67 ± 3,128 | 12,69± 3,444 | -,190 ^b | 0,850 |
| Medical Treatment | 3,49 ± 0,880 | 3,37± 1,058 | -,588 ^c | 0,557 |
| Overall GIQLI | 108,29 ± 22,174 | 105,96 ± 24,507 | -,243 ^c | 0,808 |
| PF - PF | 73,63 ± 25,536 | 71,57 ± 28,539 | -,316 ^c | 0,752 |
| RP - RP | 50,00 ± 43,589 | 56,37 ± 43,256 | -1,024 ^b | 0,306 |
| BP - BP | 72,00 ± 23,811 | 69,59 ± 23,903 | -,587 ^c | 0,557 |
| GH - GH | 61,63 ± 16,589 | 60,45 ± 19,381 | -,452 ^c | 0,651 |
| VT - VT | 63,24 ± 19,540 | 62,16 ± 20,402 | -,340 ^c | 0,734 |
| SF - SF | 78,922 ± 22,0071 | 76,716 ± 23,7197 | -,853 ^c | 0,394 |
| RE - RE | 56,863 ± 45,1963 | 60,131 ± 43,2150 | -,475 ^b | 0,635 |
| MH - MH | 69,49 ± 21,331 | 70,51 ± 18,965 | -,132 ^b | 0,895 |
| с предыдущим годом | 68,63 ± 31,561 | 64,74 ± 29,514 | -1,038 ^b | 0,299 |
| Физический компонент | 45,0820 ± 9,295 | 44,5696 ± 9,882 | -,450 ^c | 0,653 |
| Психический компонент | 47,4892 ± 10,416 | 47,8906± 9,958 | -,019 ^b | 0,985 |
| Примечание - Z -критерий Уилкоксона для 2 зависимых групп | | | | |

5.4 Влияние предикторов на уровень качества жизни пациентов после холецистэктомии

В проспективное исследование было включено 382 респондента, прошедшие анкетирование до операции.

Для каждого фактора рассчитывали относительный риск (RR) развития низкого уровня КЖ. Условно за низкий уровень КЖ принят интегральный показатель - GIQLI overall менее 72 баллов (Приложение И).

Количество респондентов с низким уровнем КЖ – 38 (9,97%) от общего числа респондентов.

Таблица 11 - Факторы, влияющие на низкий уровень КЖ пациентов до ХЭ

| Факторы | RR | 95%CI | | p |
|--------------------|-------|----------|-----------|-------|
| | | Ниж. гр. | Верх. гр. | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Женский пол | 1,037 | 2,110 | 0,510 | >0,05 |
| Возраст 65 и более | 0,739 | 1,821 | 0,300 | >0,05 |
| Сельский житель | 1,047 | 0,459 | 2,392 | >0,05 |

Продолжение таблицы 11

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------|--------|-------|-----------------|
| Наличие осложнения заболевания | 0,499 | 0,159 | 1,567 | >0,05 |
| Наличие сопутствующих заболеваний | 0,978 | 0,533 | 1,794 | >0,05 |
| Острый холецистит | 1,024 | 0,516 | 2,032 | >0,05 |
| Плановый тип госпитализации | 0,990 | 0,499 | 1,965 | >0,05 |
| Семейный статус – не замужем/не женат | 1,231 | 0,635 | 2,385 | >0,05 |
| Социальный статус - пенсионер | 0,919 | 1,790 | 0,472 | >0,05 |
| Инвалидность | 4,324 | 13,626 | 1,372 | <0,05 |
| Состояние при поступлении – удовлетворительное | 1,292 | 3,119 | 0,535 | >0,05 |
| Состояние средней тяжести | 0,715 | 1,484 | 0,344 | >0,05 |
| Состояние тяжелое | 1,469 | 4,388 | 0,492 | >0,05 |
| Индекс ВМІ - норма | 0,569 | 1,136 | 0,285 | >0,05 |
| Индекс ВМІ – 25-29,9 | 2,330 | 4,261 | 1,274 | <0,05 |
| Индекс ВМІ – 30-34,9 | 0,662 | 1,635 | 0,268 | >0,05 |
| Индекс ВМІ – свыше 35 | 0,627 | 2,483 | 0,158 | >0,05 |
| Тахикардия при поступлении | 2,735 | 5,240 | 1,428 | <0,05 |
| Изменения на ЭКГ | 1,269 | 2,365 | 0,681 | |
| Артериальная гипертензия при поступлении | 1,756 | 3,255 | 0,948 | |
| Артериальная гипотензия при поступлении | 1,689 | 10,375 | 0,275 | |
| Анемия | 0,826 | 3,228 | 0,212 | |
| Лейкоцитоз | 2,611 | 4,885 | 1,396 | <0,05 |
| Сдвиг в формуле нейтрофилов в сторону палочкоядерных и других незрелых форм при поступлении | 2,956 | 5,430 | 1,609 | <0,05 |
| Ускоренная СОЭ при поступлении | 0,961 | 1,783 | 0,518 | >0,05 |
| Протеинурия при поступлении | 1,292 | 3,119 | 0,535 | >0,05 |
| Гипергликемия | 0,836 | 2,250 | 0,311 | >0,05 |
| Гипопротеинемия | 0 | 0 | 0 | |
| Гипербилирубинемия | 1,186 | 2,403 | 0,586 | >0,05 |
| Повышение АЛТ | 1,537 | 2,918 | 0,809 | >0,05 |
| Повышение АСТ | 1,811 | 3,384 | 0,969 | >0,05 |
| Наличие коагулопатии | 1,117 | 7,270 | 0,172 | >0,05 |
| Повышен уровень ЩФ при поступлении | 1,452 | 3,486 | 0,605 | >0,05 |
| Постельный режим | 2,636 | 7,379 | 0,941 | >0,05 |
| Способны передвигаться только в пределах квартиры | 2,661 | 4,846 | 1,461 | >0,05 |
| Способны передвигаться в городе | 0,324 | 0,584 | 0,180 | <0,05 |

Как видно из таблицы 11, предикторами развития низкого КЖ до ХЭ являются такие показатели как тяжелое состояние на момент поступления, семейное положение (не замужем/не женат), инвалидность, индекс ВМІ – 25-29,9, лейкоцитоз, тахикардия при поступлении, сдвиг в формуле нейтрофилов в сторону палочкоядерных и других незрелых форм при поступлении, повышение аспаратаминотрансфераза (АСТ) и двигательная активность пациента (постельный режим, передвижение в пределах квартиры).

Высоким показателем риска низкого КЖ у пациентов до оперативного вмешательства является инвалидность (RR=4,3; 95% CI=13,6-1,3; $p < 0,05$).

Среднее влияние на КЖ оказывают – тахикардия при поступлении, лейкоцитоз, сдвиг в формуле нейтрофилов в сторону палочкоядерных и других незрелых форм при поступлении, двигательная активность пациента и индекс ВМІ – 25-29,9, но при этом статистически значимыми предикторами являлись индекс ВМІ – 25-29,9 (RR=2,3; 95% CI=4,2-1,3; $p < 0,05$), лейкоцитоз (RR=2,6; 95% CI=4,9-1,4; $p < 0,05$), тахикардия при поступлении (RR=2,7; 95% CI=5,2-1,4; $p < 0,05$), сдвиг в формуле нейтрофилов в сторону палочкоядерных и других незрелых форм при поступлении (RR=2,9; 95% CI=5,4-1,6; $p < 0,05$).

Положительное влияние на КЖ до ХЭ являлось способность передвигаться в пределах города (RR=0,32; 95% CI=0,6-0,2; $p < 0,05$).

Следующие предикторы как семейное положение, тяжелое состояние при поступлении и повышенное содержание АСТ в крови оказывают незначительное влияние, но при этом статистической значимости не имеют.

Предикторами низкого КЖ пациентов через 6 месяцев после оперативного вмешательства являются: женский пол, городской житель, инвалидность, социальный статус - пенсионер, среднее и тяжелое состояние при поступлении, наличие артериальной гипертензии при поступлении, анемии, гипергликемии, гипопротеинемии, повышение аланинаминотрансферазы (АЛТ) и АСТ, повышение щелочной фосфатазы (ЩФ), пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и пребывание в отделении более 6 дней.

Наиболее высокое и статистически значимое ($p < 0,05$) влияние оказывают следующие факторы: тяжелое состояние при поступлении (RR=8,3; 95% CI=28,4-2,4), артериальная гипертензия при поступлении (RR=4,5; 95% CI=17,7-1,1), анемия (RR=5,3; 95% CI=21,6-1,3), гипопротеинемия (RR=5,5; 95% CI=31,6-1,0).

Такие факторы как инвалидность, социальный статус - пенсионер, гипергликемия, повышение АЛТ, АСТ и повышение ЩФ, пребывание в ОРИТ оказывают среднее влияние на КЖ, но статистической значимости не имеют.

Следующие предикторы оказывают небольшое влияние, но имеют статистическую значимость ($p < 0,05$): женский пол (RR=1,1; 95% CI=1,0-1,2), проживание в городе (RR=1,1; 95% CI=1,0-1,2), пребывание в стационаре более 6 дней (RR=1,1; 95% CI=1,0-1,2). Положительное влияние на КЖ через 6 месяцев после ХЭ оказывает среднее состояние тяжести на момент поступления (RR=0,2; 95% CI=0,8-0,1), (таблица 12).

Таблица 12 - Факторы, влияющие на низкий уровень качества жизни пациентов через 6 месяцев после холецистэктомии

| Факторы | RR | 95% CI | | p |
|---|--------------|----------|-----------|-----------------|
| | | Ниж. гр. | Верх. гр. | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Женский пол | 1,101 | 1,030 | 1,177 | <0,05 |
| Возраст 65 и более | 1,021 | 0,895 | 1,165 | >0,05 |
| Городской житель | 1,084 | 1,025 | 1,147 | <0,05 |
| Наличие осложнения заболевания | 1,852 | 0,405 | 8,464 | >0,05 |
| Наличие сопутствующих заболеваний | 0,788 | 0,197 | 3,146 | >0,05 |
| Хронический холецистит | 1,051 | 0,938 | 1,177 | >0,05 |
| Плановый тип госпитализации | 1,170 | 0,294 | 4,649 | >0,05 |
| Семейный статус – не замужем/не женат | 0,931 | 0,178 | 4,875 | >0,05 |
| Социальный статус - пенсионер | 2,803 | 11,163 | 0,704 | >0,05 |
| Инвалидность | 2,667 | 18,329 | 0,388 | >0,05 |
| Индекс ВМІ - норма | 0,486 | 2,308 | 0,102 | >0,05 |
| Индекс ВМІ – 25-29,9 | 1,086 | 4,319 | 0,273 | >0,05 |
| Индекс ВМІ – 30-34,9 | 1,737 | 7,967 | 0,379 | >0,05 |
| Индекс ВМІ – свыше 35 | 1,730 | 12,556 | 0,238 | >0,05 |
| Тяжесть состояния при поступлении – удовлетворительное | 1,061 | 7,997 | 0,141 | >0,05 |
| Тяжесть состояния при поступлении – среднее | 0,229 | 0,846 | 0,062 | <0,05 |
| Тяжесть состояния при поступлении – тяжелое | 8,250 | 28,464 | 2,391 | <0,05 |
| Тахикардия при поступлении | 1,011 | 0,857 | 1,193 | >0,05 |
| Изменения на ЭКГ | 0,650 | 3,076 | 0,137 | >0,05 |
| Артериальная гипертензия при поступлении | 4,479 | 17,674 | 1,135 | <0,05 |
| Анемия | 5,286 | 21,570 | 1,295 | <0,05 |
| Лейкоцитоз | 0,675 | 3,193 | 0,143 | >0,05 |
| Сдвиг в формуле нейтрофилов в сторону палочкоядерных и других незрелых форм при поступлении | 1,515 | 0,197 | 11,672 | >0,05 |
| Ускорение СОЭ при поступлении | 0,978 | 0,884 | 1,081 | >0,05 |
| Протеинурия при поступлении | | | | >0,05 |
| Гипергликемия | 2,944 | 12,997 | 0,667 | >0,05 |
| Гипопротеинемия | 5,476 | 31,639 | 1,002 | <0,05 |
| Гипербилирубинемия | 1,684 | 6,636 | 0,427 | >0,05 |
| Повышение АЛТ | 2,278 | 8,607 | 0,603 | >0,05 |
| Повышение АСТ | 2,189 | 8,279 | 0,579 | >0,05 |
| Наличие коагулопатии | 0 | 0 | 0 | |
| Повышен уровень ЩФ при поступлении | 2,125 | 9,630 | 0,469 | >0,05 |

Продолжение таблицы 12

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------|--------|-------|-----------------|
| ХЭ путем открытого доступа (МЛТ) | 1,455 | 0,314 | 6,729 | >0,05 |
| Вид анестезии - наркоз | 1,215 | ,306 | 4,826 | >0,05 |
| Продолжительность операции 1 час и менее | 1,215 | 4,826 | 0,306 | >0,05 |
| Продолжительность операции 2-3 часа | 0,921 | 3,664 | 0,232 | >0,05 |
| Продолжительность операции свыше 3 часов | 0 | 0 | 0 | |
| Послеоперационное осложнение - есть | 1,852 | 0,405 | 8,464 | >0,05 |
| Пребывание в ОРИТ после операции | 2,940 | 11,320 | 0,764 | >0,05 |
| Койко-дни более 6 | 1,131 | 1,039 | 1,232 | <0,05 |
| Активность пациента на момент анкетирования (способны передвигаться только в пределах квартиры) | 1,179 | 5,502 | 0,253 | >0,05 |

По результатам собственных исследований пациентов с калькулезным холециститом до оперативного вмешательства и спустя 6 и 12 месяцев после ХЭ отмечается значительное улучшение КЖ больных, по всем показателям спустя полгода после перенесенной ХЭ как по опроснику GIQLI, так и по опроснику SF-36, однако при повторном анкетировании на отрезке 12 месяцев отмечается незначительное снижение КЖ пациентов по всем показателям кроме социальной сферы опросника GIQLI и значительное снижение КЖ пациентов в шкалах «PF» физическое функционирование, «BP» болевые ощущения, «GH» общее здоровье, «VT» жизнеспособность и «SF» социальное функционирование.

Основными предикторами развития низкого КЖ пациентов до операции являются: инвалидность, индекс ВМІ 25-29.9, тахикардия при поступлении, двигательная активность пациента – способность передвигаться в пределах квартиры и по городу, лейкоцитоз, сдвиг в формуле нейтрофилов в сторону палочкоядерных и других незрелых форм при поступлении. А после ХЭ основными факторами риска являются: женский пол, проживание в городе, среднее и тяжелое состояние при поступлении, наличие артериальной гипертензии, анемия, гипопротеинемия и нахождение в стационаре более 6 дней.

Мониторинг параметров КЖ позволяет своевременно диагностировать послеоперационные осложнения и использование специализированных опросников дает возможность проводить динамический контроль за состоянием больных и своевременно назначить соответствующую терапию.

6 СРАВНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ МЕЖДУ КАЗАХСТАНОМ И ШВЕЦИЕЙ

Из базы данных включающей 1057 пациентов, перенесших ХЭ, на основании следующих критериев: пола, возраста, характера госпитализации, вида операции и диагноза было отобрано всего 448 проанкетированных респондентов после ХЭ, оперированных с 02.01.2002 по 26.12.2004 год, в возрасте от 20 и старше лет. Анкетирование пациентов проведено в период с 21.02.2007 по 14.12.2008 год. Количество пациентов из Казахстана – 259 человек, перенесших ХЭ в период с 29.12.2012 по 05.05.2016 год и прошедших анкетирование с 01.09.2016 по 01.06.2017 год.

6.1 Оценка качества жизни пациентов после холецистэктомии в зависимости от влияния различных факторов по данным базы данных Швеции

Среднее значение суммарного индекса КЖ (Overall GIQLI) у пациентов Швеции составил $M=115,27$ ($SD=19,64$), что составляет 80% от максимально возможного значения. Наибольшие значения показателей КЖ пациентов отмечаются в компоненте «Симптом» $M=60,39$ ($SD=10,52$) и минимальным результатом в компоненте «Социальная функция» $M=14,18$ ($SD=2,82$). По модификации, предложенной G. Sandblom (modif) максимальное среднее значение индекса КЖ наблюдалось в компоненте «Физическая роль» $M=38,58$ ($SD=6,92$) и минимальное значение в компоненте «Функция толстого кишечника» $M=19,29$ ($SD=4,03$).

Показатели КЖ в зависимости от половых принадлежностей, то по суммарному индексу (Overall GIQLI) показатель у мужчин больше $M=116,72$ ($SD=19,79$), у женщин он составил $M=114,73$ ($SD=19,59$) и наиболее значимое различие наблюдается только в компоненте «Симптом», у мужчин он оказался выше в сравнении с женщинами ($M=61,80$; $SD=10,55$ ($CI=59,91-63,68$) и $M=59,85$; $SD=10,49$ ($CI=58,71-61,00$) соответственно $p=0,08$). Остальные показатели КЖ у женщин незначительно выше, чем у мужчин, разница статистически не значима. Если рассматривать показатели КЖ по модификации, то более высокие показатели отмечается у мужчин, кроме физической сферы. Статистически значимое повышение показателей у мужчин отмечается в компонентах «Функция верхнего ЖКТ» ($M=26,02$; $SD=4,54$ ($CI=25,21-26,84$) и $M=24,94$; $SD=4,94$ ($CI=24,41-25,48$) соответственно $p=0,04$) и в компоненте «Метеоризм» ($M=8,28$; $SD=2,59$ ($CI=7,81-8,74$) и $M=7,63$; $SD=2,58$ ($CI=7,35-7,92$) соответственно $p=0,02$).

Рассматривая показатели КЖ со стороны характера госпитализации, то по всем компонентам показатели после экстренной госпитализации незначительно выше, чем при плановой. Так среднее значение суммарного индекса КЖ (Overall GIQLI) при экстренной госпитализации составляет $M=117,12$ ($SD=19,68$), а при плановой $M=114,91$ ($SD=19,69$). Статистически значимое повышение показателя отмечается по модификации G. Sandblom при

экстренной госпитализации, в компоненте «Метеоризм» ($M=8,41$ ($SD=2,71$; $CI=7,80-9,02$)) и при плановой равен $M=7,68$ ($SD=2,57$; $CI=7,42-7,95$) соответственно $p=0,02$).

КЖ в зависимости от вида операции, то показатели после ЛХЭ незначительно выше, чем после МХЭ. Среднее значение Overall GIQLI после ЛХЭ составил $M=115,64$ ($SD=19,20$), после МХЭ составил $M=112,92$ ($SD=22,35$). При этом наиболее значимые различия наблюдаются в компонентах «Физическая функция» $M=21,08$ ($SD=5,15$; $CI=20,56-21,59$) ($p=0,01$) и «Социальная функция» $M=14,32$ ($SD=2,70$; $CI=14,05-14,59$) ($p=0,01$). По модификации зависимость КЖ от вида операции статистически значимое различие наблюдалось только в физической сфере $M=38,89$ ($SD=6,68$; $CI=38,22-39,56$).

Значимых статистических различий в КЖ в зависимости от характера воспаления и изменений в желчном пузыре не наблюдалось. При этом суммарный индекс КЖ выше при ОКХ и составляет $M=116,26$ ($SD=19,54$), при ХКХ $M=114,82$ ($SD=19,71$), но если рассматривать показатели по компонентам, то в физической и социальной сфере, а также в компоненте «Медицинское лечение» показатели КЖ при ХКХ незначительно выше в сравнении с ОКХ.

В данной группе, такой фактор, как прошедший срок после операции, не имел статистически значимых различий.

На КЖ пациентов немаловажное значение играет возраст пациента. Так самые высокие показатели КЖ компонентов «Социальная функция» $M=15,38$ ($SD=1,06$; $CI=14,49-16,26$) ($p=0,03$) и «Медицинское лечение» $M=4,00$ ($SD=0,00$; $CI=4,00-4,00$) ($p=0,05$) были в возрастной группе 20-25 лет. В остальных возрастных группах значимых различий не наблюдалось. Если же рассмотреть эту группу пациентов в контексте «младше 65 лет» и «65 лет и старше», то в группе «65 лет и старше» показатели КЖ во всех компонентах, а также средний суммарный индекс КЖ ниже, чем в группе «младше 65 лет», кроме компонента «Симптом» $M=61,39$ ($SD=9,67$). Статистически значимые различия «младше 65 лет» и «65 лет и старше» наблюдались в физической ($M=21,09$ ($SD=5,20$; $CI=20,55-21,63$) и $M=19,73$ ($SD=5,60$; $CI=18,52-20,94$) соответственно $p=0,03$) и социальной сфере ($M=14,40$ ($SD=2,76$; $CI=14,12-14,69$) и $M=13,20$ ($SD=2,91$; $CI=12,57-13,83$) соответственно $p=0,001$), а также в компоненте «Медицинское лечение» ($M=3,78$ ($SD=0,63$; $CI=3,72-3,85$) и $M=3,53$ ($SD=0,80$; $CI=3,36-3,70$) соответственно $p=0,001$). По модификации, статистически значимые различия имелись в физической сфере в группе «младше 65 лет» $M=39,02$ ($SD=6,75$; $CI=38,32-39,72$) ($p=0,01$), что примечательно, в компоненте «Функция толстого кишечника» индекс КЖ группы «65 лет и старше» выше чем «младше 65 лет» ($M=19,96$ ($SD=3,66$; $CI=19,17-20,75$) и $M=19,14$ ($SD=4,11$; $CI=18,71-19,56$) соответственно $p=0,09$) (рисунок 36).

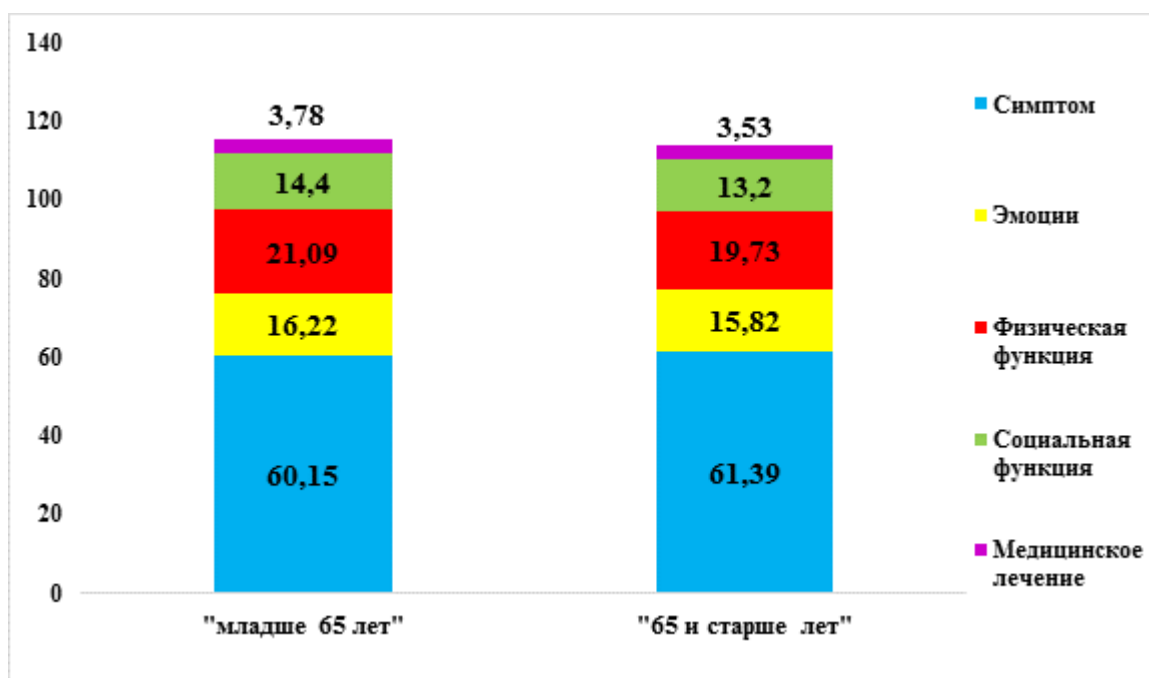


Рисунок 36 - Показатели качества жизни пациентов в зависимости от возрастной группы «младше 65 лет» и «65 лет и старше»

На индекс КЖ оказывает влияние и продолжительность госпитализации. Наибольший средний суммарный индекс КЖ наблюдался у пациентов, которые находились в стационаре свыше 10 суток $M=124,11$ ($SD=21,25$), а также по всем компонентам GIQLI, кроме компонента «Медицинское лечение» все показатели были выше, чем у пациентов, находившимся в стационаре 8-10 суток, от 5 - до 7 и менее 5 суток. При этом статистически значимые показатели наблюдались в компоненте «Физическая функция» ($M=23,00$ ($SD=4,44$; $CI=19,58-26,42$; $p=0,02$)) и «Метеоризм» (modif) $M=8,67$ ($SD=2,18$; $CI=6,99-10,34$; $p=0,03$). Если разделить продолжительность госпитализации условно на группы «5 суток и менее» и «более 5 суток», то показатели КЖ пациентов, которые пробыли в стационаре «5 суток и менее» немного выше в сравнении с группой «более 5 суток» кроме показателей КЖ в компоненте «Симптом». Средний суммарный индекс КЖ составил в группе «5 суток и менее» $M=115,32$ ($SD=19,44$), а в группе «более 5 суток» $M=114,08$ ($SD=22,51$). При этом статистически значимые различия были в компоненте «Физическая роль» (modif) $M=38,77$ ($SD=6,72$; $CI=38,11-39,42$; $p=0,03$). В остальных компонентах различия в показателях КЖ не значимы.

На КЖ пациентов после операции большое влияние оказывает наличие сопутствующих заболеваний. Так КЖ пациентов не имеющих сопутствующих заболеваний статистически значимо выше по всем компонентам GIQLI, чем у пациентов с их наличием ($p=0,001$) (таблица 13).

Таблица 13 - Показатели качества жизни в зависимости от сопутствующих заболеваний

| Компоненты | | N | M | SD | 95% CI | | ANOVA | | |
|------------------------------|------|-----|--------|-------|----------------|-----------------|-------|-------|-------|
| | | | | | Нижняя граница | Верхняя граница | k | F | p |
| Physical role modif | Есть | 69 | 34,03 | 9,64 | 31,71 | 36,34 | 1 | 40,55 | 0,001 |
| | Нет | 364 | 39,54 | 5,84 | 38,94 | 40,14 | | | |
| Large bowel function (modif) | Есть | 69 | 17,86 | 4,78 | 16,71 | 19,00 | 1 | 10,49 | 0,001 |
| | Нет | 364 | 19,57 | 3,87 | 19,17 | 19,96 | | | |
| Emotional role (modif) | Есть | 69 | 21,81 | 6,00 | 20,37 | 23,25 | 1 | 21,19 | 0,001 |
| | Нет | 364 | 24,97 | 5,07 | 24,45 | 25,50 | | | |
| Upper GIT function (modif) | Есть | 69 | 23,72 | 5,59 | 22,38 | 25,07 | 1 | 8,56 | 0,001 |
| | Нет | 364 | 25,59 | 4,69 | 25,10 | 26,07 | | | |
| Meteorism (modif) | Есть | 69 | 7,10 | 2,78 | 6,43 | 7,77 | 1 | 5,81 | 0,02 |
| | Нет | 364 | 7,93 | 2,57 | 7,66 | 8,19 | | | |
| Symptom | Есть | 69 | 56,72 | 12,60 | 53,70 | 59,75 | 1 | 10,18 | 0,001 |
| | Нет | 364 | 61,12 | 10,06 | 60,09 | 62,16 | | | |
| Emotion | Есть | 69 | 14,49 | 3,92 | 13,55 | 15,44 | 1 | 21,64 | 0,001 |
| | Нет | 364 | 16,54 | 3,22 | 16,20 | 16,87 | | | |
| Physical Function | Есть | 69 | 17,68 | 6,47 | 16,13 | 19,24 | 1 | 34,20 | 0,001 |
| | Нет | 364 | 21,55 | 4,73 | 21,07 | 22,04 | | | |
| Social Function | Есть | 69 | 12,16 | 4,09 | 11,18 | 13,14 | 1 | 46,72 | 0,001 |
| | Нет | 364 | 14,57 | 2,34 | 14,33 | 14,82 | | | |
| Medical Treatment | Есть | 69 | 3,46 | 0,95 | 3,24 | 3,69 | 1 | 15,69 | 0,001 |
| | Нет | 364 | 3,80 | 0,57 | 3,74 | 3,86 | | | |
| Overall GIQLI | Есть | 69 | 104,52 | 23,59 | 98,85 | 110,19 | 1 | 27,29 | 0,001 |
| | Нет | 364 | 117,59 | 18,07 | 115,73 | 119,45 | | | |

Как видно из таблицы 13 в группе, не имеющих сопутствующих заболеваний, среднее значение Overall GIQLI составляет $M=117,59$ ($SD=18,07$), что в 1,12 раз выше в сравнении с пациентами, имеющих сопутствующие заболевания $M=104,52$ ($SD=23,59$). Наибольшие улучшения у пациентов отмечались в снижении и симптомов заболевания, а также повышения КЖ в физической сфере.

При рассмотрении влияния на индекс КЖ немаловажное значение имеет образование респондента. Так наиболее высокие показатели по всем компонентам отмечались у пациентов со средним образованием. Наиболее значимые различия наблюдались в физической $M=21,47$ ($SD=5,08$; $CI=20,71-22,24$; $p=0,01$) и социальной сфере $M=14,53$ ($SD=2,68$; $CI=14,12-14,93$; $p=0,001$), а также в общем суммарном показателе Overall GIQLI, который составил $M=117,84$ ($SD=19,45$; $CI=114,90-120,77$; $p=0,01$). А по модификации, в компонентах «Физическая роль» $M=39,33$ ($SD=6,68$) и «Функция верхнего ЖКТ» $M=25,86$ ($SD=5,01$) ($p=0,01$) (рисунок 37).

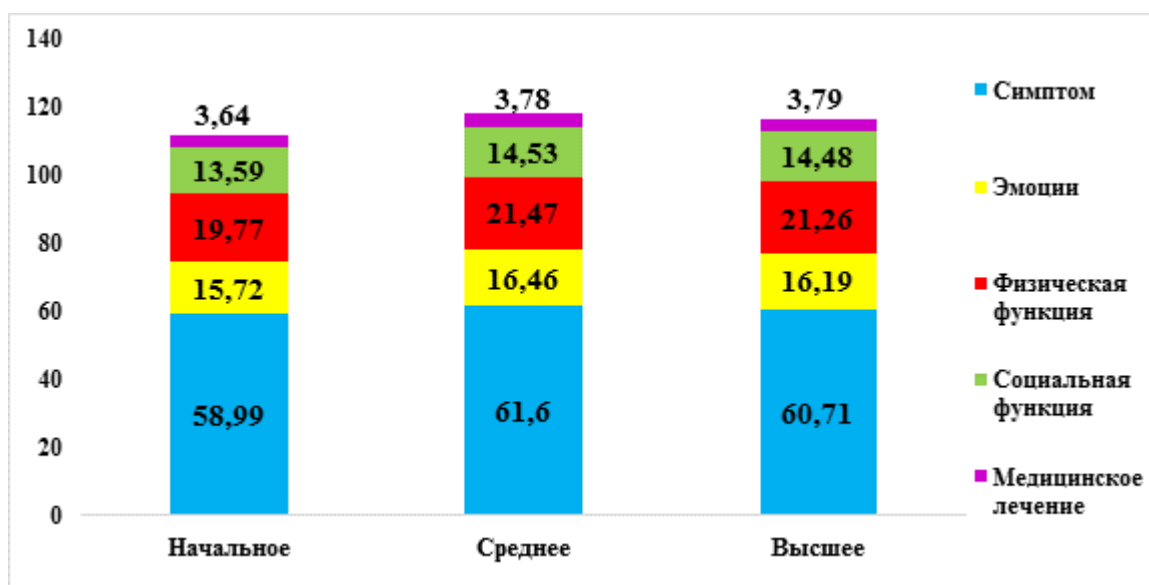


Рисунок 37 – Средние значения показателей компонентов опросника GIQLI у пациентов в зависимости от образования

Наличие такой вредной привычки как курение находит свое отражение на КЖ пациентов. У некурящих пациентов, как правило, индексы КЖ незначительно выше, чем у пациентов, которые курили ранее или курят в настоящий момент, однако данные статистической значимости не имеют. По модификации G. Sandblom наибольшее различие в КЖ отмечают у некурящих пациентов в работе верхних отделов ЖКТ $M=25,49$ ($SD=4,59$; $CI=24,98-26,01$; $p=0,09$).

6.2 Сравнение показателей качества жизни пациентов, перенесших холецистэктомию в Швеции и Казахстане

Для сравнительного анализа с группой пациентов Швеции была взята группа ретроспективного исследования, включающая 259 пациентов, перенёсших ХЭ в период с 03.013.2013 и 08.05.2016 года.

Сопоставление по общей характеристике пациентов (таблица 14).

Таблица 14 – Сопоставимость пациентов Казахстана и Швеции

| Показатели | Страна | | k | χ^2 | p | |
|------------|-----------|------------|------------|----------|-----|------|
| | Казахстан | Швеция | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Возраст | 20-25 | 5 (1,9%) | 8 (1,8%) | 9 | 9,9 | 0,36 |
| | 26-30 | 13 (5,0%) | 23 (5,1%) | | | |
| | 31-35 | 14 (5,4%) | 26 (5,8%) | | | |
| | 36-40 | 23 (8,8%) | 47 (10,5%) | | | |
| | 41-45 | 34 (13,1%) | 40 (8,9%) | | | |
| | 46-50 | 34 (13,1%) | 45 (10,0%) | | | |

Продолжение таблицы 14

| 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------|-------|-------------|-------------|---|--------------|---------------|
| Возраст | 51-55 | 26 (10,0%) | 73 (16,3%) | | | |
| | 56-60 | 34 (13,1%) | 66 (14,7%) | | | |
| | 61-64 | 22 (8,5%) | 35 (7,8%) | | | |
| | >64 | 54 (20,8%) | 85 (19,0%) | | | |
| Пол | Муж | 76 (29,3) | 123 (27,5%) | 1 | 0,289 | 0,325 |
| | Жен | 183 (70,7%) | 325 (72,5%) | | | |
| Диагноз | ОКХ | 215 (83,0%) | 141 (31,5%) | 1 | 174,4 | 0,0001 |
| | ХКХ | 44 (17,0%) | 307 (68,5%) | | | |
| Хир. доступ | МЛТ | 114 (44%) | 60 (13,4%) | 1 | 82,9 | 0,0001 |
| | ЛХЭ | 145 (56%) | 388 (86,6%) | | | |
| Тип госпит. | План | 83 (32%) | 369 (82,4%) | 1 | 180,2 | 0,0001 |
| | Экстр | 176 (68%) | 79 (17,6%) | | | |
| Итого | | 259 (100%) | 448 (100%) | | | |

В базе данных Швеции преобладали пациенты с хроническим холециститом, соответственно доля плановых пациентов и лапароскопических операций выше, чем в базе данных по Казахстану.

Так как по большинству параметров имеется значимая разница между базами данных, сравнение показателей качества жизни проводилось как в целом по 2 странам, так и отдельно по группам с учетом факторов – вид операции, тип госпитализации, характер воспаления желчного пузыря.

При сравнении средних значений суммарного индекса КЖ (Overall GIQLI) двух стран показатели пациентов Казахстана статистически значимо выше показателей пациентов Швеции ($M=120,89$ ($SD=22,40$; $CI=118,15-123,63$) и $M=115,27$ ($SD=19,65$; $CI=113,45-117,10$) $p=0,001$). Также значимые различия наблюдаются в компонентах «Симптом» $M=64,01$ ($SD=11,10$; $CI=62,65-55,37$; $p=0,001$) и «Физическая функция» $M=23,05$ ($SD=5,98$; $CI=22,32-23,79$; $p=0,001$). Рассматривая показатели по модификации, то статистически значимые различия наблюдаются в компонентах «Функция толстого кишечника», «Метеоризм» и в эмоциональной сфере. Так показатели КЖ пациентов Казахстана в компоненте «Функция толстого кишечника» составляет $M=21,56$ ($SD=3,01$; $CI=21,20-21,93$), а пациентов Швеции $M=19,29$ ($SD=4,04$; $CI=18,92-19,67$) $p=0,001$. Показатели КЖ пациентов Казахстана и Швеции в компонентах «Метеоризм» ($M=10,00$; $SD=2,57$ и $M=7,81$; $SD=2,60$, $p=0,001$ соответственно) и «Эмоциональная роль» ($M=25,66$; $SD=6,18$ и $M=24,35$; $SD=5,47$, $p=0,001$ соответственно) (таблица 15).

Таблица 15 - Анализ показателей качества жизни по опроснику GIQLI пациентов, перенесших холецистэктомию в Казахстане и Швеции в целом (без учета дополнительных факторов)

| Компоненты | Страна | N | M | SD | 95% CI | | Мин | Макс | k | F | p |
|------------------------------|-----------|-----|--------|-------|----------------|-----------------|-----|------|---|--------|--------------|
| | | | | | Нижняя граница | Верхняя граница | | | | | |
| Physical role (modif) | Казахстан | 259 | 37,92 | 7,26 | 37,03 | 38,81 | 14 | 44 | 1 | 1,42 | 0,23 |
| | Швеция | 448 | 38,58 | 6,92 | 37,94 | 39,22 | 6 | 44 | | | |
| Large bowel function (modif) | Казахстан | 259 | 21,56 | 3,01 | 21,20 | 21,93 | 13 | 25 | 1 | 61,91 | 0,001 |
| | Швеция | 448 | 19,29 | 4,04 | 18,92 | 19,67 | 5 | 24 | | | |
| Emotional role (modif) | Казахстан | 259 | 25,66 | 6,18 | 24,91 | 26,42 | 2 | 32 | 1 | 8,58 | 0,001 |
| | Швеция | 448 | 24,35 | 5,47 | 23,84 | 24,86 | 5 | 32 | | | |
| Upper GIT function (modif) | Казахстан | 259 | 25,73 | 5,33 | 25,08 | 26,39 | 3 | 32 | 1 | 1,57 | 0,21 |
| | Швеция | 448 | 25,24 | 4,86 | 24,79 | 25,69 | 9 | 32 | | | |
| Meteorism (modif) | Казахстан | 259 | 10,00 | 2,57 | 9,69 | 10,32 | 0 | 12 | 1 | 117,76 | 0,001 |
| | Швеция | 448 | 7,81 | 2,60 | 7,57 | 8,05 | 0 | 12 | | | |
| Symptom | Казахстан | 259 | 64,01 | 11,10 | 62,65 | 65,37 | 24 | 76 | 1 | 18,70 | 0,001 |
| | Швеция | 448 | 60,39 | 10,53 | 59,41 | 61,36 | 21 | 76 | | | |
| Emotion | Казахстан | 259 | 16,05 | 3,79 | 15,58 | 16,51 | 1 | 20 | 1 | 0,12 | 0,73 |
| | Швеция | 448 | 16,15 | 3,49 | 15,82 | 16,47 | 3 | 20 | | | |
| Physical Function | Казахстан | 259 | 23,05 | 5,98 | 22,32 | 23,79 | 0 | 28 | 1 | 26,21 | 0,001 |
| | Швеция | 448 | 20,83 | 5,30 | 20,34 | 21,32 | 1 | 28 | | | |
| Social Function | Казахстан | 259 | 14,09 | 2,49 | 13,79 | 14,40 | 5 | 16 | 1 | 0,16 | 0,69 |
| | Швеция | 448 | 14,18 | 2,83 | 13,91 | 14,44 | 0 | 16 | | | |
| Medical Treatment | Казахстан | 259 | 3,68 | 0,70 | 3,60 | 3,77 | 0 | 4 | 1 | 0,92 | 0,34 |
| | Швеция | 448 | 3,73 | 0,67 | 3,67 | 3,80 | 0 | 4 | | | |
| Overall GIQLI | Казахстан | 259 | 120,89 | 22,40 | 118,15 | 123,63 | 44 | 144 | 1 | 12,08 | 0,001 |
| | Швеция | 448 | 115,27 | 19,65 | 113,45 | 117,10 | 30 | 144 | | | |

Также анализ показателей КЖ пациентов Казахстана и Швеции, перенесших ХЭ проводили с учетом факторов, по которым имеются значимые отличия в характеристике пациентов 2 стран. Статистические расчеты проводили с помощью дисперсионного анализа (ANOVA) и непараметрического критерия Уилкоксона-Манна-Уитни (WMW).

На КЖ пациентов обеих стран, непосредственное влияние оказывает характер изменений в желчном пузыре. Так показатели КЖ пациентов двух стран при остром холецистите имеют статистически значимые различия. При использовании расчетов WMW, значимые различия имеются в общем суммарном индексе Overall GIQLI, а также в компонентах «Симптом» и «Физическая функция». По модификации, различия имеются в компонентах «Функция толстого кишечника» и «Метеоризм». Так средний суммарный индекс КЖ пациентов Казахстана составил (M=118,54 (SD=23,46; CI=115,39-121,69), а пациентов Швеции (M=116,26 (SD=19,54; CI=113,01-119,52) p=0,02. Индекс КЖ пациентов Казахстана и Швеции в компоненте «Симптом» составляет M=62,85 (SD=11,56; CI=61,29-64,40) и M=61,35 (SD=10,58;

CI=59,59-63,12) $p=0,04$ и в физической сфере равен $M=22,49$ ($SD=6,27$; $CI=21,65-23,33$) и $M=20,82$ ($SD=5,14$; $CI=19,96-21,67$) $p=0,001$. По предложенной G. Sandblom модификации, показатели КЖ пациентов Казахстана и Швеции в компоненте «Функция толстого кишечника» составляют $M=21,30$ ($SD=3,10$; $CI=20,88-21,72$) и $M=19,47$ ($SD=4,08$; $CI=18,79-20,15$) $p=0,001$, а в компоненте «Метеоризм» равен $M=9,74$ ($SD=2,66$; $CI=9,39-10,10$) и $M=8,11$ ($SD=2,64$; $CI=7,67-8,55$) $p=0,001$. При расчете с помощью ANOVA, значимые различия наблюдаются только в физической сфере ($p=0,01$) и по модификации, в компоненте «Метеоризм» ($p=0,001$) и в работе толстого кишечника ($p=0,001$).

Таблица 16 - Показатели КЖ пациентов Казахстана и Швеции при хроническом холецистите

| Компоненты | | N | M | SD | 95% CI | | Мин | Макс | ANOVA | | | WMW | |
|------------------------------|-----------|-----|-------|-------|----------------|-----------------|-----|------|-------|-------|-------------|-------|--------------|
| | | | | | Нижняя граница | Верхняя граница | | | k | F | p | z | p |
| 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Physical role (modif) | Казахстан | 44 | 41,64 | 3,08 | 40,70 | 42,57 | 31 | 44 | 1 | 8,08 | 0,01 | -2,44 | 0,02 |
| | Швеция | 307 | 38,66 | 6,84 | 37,89 | 39,43 | 6 | 44 | | | | | |
| Large bowel function (modif) | Казахстан | 44 | 22,86 | 2,05 | 22,24 | 23,49 | 13 | 24 | 1 | 34,86 | 0,00 | -6,55 | 0,001 |
| | Швеция | 307 | 19,22 | 4,02 | 18,76 | 19,67 | 6 | 24 | | | | | |
| Emotional role (modif) | Казахстан | 44 | 28,18 | 3,21 | 27,21 | 29,16 | 17 | 32 | 1 | 22,61 | 0,00 | -5,34 | 0,001 |
| | Швеция | 307 | 24,15 | 5,49 | 23,53 | 24,76 | 5 | 32 | | | | | |
| Upper GIT function (modif) | Казахстан | 44 | 28,41 | 2,94 | 27,52 | 29,30 | 19 | 32 | 1 | 19,77 | 0,00 | -4,56 | 0,001 |
| | Швеция | 307 | 25,12 | 4,77 | 24,59 | 25,66 | 9 | 32 | | | | | |
| Meteorism (modif) | Казахстан | 44 | 11,27 | 1,59 | 10,79 | 11,76 | 6 | 12 | 1 | 81,42 | 0,00 | -8,26 | 0,001 |
| | Швеция | 307 | 7,67 | 2,57 | 7,39 | 7,96 | 0 | 12 | | | | | |
| Symptom | Казахстан | 44 | 69,70 | 5,86 | 67,92 | 71,49 | 52 | 76 | 1 | 36,42 | 0,00 | -6,28 | 0,001 |
| | Швеция | 307 | 59,94 | 10,49 | 58,76 | 61,12 | 21 | 76 | | | | | |
| Emotion | Казахстан | 44 | 17,45 | 2,10 | 16,82 | 18,09 | 9 | 20 | 1 | 6,70 | 0,01 | -2,25 | 0,03 |
| | Швеция | 307 | 16,02 | 3,60 | 15,61 | 16,42 | 3 | 20 | | | | | |
| Physical Function | Казахстан | 44 | 25,82 | 3,08 | 24,88 | 26,76 | 13 | 28 | 1 | 35,94 | 0,00 | -7,05 | 0,001 |
| | Швеция | 307 | 20,84 | 5,38 | 20,24 | 21,44 | 1 | 28 | | | | | |
| Social Function | Казахстан | 44 | 15,41 | 0,95 | 15,12 | 15,70 | 12 | 16 | 1 | 7,37 | 0,01 | -1,99 | 0,05 |
| | Швеция | 307 | 14,28 | 2,74 | 13,97 | 14,58 | 2 | 16 | | | | | |

Продолжение таблицы 16

| 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|-------------------|-----------|-----|--------|-------|--------|--------|-----|-----|---|-------|-------------|-------|--------------|
| Medical Treatment | Казахстан | 44 | 3,98 | 0,15 | 3,93 | 4,02 | 3 | 4 | 1 | 5,24 | 0,02 | -2,41 | 0,02 |
| | Швеция | 307 | 3,75 | 0,67 | 3,67 | 3,82 | 0 | 4 | | | | | |
| Overall GIQLI | Казахстан | 44 | 132,36 | 10,35 | 129,22 | 135,51 | 104 | 144 | 1 | 33,47 | 0,00 | -6,47 | 0,001 |
| | Швеция | 307 | 114,82 | 19,71 | 112,61 | 117,03 | 30 | 144 | | | | | |

Как видно из таблицы 16 показатели КЖ пациентов из Казахстана статистически значимо превышают показатели КЖ пациентов из Швеции по всем компонентам. Наибольшие различия у пациентов из Казахстана и Швеции наблюдаются в общем суммарном индексе КЖ (расчет по WMW) $M=132,36$ ($SD=10,35$; $CI=129,22-135,51$) и $M=114,82$ ($SD=10,58$; $CI=112,61-117,03$) $p=0,001$, а также в компонентах «Симптом» и «Физическая функция» ($p=0,001$). По модификации, статистически значимые различия равные $p=0,001$ наблюдаются во всех компонентах, кроме «Физическая роль» $M=41,64$ ($SD=3,08$; $CI=40,70-42,57$) и $M=38,66$ ($SD=6,84$; $CI=37,89-39,43$) $p=0,02$.

Также на КЖ пациентов 2 стран оказывает такой фактор как вид операции. Так при сравнении индексов КЖ пациентов при открытой холецистэктомии МХЭ имеются значимые различия в таком компоненте как «Физическая функция», а по модификации в компонентах «Функция толстого кишечника» и «Метеоризм». Суммарный индекс КЖ пациентов Казахстана оказался значимо выше по сравнению с пациентами из Швеции и составил $M=118,32$ ($SD=23,50$; $CI=113,96-122,69$) и $M=112,92$ ($SD=22,35$; $CI=107,14-118,69$) $p=0,05$. У пациентов Казахстана показатели в физической сфере $M=22,63$ ($SD=6,13$; $CI=21,49-23,77$) и $M=19,25$ ($SD=5,99$; $CI=17,70-20,80$) $p=0,001$ были статистически значимо выше, а также по модификации в компонентах «Функция толстого кишечника» $M=21,23$ ($SD=3,27$; $CI=20,62-23,77$) и $M=18,63$ ($SD=4,92$; $CI=17,36-19,91$) $p=0,001$ и «Метеоризм» $M=9,56$ ($SD=2,91$; $CI=9,02-10,10$) и $M=8,25$ ($SD=2,55$; $CI=7,59-8,91$) $p=0,001$ (рисунок 38).

При лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) различий между 2 странами в показателях было немного больше и при этом показатели пациентов из Казахстана были выше, чем в группе сравнения. Так достоверно значимые различия наблюдались как в Overall GIQLI $M=122,90$ ($SD=21,35$; $CI=119,40-126,41$) и $M=115,64$ ($SD=19,20$; $CI=113,72-117,56$) $p=0,001$, так и по компонентам «Симптом» $M=65,17$ ($SD=10,18$; $CI=63,50-66,84$) $p=0,001$, «Физическая функция» $M=23,39$ ($SD=5,86$; $CI=22,42-24,35$) $p=0,001$. Статистические значимые различия наблюдались и в модификации в следующих компонентах - «Функция толстого кишечника» (modif) $M=21,83$ ($SD=2,77$; $CI=21,37-22,28$) $p=0,001$, «Эмоциональная роль» (modif) $M=26,08$ ($SD=5,95$; $CI=25,10-27,05$) $p=0,001$, «Функция верхнего отдела ЖКТ» (modif)

M=26,19 (SD=4,87; CI=25,39-26,99) p=0,01 и «Метеоризм» (modif) M=10,35 (SD=2,22; CI=9,99-10,72) p=0,001 (рисунок 38).

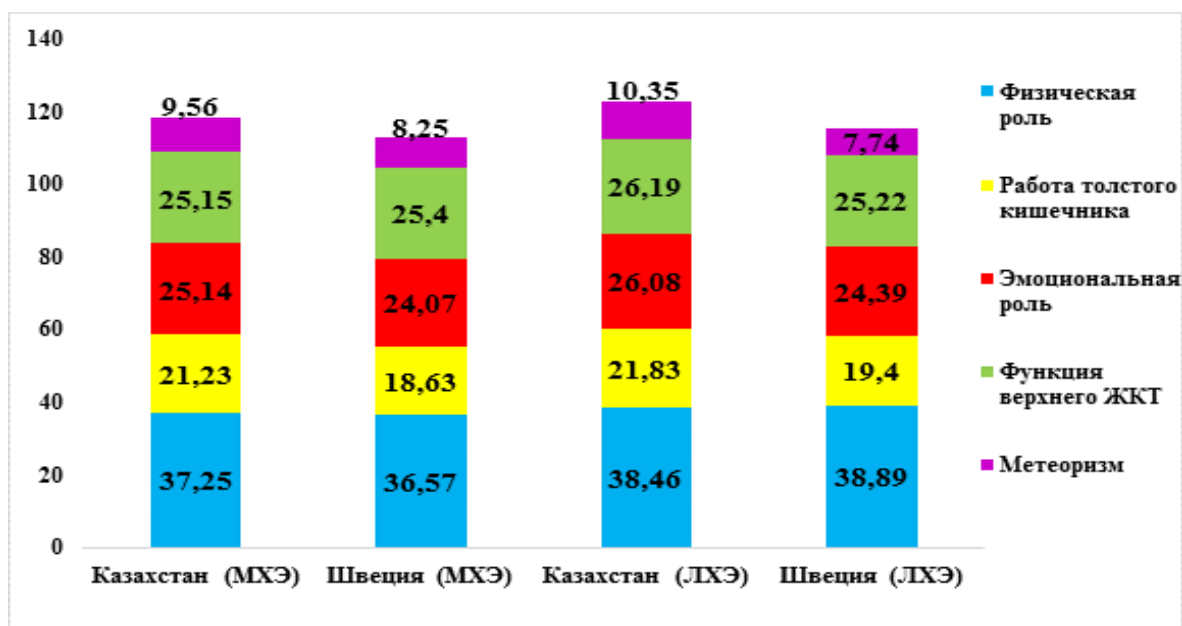


Рисунок 38 – Показатели КЖ пациентов двух стран в зависимости от вида холецистэктомии

Большое влияние на КЖ пациентов обеих стран имеет вид госпитализации. Так при плановой госпитализации показатели КЖ пациентов Казахстана значительно превышают показатели пациентов Швеции по всем компонентам (таблица 17).

Таблица 17 - Показатели качества жизни пациентов Казахстана и Швеции после холецистэктомии при плановой госпитализации

| Компоненты | N | M | SD | 95% CI | | Мин | Макс | ANOVA | | | WMW | | |
|------------------------------|-----------|-----|-------|----------------|-----------------|-------|------|-------|-----|--------|--------------|--------|--------------|
| | | | | Нижняя граница | Верхняя граница | | | k | F | p | z | p | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | |
| Physical role (modif) | Казахстан | 83 | 40,88 | 4,46 | 39,91 | 41,85 | 25 | 44 | 1 | 9,11 | 0,001 | -2,62 | 0,01 |
| | Швеция | 369 | 38,44 | 7,06 | 37,71 | 39,16 | 6 | 44 | 450 | | | | |
| Large bowel function (modif) | Казахстан | 83 | 22,70 | 2,06 | 22,25 | 23,15 | 13 | 24 | 1 | 57,43 | 0,001 | -8,18 | 0,001 |
| | Швеция | 369 | 19,25 | 4,03 | 18,83 | 19,66 | 5 | 24 | 450 | | | | |
| Emotional role (modif) | Казахстан | 83 | 27,98 | 3,93 | 27,12 | 28,83 | 13 | 32 | 1 | 33,38 | 0,001 | -6,59 | 0,001 |
| | Швеция | 369 | 24,33 | 5,44 | 23,77 | 24,89 | 5 | 32 | 450 | | | | |
| Upper GIT function (modif) | Казахстан | 83 | 28,02 | 3,44 | 27,27 | 28,77 | 15 | 32 | 1 | 25,86 | 0,001 | -5,27 | 0,001 |
| | Швеция | 369 | 25,21 | 4,77 | 24,72 | 25,70 | 9 | 32 | 450 | | | | |
| Meteorism (modif) | Казахстан | 83 | 11,13 | 1,79 | 10,74 | 11,52 | 3 | 12 | 1 | 134,73 | 0,001 | -10,58 | 0,001 |
| | Швеция | 369 | 7,69 | 2,57 | 7,43 | 7,95 | 0 | 12 | 450 | | | | |

Продолжение таблицы 17

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | |
|-------------------|-----------|-----|------------|-------|--------|--------|----|-----|-----|-------|--------------|-------|--------------|
| Symptom | Казахстан | 83 | 69,10 | 6,78 | 67,62 | 70,58 | 47 | 76 | 1 | 55,32 | 0,001 | -7,83 | 0,001 |
| | Швеция | 369 | 60,12 | 10,51 | 59,05 | 61,20 | 21 | 76 | 450 | | | | |
| Emotion | Казахстан | 83 | 17,30 | 2,40 | 16,78 | 17,82 | 8 | 20 | 1 | 8,61 | 0,001 | -2,49 | 0,01 |
| | Швеция | 369 | 16,11 | 3,51 | 15,76 | 16,47 | 3 | 20 | 450 | | | | |
| Physical Function | Казахстан | 83 | 25,42 | 3,80 | 24,59 | 26,25 | 11 | 28 | 1 | 55,42 | 0,001 | -8,66 | 0,001 |
| | Швеция | 369 | 20,83 | 5,32 | 20,28 | 21,37 | 1 | 28 | 450 | | | | |
| Social Function | Казахстан | 83 | 15,02 | 1,62 | 14,67 | 15,38 | 8 | 16 | 1 | 7,40 | 0,01 | -1,71 | 0,09 |
| | Швеция | 369 | 14,12 | 2,91 | 13,83 | 14,42 | 0 | 16 | 450 | | | | |
| Medical Treatment | Казахстан | 83 | 3,87 | 0,46 | 3,77 | 3,97 | 2 | 4 | 1 | 3,25 | 0,07 | -1,94 | 0,05 |
| | Швеция | 369 | 3,73 | 0,68 | 3,66 | 3,80 | 0 | 4 | 450 | | | | |
| Overall GIQLI | Казахстан | 83 | 130,7 1 | 13,57 | 127,75 | 133,67 | 78 | 144 | 1 | 48,35 | 0,001 | -7,98 | 0,001 |
| | Швеция | 369 | 114,9 1 | 19,66 | 112,90 | 116,93 | 30 | 144 | 450 | | | | |

Так суммарный индекс КЖ пациентов Казахстана после плановой госпитализации составил $M=130,7$ ($SD=13,57$; $CI=127,75-133,67$), а пациентов Швеции $M=114,91$ ($SD=19,66$; $CI=112,90-116,93$) $p=0,001$. Значимая разница показателей КЖ выявлена в компонентах «Симптом» $M=69,10$ ($SD=6,78$; $CI=67,62-70,58$) и $M=60,12$ ($SD=10,51$; $CI=59,05-61,20$) $p=0,001$ соответственно, «Физическая функция» $M=25,42$ ($SD=3,80$; $CI=24,59-26,25$) и $M=20,83$ ($SD=5,32$; $CI=20,28-21,37$) $p=0,001$ соответственно, а в модификации G. Sandblom во всех компонентах, кроме физической сферы.

При экстренной госпитализации показатели пациентов Швеции статистически значимо выше в таких компонентах как «Социальная функция» $M=14,42$ ($SD=2,41$; $CI=13,88-14,96$) и $M=13,65$ ($SD=2,70$; $CI=13,25-14,06$) $p=0,01$ и «Медицинское лечение» $M=3,77$ ($SD=0,62$; $CI=3,63-3,91$) и $M=3,60$ ($SD=0,78$; $CI=3,48-3,71$) $p=0,04$, а по модификации, в физической сфере $M=39,24$ ($SD=6,23$; $CI=37,84-40,64$) и $M=36,53$ ($SD=7,90$; $CI=35,35-37,70$) $p=0,01$ в сравнении с показателями КЖ пациентов Казахстана. В компонентах же «Физическая функция» $M=21,94$ ($SD=6,49$; $CI=20,97-22,90$) и $M=20,86$ ($SD=5,22$; $CI=19,69-22,03$) $p=0,01$, «Функция толстого кишечника» (modif) $M=21,03$ ($SD=3,23$; $CI=20,55-21,51$) и $M=19,52$ ($SD=4,09$; $CI=18,60-20,44$) $p=0,01$ и «Метеоризм» (modif) $M=9,47$ ($SD=2,71$; $CI=9,07-9,87$) и $M=8,38$ ($SD=2,70$; $CI=7,77-8,99$) $p=0,001$ индекс КЖ пациентов Казахстана выше показателей группы пациентов Швеции.

Если рассматривать показатели КЖ в зависимости от пола в 2 странах, то у мужчин из Казахстана показатели КЖ выше по всем показателям, чем в группе сравнения. Так статистически значимые различия наблюдались как в общем суммарном индексе КЖ $M=125,64$ ($SD=18,01$; $CI=121,53-129,76$) и $M=116,72$ ($SD=19,80$; $CI=113,19-120,26$) $p=0,001$, так и в компонентах «Симптом» $M=66,03$ ($SD=9,53$; $CI=63,85-68,20$) и $M=61,80$ ($SD=10,55$; $CI=59,91-63,68$) $p=0,001$ и «Физическая функция» $M=24,54$ ($SD=4,69$; $CI=23,47-25,61$) и $M=20,76$ ($SD=5,28$; $CI=19,81-21,70$) $p=0,001$. В модификации различия

были в эмоциональной сфере $M=27,30$ ($SD=4,48$; $CI=26,28-28,33$) и $M=24,67$ ($SD=5,1$; $CI=23,76-25,59$) $p=0,001$, а также в компонентах «Функция толстого кишечника» $M=21,89$ ($SD=2,68$; $CI=21,28-22,51$) и $M=19,37$ ($SD=4,26$; $CI=18,61-21,70$) $p=0,001$. и «Метеоризм» $M=10,41$ ($SD=2,26$; $CI=9,89-10,93$) и $M=8,28$ ($SD=2,59$; $CI=7,81-8,74$) $p=0,001$ (рисунок 39).

У женщин же показатели немного отличаются в отличие от мужчин. Показатели КЖ женщин Казахстана во многих компонентах достоверно выше в сравнении с показателями КЖ женщин Швеции, кроме социальной сферы $M=14,05$ ($SD=2,52$; $CI=13,68-14,42$) и $M=14,23$ ($SD=2,77$; $CI=13,93-14,53$) $p=0,03$. Значимая разница в показателях КЖ женщин Казахстана и Швеции отмечается в Overall GIQLI $M=118,91$ ($SD=23,75$; $CI=115,45-122,38$) и $M=114,73$ ($SD=19,59$; $CI=112,59-116,86$) $p=0,001$ и в компонентах «Симптом» $M=63,17$ ($SD=11,61$; $CI=61,48-64,87$) и $M=59,85$ ($SD=10,49$; $CI=58,71-61,00$) $p=0,001$ и «Физическая функция» $M=22,44$ ($SD=6,35$; $CI=21,51-23,36$) и $M=20,86$ ($SD=5,31$; $CI=20,28-21,44$) $p=0,001$. В модификации, наблюдается идентичная ситуация, как и мужчин показатели КЖ женщин Казахстана были выше, чем у сравниваемой группы, так показатели КЖ у женщин из Казахстана в эмоциональной сфере составили $M=24,98$ ($SD=6,66$; $CI=24,01-25,96$) $p=0,01$, а по модификации в компонентах «Функция толстого кишечника» $M=21,43$ ($SD=3,13$; $CI=20,97-21,88$) $p=0,001$. и «Метеоризм» $M=9,84$ ($SD=2,68$; $CI=9,45-10,23$) $p=0,001$ (рисунок 39).

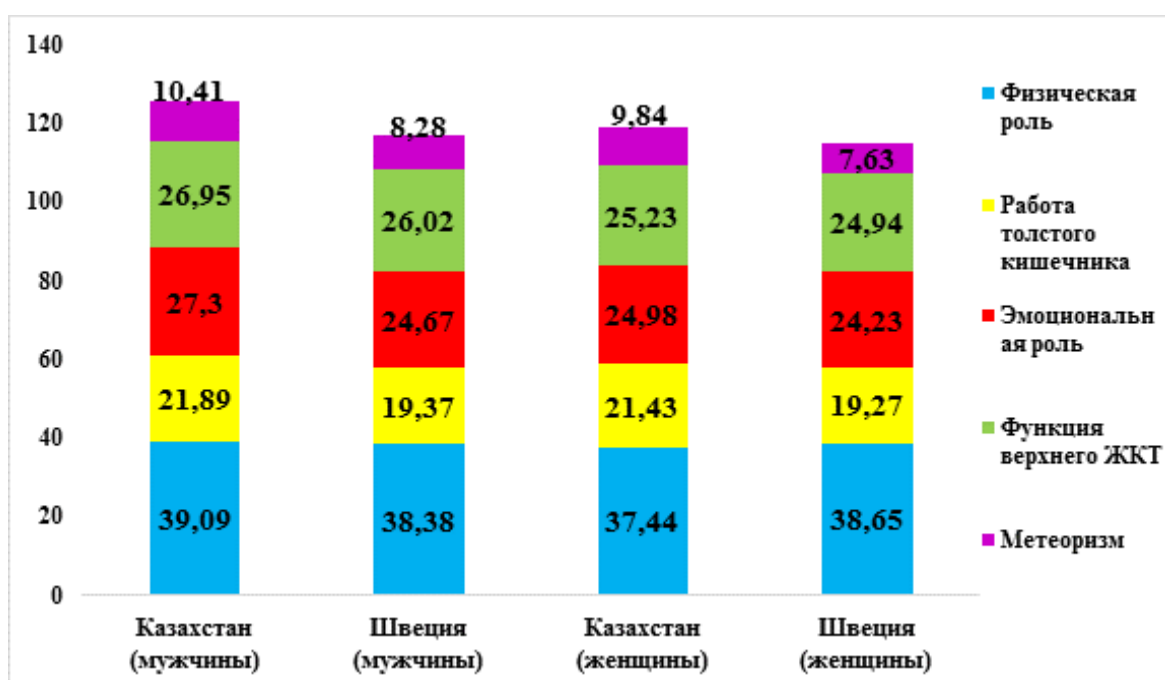


Рисунок 39 – Показатели КЖ пациентов двух стран в зависимости от пола

Также большое влияние оказывает такой фактор как возраст. При сравнении возрастной группы «65 и старше» между 2 странами, то показатели КЖ пациентов из Казахстана выше по всем компонентам, чем в группе пациентов из Швеции. Так средний суммарный показатель GIQLI пациентов из

Казахстана составляет $M=121,98$ ($SD=16,40$; $CI=117,50-126,46$), а из Швеции равен $M=113,67$ ($SD=19,39$; $CI=109,49-117,85$) $p=0,01$. Статистически значимые различия наблюдались в компонентах «Физическая функция» $M=23,48$ ($SD=5,05$; $CI=22,10-24,86$) и $M=14,07$ ($SD=2,01$; $CI=18,52-20,94$) $p=0,001$ и «Медицинское лечение» $M=3,87$ ($SD=0,44$; $CI=3,75-3,99$) и $M=3,53$ ($SD=0,80$; $CI=3,36-3,70$) $p=0,001$, по модификации, в компонентах «Функция толстого кишечника» $M=21,85$ ($SD=2,72$; $CI=21,11-22,59$) и $M=19,96$ ($SD=3,66$; $CI=19,17-20,75$) $p=0,001$, «Эмоциональная роль» $M=26,26$ ($SD=4,49$; $CI=25,03-27,48$) и $M=24,16$ ($SD=5,41$; $CI=23,00-25,33$) $p=0,02$ и «Метеоризм» $M=9,98$ ($SD=2,43$; $CI=9,32-10,64$) и $M=7,85$ ($SD=2,71$; $CI=7,26-8,43$) $p=0,001$.

В возрастной группе «младше 65 лет» показатели в компонентах немного отличаются от группы «65 и старше». В некоторых компонентах, такие как «Медицинское лечение» и «Физическая роль» (modif) показатели КЖ пациентов из Швеции достоверно превышают показатели КЖ пациентов из Казахстана $M=3,78$ ($SD=0,63$; $CI=3,72-3,85$) $p=0,001$ и $M=39,02$ ($SD=6,75$; $CI=38,32-39,72$) $p=0,05$ соответственно. Достоверность в компоненте «Физическая роль» (modif) указана по расчету дисперсионного анализа (ANOVA). В остальных компонентах, кроме эмоциональной сферы, где разница между показателями КЖ не значима, КЖ пациентов Казахстана статистически значимо выше сравниваемой группы по всем компонентам (таблица 18).

Таблица 18 - Показатели качества жизни пациентов Казахстана и Швеции после холецистэктомии в возрастной группе «младше 65 лет»

| Компоненты | N | M | SD | 95% CI | | Мин | Макс | ANOVA | | | WMW | | |
|------------------------------|-----------|-----|-------|----------------|-----------------|-------|------|-------|----|-------|--------------|-------|--------------|
| | | | | Нижняя граница | Верхняя граница | | | k | F | p | z | p | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | |
| Physical role (modif) | Казахстан | 205 | 37,79 | 7,67 | 36,73 | 38,85 | 14 | 44 | 1 | 3,93 | 0,05 | -1,55 | 0,12 |
| | Швеция | 363 | 39,02 | 6,75 | 38,32 | 39,72 | 6 | 44 | | | | | |
| Large bowel function (modif) | Казахстан | 205 | 21,49 | 3,08 | 21,06 | 21,91 | 13 | 24 | 1 | 50,87 | 0,001 | -7,25 | 0,001 |
| | Швеция | 363 | 19,14 | 4,11 | 18,71 | 19,56 | 5 | 24 | | | | | |
| Emotional role (modif) | Казахстан | 205 | 25,51 | 6,56 | 24,60 | 26,41 | 2 | 32 | 1 | 4,66 | 0,03 | -4,14 | 0,001 |
| | Швеция | 363 | 24,39 | 5,50 | 23,83 | 24,96 | 5 | 32 | | | | | |
| Upper GIT function (modif) | Казахстан | 205 | 25,80 | 5,56 | 25,04 | 26,57 | 3 | 32 | 1 | 1,26 | 0,26 | -2,11 | 0,04 |
| | Швеция | 363 | 25,30 | 4,93 | 24,79 | 25,81 | 9 | 32 | | | | | |
| Meteorism (modif) | Казахстан | 205 | 10,01 | 2,61 | 9,65 | 10,37 | 0 | 12 | 1 | 95,30 | 0,001 | -9,72 | 0,001 |
| | Швеция | 363 | 7,80 | 2,58 | 7,54 | 8,07 | 1 | 12 | | | | | |
| Symptom | Казахстан | 205 | 63,98 | 11,62 | 62,38 | 65,58 | 24 | 76 | 1 | 15,69 | 0,001 | -5,03 | 0,001 |
| | Швеция | 363 | 60,15 | 10,72 | 59,05 | 61,26 | 21 | 76 | | | | | |
| Emotion | Казахстан | 205 | 15,95 | 3,99 | 15,40 | 16,50 | 1 | 20 | 1 | 0,70 | 0,40 | -0,18 | 0,86 |
| | Швеция | 363 | 16,22 | 3,49 | 15,86 | 16,58 | 3 | 20 | | | | | |

Продолжение таблицы 18

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | |
|-------------------|-----------|-----|--------|-------|--------|--------|----|-----|----|-------|--------------|-------|--------------|
| Physical Function | Казахстан | 205 | 22,94 | 6,21 | 22,09 | 23,80 | 0 | 28 | 1 | 14,38 | 0,001 | -6,06 | 0,001 |
| | Швеция | 363 | 21,09 | 5,20 | 20,55 | 21,63 | 1 | 28 | | | | | |
| Social Function | Казахстан | 205 | 14,10 | 2,60 | 13,74 | 14,46 | 5 | 16 | 1 | 1,69 | 0,19 | -2,82 | 0,01 |
| | Швеция | 363 | 14,41 | 2,76 | 14,12 | 14,69 | 0 | 16 | | | | | |
| Medical Treatment | Казахстан | 205 | 3,63 | 0,75 | 3,53 | 3,74 | 0 | 4 | 1 | 6,33 | 0,01 | -2,88 | 0,001 |
| | Швеция | 363 | 3,78 | 0,63 | 3,72 | 3,85 | 0 | 4 | | | | | |
| Overall GIQLI | Казахстан | 205 | 120,60 | 23,75 | 117,33 | 123,87 | 44 | 144 | 1 | 7,10 | 0,01 | -4,89 | 0,001 |
| | Швеция | 363 | 115,65 | 19,71 | 113,62 | 117,68 | 30 | 144 | | | | | |

Наиболее значимая разница ($p=0,001$) в КЖ по расчетам непараметрического критерия Уилкоксона-Манна-Уитни (WMW) имеется как в общем суммарном индексе КЖ $M=120,60$ ($SD=23,75$; $CI=117,33-123,87$) и $M=115,65$ ($SD=19,71$; $CI=113,62-117,68$) $p=0,001$ так и в компонентах «Симптом», «Физическая функция» и «Медицинское лечение», а по модификации «Функция толстого кишечника», «Эмоциональная роль» и «Метеоризм».

Таким образом, при сравнении КЖ между двумя странами, отмечается значимая разница между показателями КЖ пациентов Казахстана и Швеции. Сравнительный анализ показал, что КЖ пациентов Казахстана в зависимости от влияния различных факторов, таких как пол, возраст, тип госпитализации, вид операции, а также характера изменений в желчном пузыре, во многих компонентах превышают показатели КЖ пациентов Швеции. Полученные результаты можно объяснить различием менталитетов наших стран, отношением к своему здоровью и субъективности восприятия серьезности анкетирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ современной литературы, что оценка КЖ пациентов является очень важной и неотъемлемой частью современной медицины, поскольку при использовании рутинных методов, таких как летальность, количество проведенных койко-дней, клинико-лабораторных способов диагностики не могут в полной мере дать комплексную оценку жизнедеятельности человека как с психологической и эмоциональной, так и с социальной стороны. К тому же исследование КЖ пациентов позволяет оценить эффективность различных тех или иных методов лечения.

Полученные результаты ретроспективного исследования, в том, что показатель качества жизни зависит от сроков проведенной операции, сходны с результатами других авторов [154, с.2138; 145, с.111; 147, с.591; 92 с.3448].

По результатам исследований качества жизни пациентов до оперативного вмешательства и спустя 6 и 12 месяцев после ХЭ отмечается значительное улучшение КЖ больных по всем показателям спустя полгода после перенесенной ХЭ, как по опроснику GIQLI, так и по опроснику SF-36, полученные нами данные сходны с результатами исследований ряда отечественных и зарубежных исследований [172, 147, с.590; 17, с.86; 153, с.472]. Учитывая проведенное нами ретроспективное и проспективное исследования, нами не было обнаружено значимой разницы в отдаленных результатах уровня КЖ пациентов, перенёсших холецистэктомию лапароскопическим или минилапаротомным доступом, что сходится с результатами исследования следующих авторов [173, 10, с.43; 174, 139, с.77; 175].

В Казахстане, исследование КЖ после различных хирургических вмешательств уделено недостаточно внимания как хотелось бы, и мы не встретили ни одной публикации в базе данных PubMed отечественных исследователей по данной проблеме с использованием специализированного опросника GIQLI.

Проведенная культурная и языковая адаптация и валидация опросника GIQLI, позволила нам полностью решить поставленную цель - изучить КЖ пациентов, перенесших ХЭ в период с 2013-2015 год в различных регионах Казахстана, провести оценку КЖ пациентов до, через 6 и 12 месяцев после ХЭ в 3 клиниках г. Караганды в период с 2016 по 2017 год и провести сравнительную оценку КЖ пациентов двух стран Казахстана и Швеции. Полученные результаты показали статистически значимое повышение показателей КЖ по всем показателям через 6 и 12 месяцев после ХЭ в сравнении с показателями до оперативного вмешательства и позволили сформулировать следующие выводы:

1. Проведенная лингвистическая валидация международного опросника GIQLI на русский и казахский языки официально подтверждена и разрешена на территории Республики Казахстан международным институтом MAPI Research Trust для оценки результатов лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта.

2. Результаты ретроспективного исследования показали, что: суммарный индекс качества жизни пациентов, перенесших холецистэктомию 2 и более лет назад на 10% выше, чем у пациентов, оперированных менее 2 лет назад ($p < 0,01$); у пациентов с плановым типом госпитализации показатели качества жизни статистически значимо выше, чем у пациентов с экстренным типом госпитализации ($p < 0,01$), причем наиболее значимая разница определяется в компонентах «Симптом» на 10,8% и «Физическая функция» на 15,8%; при хроническом холецистите суммарный показатель качества жизни значимо выше $M=132,36$ ($SD=10,35$), чем при остром холецистите $M=118,54$ ($SD=23,46$) ($p < 0,01$); у пациентов, состоящих в браке, уровень качества жизни на 18% выше, причём данная тенденция наблюдалась по всем компонентам GIQLI ($p < 0,001$); суммарный показатель качества жизни был наивысшим в возрасте от 20 до 25 лет, причем, главным образом за счет компонентов «Симптом» и «Физическая функция» ($p < 0,05$).

3. Анализ проспективного исследования качества жизни пациентов до, через 6 и 12 месяцев после холецистэктомии показал, что наибольшее увеличение всех показателей по опроснику GIQLI и SF-36, были зафиксированы через 6 месяцев после операции ($p < 0,05$). Наибольшие различия отмечались в компонентах GIQLI «Симптом» ($p=0,005$) и «Эмоции» ($p=0,002$), которые, соответственно на 9,7% и на 20,1% выше, чем до операции. По опроснику SF-36 наибольшие изменения отмечались за счет физического компонента, который на 10,8% выше значений до операции ($p=0,004$). В отдаленном послеоперационном периоде (через 6 и 12 месяцев) не выявлено статистически значимых различий в уровне качества жизни пациентов, оперированных лапароскопически ($M=108,33$; $SD=21,03$ и $M=104,51$; $SD=22,32$ соответственно) и из минидоступа ($M=108,95$; $SD=21,73$ и $M=109,75$; $SD=28,74$ соответственно).

4. Значимыми ($p < 0,05$) факторами риска развития низкого уровня качества жизни до холецистэктомии являются: наличие инвалидности ($RR=4,3$); сдвига в формуле нейтрофилов в сторону незрелых форм ($RR=2,9$); тахикардии ($RR=2,7$); лейкоцитоз ($RR=2,6$) и индекс BMI равный 25-29,9 ($RR=2,3$) при поступлении. Факторами, влияющими на развитие низкого уровня качества жизни через 6 месяцев после холецистэктомии, являются: тяжесть состояния при поступлении ($RR=8,3$); наличие сопутствующих заболеваний - анемии ($RR=5,3$) и артериальной гипертензии ($RR=4,5$).

5. Суммарный показатель качества жизни пациентов, оперированных в Казахстане на 4,8% выше, чем оперированных в Швеции ($p=0,001$), главным образом, за счет компонентов «Симптом» ($M=64,01$; $SD=11,10$ и $M=60,39$; $SD=10,53$ соответственно; $p=0,001$) и «Физическая функция» ($M=23,05$; $SD=5,98$ и $M=20,83$; $SD=5,30$ соответственно; $p=0,001$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для более полной оценки результатов как хирургического, так и терапевтического лечения необходимо использовать не только рутинные методы оценки ближайших и отдаленных результатов, но и сочетание их с применением специальных опросников.

2. Своевременное определение факторов риска поможет лучше скорректировать поддерживающую терапию до и после оперативного вмешательства, тем самым улучшить качество жизни пациентов.

3. Применение сочетания двух опросников качества жизни GIQLI и SF-36 позволят в полной мере оценить состояние пациентов как в психологическом и социальном плане, но и своевременно выявить симптомы или синдромы, которые могут возникнуть в послеоперационном периоде и вовремя назначить поддерживающую терапию с целью улучшения результатов хирургического лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь – М.: изд. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2009. - 175 с.
- 2 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2016 году // Статистический сборник. - Астана, 2017. – 353 с.
- 3 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2014 году // Статистический сборник. - Астана, 2015. – 360 с.
- 4 Russell M.L., Preshaw R.M., Brant R.F. et al. Disease-specific quality of life (the Gallstone Impact Checklist) // Clin. Invest. Med. - 1996. - №19. - P. 453–460.
- 5 Slim K., Bousquet J., Kwiatkowski F. et al. First validation of the French version of the Gastro intestinal Quality of Life Index (GIQLI) // Gastroenterol. Clin. Biol. - 1999. - №23. - P. 25–31.
- 6 Литвинова Н.В., Осипенко М.Ф. Структура клинических синдромов и прогностические факторы их развития после холецистэктомии у больных с желчнокаменной болезнью // Бюллетень СО РАМН. - 2009. - Т.29, №3. - С. 105–109.
- 7 Quintana J.M., Aspinen S. Health-related quality of life and appropriateness of cholecystectomy. Improvement in the quality of life following cholecystectomy: a randomized multicenter study of health status (RAND-36) in patients with laparoscopic cholecystectomy versus mini laparotomy cholecystectomy / S. Aspinen, J. Kärkkäinen, J. Harjuetal. // Qual. Life Res. – 2016. doi: 10.1007/s11136-016-1485-1.
- 8 Song G.M., Bian W., Zengetal X.T. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: early or delayed? Evidence from a systematic review of discordant meta-analyses // Medicine (Baltimore). - 2016. - Vol.95, №23. – 3835 p.
- 9 Григорьева И.Н., Романова Т.И. Качество жизни у больных с желчнокаменной болезнью в отдаленный период после холецистэктомии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2010. - №9. - С. 38-43.
- 10 Hauters P., Auvray S., Cardin J.L. et al. Comparison between single-incision and conventional laparoscopic cholecystectomy: a prospective trial of the Club Coelio // Surg. Endosc. - 2013. - Vol.27, №5. - P. 1689-1694.
- 11 Юсиф-заде К.Р. Минимизация доступов при лапароскопической холецистэктомии // ВЕСТНИК РАМН. - 2014. - Т.69, №9. – С. 140-144.; Т.69, №10. – С. 140-144.
- 12 Hosogi H., Strassel V., Martin C. et al. Single-port versus needle scopic versus conventional laparoscopic cholecystectomy: a comparative study // Asian J. Endosc. Surg. – 2011. - Vol.4, №3. - P. 120-126.
- 13 Юсиф-заде К.Р., Агаев Б.А. Улучшение результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни // Хирургия. Восточная Европа. - 2014. - №4. - С. 124-132.
- 14 Иванченкова Р.А., Атькова Е.Р. Качество жизни больных желчнокаменной болезнью и холестерозом желчного пузыря при

консервативном и хирургическом лечении // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2012. - №5. - С. 46-55.

15 Lien H.H., Huang C.C., Wang P.C. et al. Quality-of-life measures in Taiwanese adults with symptomatic gallstone disease // Qual. Life Res. - 2010. - Vol.19, №6. – P. 769-773.

16 Wanjura V., Lundstrom P., Osterberg J. et al. Gastrointestinal Quality-of-Life After Cholecystectomy: Indication Predicts Gastrointestinal Symptoms and Abdominal Pain // World J. Surg. - 2014. - №38. - P. 3075–3081.

17 Wanjura V., Sandblom G. How Do Quality-of-Life and Gastrointestinal Symptoms Differ Between Post-cholecystectomy Patients and the Background Population? // World J. Surg. - 2016. - Vol.40, №1. - P. 81–88.

18 Григорьева И.Н., Романова Т.И. Основные факторы риска и качество жизни пациентов с желчнокаменной болезнью // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2011. - №4. - С. 21-25.

19 Осмонбекова Н.С. Качество жизни больных после различных способов холецистэктомии: Дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / «Российский ун-т дружбы народов». - М., 2014. – 101 с.

20 Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей – М.: изд. группа «Видар», 2009. – 560 с.

21 Festi D., Dormi A., Capodicasa S. et al. Incidence of gallstone disease in Italy: results from a multicenter, population-based Italian study (the MICOL project) // World J. Gastroenterol. - 2008. - Vol. 14, №34. - P. 5282-5289.

22 Ahn K.S., Han H.S., Cho J.Y. Long-term follow-up of non-operated patients with symptomatic gallbladder stones: a retrospective study evaluating the role of Hepatobiliary scanning // BMC Gastroenterol. - 2015. - Vol.15., №1 - 136 p.

23 Sandblom G., Videhult P., Karlson B.M. et al. Validation of Gastrointestinal Quality of Life Index in Swedish for assessing the impact of gallstones on health-related quality of life // Value Health. - 2008. - Vol.12, №1. - P. 181–184.

24 Натрошвили И.Г., Прудков М.И., Бебуришвили А.Г. и др. Безопасность малоинвазивных вмешательств при остром калькулезном холецистите // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – № 1 (прил.). – С. 283–284.

25 Чарышкин А.Л., Бикбаева К.И. Малоинвазивное хирургическое лечение больных желчнокаменной болезнью // Ульяновский медико-биологический журнал. - 2015. - № 3. - С. 56-65.

26 Некрасов А.Ю., Величко Е.А., Сергеев А.В. Оценка эффективности лечения острого деструктивного холецистита у пациентов с повышенным анестезиологическим и операционным риском // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. - 2014. - №10. - С. 148-154.

27 Jacoby I., Scott T.E. NIH Consensus Conference on laparoscopic cholecystectomy: are reforms necessary // JAMA. - 1993. – Vol.270, №3. - P. 320-321.

28 Buia A., Stockhausen F., Hanisch E. Laparoscopic surgery: A qualified systematic review // World J. Methodol. - 2015. - №4. - P. 238-254.

- 29 Kulen F., Tihan D., Duman U. Laparoscopic partial cholecystectomy: A safe and effective alternative surgical technique in "difficult cholecystectomies" // *Ulusal Cerrahi Dergisi*. - 2016. - Vol.32, №3. - P. 185-190.
- 30 Frederik Keus, Johanna E.M. Werner, Hein G. Gooszen et al. Randomized Clinical Trial of Small-Incision and Laparoscopic Cholecystectomy in Patients With Symptomatic Cholelithiasis Primary and Clinical Outcomes // *Arch. Surg.* – 2008. – Vol.143(4). – P. 371–377.
- 31 Runkel N., Jurcovan O. Specific complications of minimally invasive surgery // *Chirurg*. - 2015. - Vol.86, №12. - P. 1097-1104.
- 32 Ikumoto T., Yamagishi H., Iwatate M. et al. Feasibility of single-incision laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis // *World J. Gastrointest. Endosc.* - 2015. - Vol.7, №19. - P. 1327-1333.
- 33 Чарышкин А.Л., Бикбаева К.И., Демин В.П. Мини лапаротомия у больных острым холециститом: учебное пособие. – М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2016. – 52 с.
- 34 Осипенко М.Ф., Волошина Н.Б., Литвинова Н.В. Последствия оперативного лечения желчнокаменной болезни // *Гастроэнтерология*. - 2012. - №3. - С. 33-36.
- 35 Palsson S.H., Rasmussen I., Osterberg J. et al. Registration of Health-Related Quality of Life in a Cohort of Patients Undergoing Cholecystectomy // *ISRN Gastroenterology*. - 2011. - Vol. 2011., №1 — P. 1-5.
- 36 Литвинова Н.В. Осипенко М.Ф., Волошина Н.Б. и др. Оценка качества жизни больных с желчнокаменной болезнью после холецистэктомии при симптомном и асимптомном течении заболевания // *Медицина и образование в Сибири*. - 2009. - №2. – С. 6-10.
- 37 Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: руководство для врачей / 2-е издание. - М.: МИА, 2011. – 880 с.
- 38 Сурмач М.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем, как предмет изучения социологии медицины // *Социология*. - 2011. - №2. - С. 100-104.
- 39 Ильина Т.Н., И.Л. Кром, Новичкова И.Ю. Медико-социологическое объяснение феномена качества жизни // *Известия Саратовского университета*. - 2011. - №4. - С. 20-26.
- 40 Kamofsky D.A., Burchenal J.H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in Cancer // *Evaluation of chemotherapeutic agents / Macleod CM (ed).* – USA: Columbia University Press, 1949. - 196 p.
- 41 Огнев В.А. Методологические основы изучения качества жизни // *Соціальна Фармація в Охороні Здоров'я*. – 2015. – Т.1, № 2. - С. 27-33.
- 42 Katz S. The science of quality of life // *J. Chron. dis.* – 1987. – Vol.40, №6. - P. 459-463.
- 43 Elkinton J.R. Medicine and the Quality of Life // *Ann. Intern. Med.* - 1966. - Vol. 64, №3. - P. 711-714.
- 44 Engel G.E. The clinical application of the biopsychosocial model // *Am. J. Psychiatry*. - 1980. - Vol. 137, №5. - P. 535-544.

- 45 McSweeney A.J. et al. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease // Arch. Intern. Med. - 1982. - Vol.142, №3. - P. 473-478.
- 46 Wenger N.K., Mattson M.E., Furberg C.D., Elinson J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies // Amer. J. Cardiol. - 1984. - Vol. 54, №1. - P. 908-913.
- 47 Kaplan R.M, Bush J.W. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis // Health Psychol. – 1982. – Vol.1, №1. – P. 61–80.
- 48 Афанасьева Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем // Качественная клиническая практика. – 2010. – №1. – С. 36-38.
- 49 Малыхин Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы) // Качественная клиническая практика. – 2011. – №1. – С.11-18.
- 50 Евсина О.В. Качество жизни в медицине - важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. - 2013. - №1. - С. 119-133.
- 51 Orley J., Saxena S. The WHOQOL Group // World Health Forum. - 1996. – Vol.17, №4. – P. 354-356.
- 52 World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? // World Health Forum. - 1996. – Vol.1., №1. –P. 29.
- 53 Институт Международного общества по исследованию качества жизни:[сайт]. URL: <http://www.isoqol.org/>
- 54 Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М.: Медицина XXI века, 2007. – 320 с.
- 55 Байтурина А.Т. Состояние здоровья и качество жизни детей подросткового возраста в Республике Башкортостан: автореф. дис.... канд. мед.наук. – М., 2008. – 26 с.
- 56 Новик А.А., Ионова Т.А. Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - М., 2006. - №1. - С. 1-91.
- 57 Гурьева М.Э., Журавлева М.В., Алеева Г.Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии // Русский медицинский журнал. – 2006. - Т.14, №10. - С. 761-763.
- 58 Калматаева Ж.А., Бекботаев Е.А., Бримжанова М.Д., Скаков А.Д. К вопросу об использовании показателей качества жизни в Республике Казахстан // Вестник КазНМУ. – 2014. - №4. - С. 359-362.
- 59 Косенкова О.И. Проблема качества в современной медицине / О.И. Косенкова, В.И. Макарова // Экология человека. - 2007. - №11. - С. 29-34.
- 60 Aaronson N., Choucaire A., Elliot T. et al. User's guide to Implementing Patient-Reported Outcomes Assessment in Clinical Practice, International Society for Quality life Research, 2011.- 57 p.
- 61 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. – P. 3379–3384.

62 Guideline for Good Clinical Practice. ICN Harmonised Tripartite Guideline / Recommended for Adoption at Step 4 of the ICN Process on 1 May 1996 by ICN Steering Committee / WHO. Geneva, 1996. - 53 p.

63 Landgraf J.M., Maunsell E., Nixon-Speechley K. et al. Canadian-French, German, and United Kingdom versions of the Child Health Questionnaire (CHQ-PF50): Methodology and Preliminary Item Scaling Results // Quality of Life Research. – 1998. – Vol.7, №5. – P. 433-445.

64 Manificat S., Dazord A., Langue J., Danjou G. Qualité de vie du nourrisson: les critères des parents, les critères des professionnels. Mise au point d'un instrument d'évaluation // Archives de pédiatrie. – 1999. – Vol.6. – P. 79-86.

65 Manificat S., Dazord A., Langue J. et al. Évaluation de la qualité de vie du nourrisson et du très jeune enfant: validation d'un questionnaire. Étude multicentrique européenne // Arch. Pediatr. - 2000. - Vol. 7, №6. - P. 605-614.

66 Ware J.E., Sherbour C.D. The MOS 36-item short form health survey: Conceptual framework and item selection // Medical Care. - 1992. - Vol. 30. – P. 473-483.

67 Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. - М: ГЭОТАР-МЕД., 2004. - С.112-120.

68 The EuroQol group. EuroQol - a new facility for the measurement of health related quality of life // Health Policy. – 1990. – Vol.16. – P. 199-208. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10109801>

69 Brooks R. with the EuroQol Group. EuroQol: the current state of play // Health Policy. – 1996. –Vol.37. – P. 53-72.

70 Амирджанова В.Н., Эрдес Ш.Ф. Валидация русской версии общего опросника EUROQOL - 5D (EQ-5D) // Научно-практическая ревматология. - 2007. - № 3. - С.69-76.

71 Bergner M., Bobbitt R.A., Carter W.B., Gilson B.S. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure // Med. Care. - 1981. - Vol.19, №8. - P. 787-805.

72 Константинов В.К., Готье С.В. Качество жизни родственных доноров фрагмента печени // Вестник трансплантологии и искусственных органов. - 2016. - Т.18, №2. - С. 131-141.

73 Ненарокомов А.Ю., Сперанский Д.Л., Аревшатов Э.В. и др. Современная концепция исследования качества жизни в онкологии // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2. – С. 421-425.

74 Hunt S., Mc Kenna S., McEven J. The Nottingham Health profile: subjective status and medical consultations // Soc. Sci. Med. – 1981. – Vol.15. – 221 p.

75 Добрусина М.Е., Христенко К.Ю. Организация труда и синдром хронической усталости // Вестник Томского государственного университета. – 2011. - №345. - 146 с.

76 Сергеев А.В. Особенности исследования качества жизни у пациентов с заболеванием венозной системы нижних конечностей // Флебология. – 2009. - №2. – 55 с.

77 Murphy B., Herrman H., Hawthorne G., Pinzone T., Evert H. Australian WHOQoL instruments: User's manual and interpretation guide // Australian WHOQoL Field Study Centre. - Melbourne, Australia, 2000.

78 Рассказова Е.И. Методы диагностики качества жизни в науках о человеке // Вестник Московского университета. Серия. 14. Психология. - 2012. - № 3. - С. 95-107.

79 Spertus J.A. et al. Development and evaluation of Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease // Journal of American College of Cardiology. - 1995. - Vol.78. - P. 333-341.

80 Rector T.S., Kubo S.H., Cohn J.N. Patients' self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: Content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire // Heart Failure. - 1987. - №3. - P. 198-209.

81 Либис Р.А., Прокофьев А.Б., Коц Я.И. Оценка качества жизни больных с аритмиями // Кардиология. - 1998. - № 3. - С. 49-51.

82 Juniper E.F., Buist A.S., Cox F.M., Ferrie P.J., King D.R. Validation of a standardized version of the Asthma Quality of Life Questionnaire // Chest. - 1999. - Vol.115, №5. - P. 1265-1270.

83 Jones P.W., Quirk F.H., Baveystock C.M. The St. George's Respiratory Questionnaire // Resp. Med. - 1991. - Vol.8. - P. 525-531.

84 Robb W.B., Falk G.A., Larkin J.O. et al. A 10-step intraoperative surgical checklist (ISC) for laparoscopic cholecystectomy-can it really reduce conversion rates to open cholecystectomy? // J. Gastrointest. Surg. - 2012. - Vol.16, №7. - P. 1318-1323.

85 Svedlund J., Sjödin I., Dotevall G. GSRS - a clinical rating scale for gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease // Dig. Dis. Sci. - 1988. - Vol.33. - P. 129-134.

86 Takenaka R., Okada H., Kawano S. et al. Randomized study of lafutidine vs lansoprazole in patients with mild gastroesophageal reflux disease // World J. Gastroenterol. - 2016. - Vol.22, №23. - P. 5430-5435.

87 Salamon K., Woods J., Paul E., Huggins C. Peritoneal dialysis patients have higher prevalence of gastrointestinal symptoms than hemodialysis patients // J. Ren. Nutr. - 2013. - №23. - P. 114-118.

88 Patrick D.L., Drossman D.A., Frederick I.O. et al. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure // Dis. Dis. Sci. - 1998. - Vol.43, №2. - P. 400-441.

89 Eypash E., Williams J., Wood-Dauphinee S. et al. Gastrointestinal Quality of life index: development, validation and application of a new instrument // Br. J. Surg. - 1995. - Vol.82, №2. - P. 216-222.

90 Lamberts M.P., DenOuden B.L., Gerritsen J.J. et al. Prospective multicenter cohort study of patient-reported outcomes after cholecystectomy for uncomplicated symptomatic cholelithiasis // Br. J. Surg. - 2015. - Vol.102, №11. - P. 1402-1409.

91 Liu F., Bai X., Duan G.F. et al. Comparative quality of life study between endoscopic sphincterotomy and surgical choledochotomy // *World J. Gastroenterol.* - 2014. - Vol.20, №25. - P. 8237-8243.

92 Lamberts M.P. Den Oudsten B.L., Keus F. et al. Patient-reported outcomes of symptomatic cholelithiasis patients following cholecystectomy after at least 5 years of follow-up: a long-term prospective cohort study // *Surg. Endosc.* - 2014. - Vol.28, №12. - P. 3443-3450.

93 Винник Ю.С., Серова Е.В., Андреев Р.И. и др. Консервативное и оперативное лечение желчнокаменной болезни // *Fundamental research.* - 2013. - №9. - С. 954-958.

94 Козлова И.В., Федоров В.Э., Граушкина Е.В. Отдаленные результаты, последствия и издержки хирургического лечения кафедры желчнокаменной болезни // *Медицинский альманах.* - 2010. - №1. - С. 146-148.

95 Шумкина Л.В., Старков Ю.Г. Хирургия единого лапароскопического доступа: современные тенденции в лечении холецистита // *Эндоскопическая хирургия.* - 2014. - № 1. - С. 58–61.

96 Каштальян М.А. Косметический вариант лапароскопической холецистэктомии с элементами Notes технологий // *Украинский журнал хирургии.* - 2009. - №4. - С. 72-76.

97 Litynski G.S. Erich Muhe and the rejection of laparoscopic cholecystectomy (1985): A surgeon ahead of his time // *JLS.* - 1998. - №2. - P. 341-346.

98 Polychronidis A., Laftsidis P., Bounovas A., Simopoulos C. Twenty Years of Laparoscopic Cholecystectomy: Philippe Mouret-March 17, 1987 // *JLS.* - 2008. - Vol.12, №1. - P. 109–111.

99 Ansaloni L., Pisano M., Coccolini F. et al. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis // *World Journal of Emergency Surgery.* - 2016. - Vol.11, №25. - P. 1-23.

100 Малстев А.Б., Гумеров Р.Р., Чинова Е.В. и др. Лечение острого холецистита: опыт и перспективы // *Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук.* - 2011. - №4. - 116 с.

101 Михайлузов С.В., Хоконов М.А., Моисеенкова Е.В. Многоэтапное хирургическое лечение острого калькулезного холецистита с использованием лапароскопической холецистэктомии // *Вестник Российского государственного медицинского университета.* - 2009. - №6. - С. 14-15.

102 Быстровская Е.В., Ильченко А.А. Отдаленные результаты холецистэктомии // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* - 2008. - №5. - С. 23-27.

103 Богницкая Т.Н., Лукичев П.М. Отдаленные результаты хирургического лечения холецистита // *Клиническая хирургия.* - 1982. - №3. - С. 76-80.

104 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.

105 Lill S., Rantala A., Vahlberg T. et al. Elective laparoscopic cholecystectomy: the effect of age on conversions, complications and long-term results // *Dig. Surg.* - 2011. - Vol.28, №3. - P. 205-209.

106 Bayerdörffer E., Bigard M.A., Weiss W. et al. Randomized, multicenter study: on-demand versus continuous maintenance treatment with esomeprazole in patients with non-erosive gastroesophageal reflux disease // *BMC Gastroenterol.* - 2016. - Vol.16. - 48 p.

107 Абдуламитов Х.К., Ермолов А.С., Гуляев А.А. и др. Отдаленные результаты видео лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите // *Эндоскопическая хирургия* - 2009. – № 3. – С. 3-7.

108 Леонтьев А.С., Короткевич А.Г., Репникова Р.В. и др. Оценка влияния оперативного доступа на структуру и частоту отдаленных осложнений холецистэктомии // *Медицина в Кузбассе.* - 2014. - Т.13, №1. - С. 32-36.

109 Partington P.F. Twenty-three years of experience with sphincterotomy and sphincteroplasty for stenosis of the sphincter of Oddi // *Surg. Gynecol Obstet.* – 1977. - Vol.145, №2. - P. 161-168.

110 Губергриц Н.Б., Беляева Н.В., Ключков А.Е. Постхолецистэктомический синдром: как избежать полипрагмазии? // *Здоровье Украины.* - 2014. - №4. - С. 22-23.

111 Черкасов М.Ф., Кузьменко В.Л. Возможность прогнозирования отдаленных результатов холецистэктомии // *Современные проблемы науки и образования.* – 2016. – № 3. – 178 с.

112 Огородник П.В., Дейниченко А.Г. Постхолецистэктомический синдром: мировой опыт и современные представления // *Здоровье Украины.* - 2014. - №2. - С. 5-6.

113 Ильченко А.А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей / А.А. Ильченко. - М.: Анахарсис, 2011. - 220 с.

114 Фролов Я.А., Литвинова Н.В., Волошина Н.Б. Динамика билиарных болей после холецистэктомии // *Сибирское медицинское обозрение.* - 2011. - Т.70, №4. - С. 23–27.

115 Быстровская Е.В. Постхолецистэктомический синдром: патогенетические и терапевтические аспекты проблемы // *Медицинский совет.* - 2012. - №2. - С. 83-87.

116 Netter F.H. The Netter collection of medical illustrations: Vol. 3. Digestive System, p. 3. - New York: Colorpress, 2001. - 200 p.

117 Girometti R., Brondani G., Cereser L. et al. Post-cholecystectomy syndrome; Spectrum of biliary findings at magnetic resonance cholangiopancreatography // *Br. J. Radiol.* - 2010. - Vol.83. - P. 351–361.

118 Jaunoo S.S., Mohandas S., Almond L.M. Postcholecystectomy syndrome (PCS) // *Int. J. Surg.* - 2010. - Vol.8, №1. - P. 15-17.

119 Паршиков В.В., Фирсова В.Г., Градусов В.П. и др. Осложнения желчнокаменной болезни и хирургического вмешательства как причины

постхолецистэктомического синдрома // Медицинский альманах. - 2011. - №5. - С. 266-269.

120 Perera E., Bhatt S., Dogra V.S. Cystic duct remnant syndrome // J. Clin. Imaging. Sci. - 2011. - Vol.1. - 2 p.

121 Galbfach P.J., Kołacińska M.B., Flont P.A. et al. Gastric complaints or postcholecystectomy syndrome? // Pol. Merkur. Lekarski. – 2008. - Vol.25, №147. - P. 221-225.

122 Колпакова Н.В., Чеснокова Л.В., Шестакова Н.В. и др. Постхолецистэктомический синдром: патогенетические и клинические аспекты проблемы // Уральский Медицинский журнал. - 2011. - №6. - С. 21-31.

123 Filip M., Saftoiu A., Popescu C. et al. Postcholecystectomy syndrome – an algorithmic approach // J. Gastrointestin. Liver. Dis. - 2009. - Vol.18, №1. - P. 67-71.

124 Жегалов П.С., Винник И.С., Черданцев Д.В. Эпидемиология и коррекция постхолецистэктомического синдрома // Материалы IX Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. Журнал «Эндоскопическая хирургия». - 2006. - №2. - 47 с.

125 Lee S.H., Yang J.D., Hwang H.P. et al. Surgical outcomes and prognostic factors influencing long-term survival in patients with gallbladder cancer // Korean J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. – 2012. - Vol.16, №2. - P. 59-64.

126 Ausania F., Tsirlis T., White S.A. et al. Incidental pT2-T3 gallbladder cancer after a cholecystectomy: outcome of staging at 3 months prior to a radical resection // HPB (Oxword). - 2013. - Vol.15, №8. - P. 633-637.

127 Schofer J.M. Biliary causes of postcholecystectomy syndrome // J. Emerg. Med. - 2008. - Vol.39, №4. - P. 406-410.

128 Стасевич В.Н., Корик В.Е., Жидков С.А. Постхолецистэктомический синдром: метод. рекомендации. – Минск: БГМУ, 2007. – 12 с.

129 Сереброва С.Ю. Хронический панкреатит: современный подход к диагностике и лечению // РМЖ. - 2008. - №1. - 30 с.

130 Morris S., Gurusamy K.S., Patel N. et al. Cost-effectiveness of early laparoscopic cholecystectomy for mild acute gallstone pancreatitis // Br. J. Surg. - 2014. - Vol.101, №7. - P. 828-835.

131 Бабушкин Д.А., Айрапетов Д.В., Овчинников Д.И. и др. Методическая разработка к практическому занятию Постхолецистэктомический синдром. - Екатеринбург: Изд. УГМА, 2011 - 20 с.

132 Быстровская Е.В., Ильяченко А.А. Патогенетические и диагностические аспекты постхолецистэктомического синдрома // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2009. - №3. - С. 69-80.

133 Ильяченко А.А. Постхолецистэктомический синдром: всегда ли мы его диагностируем в полном объеме и проводим адекватную терапию? // Трудный пациент. – 2008. – Т.6, № 12. – С. 38–42.

134 McNally M.A. Biliary events and an increased risk of new onset irritable bowel syndrome: a population-based cohort study // *Aliment. Pharmacol. Ther.* - 2008. - Vol.28, №3. - P. 334–343.

135 Kurucsai G., Joó I., Fejes R. et al. Somatosensory hypersensitivity in the referred pain area in patients with chronic biliary pain and a sphincter of Oddi dysfunction: new aspects of an almost forgotten pathogenetic mechanism // *Am. J. Gastroenterol.* - 2008. - Vol.103, №11. - P. 2717-2725.

136 Литвинова Н.В., Осипенко М.Ф., Волошина Н.Б., Холин С.И. Постхолецистэктомический синдром: синдром изжоги у пациентов через 6 месяцев после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* - 2013. - №10. – С. 51-52.

137 Фролов Я.А. Гастроинтестинальные симптомы в отдаленные сроки после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2012. – 18с.

138 Быстров С.А., Жуков Б.Н. Постхолецистэктомический синдром – новый подход к профилактике и лечению // *Медицинский альманах.* - 2010. - №1. - С. 142-145.

139 Ветшев П.С., Чилингарида К.Е., Ипполитов Л.И. и др. Качество жизни больных после различных способов холецистэктомии // *Анналы хирургической гепатологии.* - 2003. - Т.8, №1. - С. 72-79.

140 Джалалов Ю.В., Рабаданова С.Р. Качество жизни после холецистэктомии из минидоступа. Исследование качества жизни в билиарологии // *Материалы 4-го Российского научного форума «Гастро - 2002».* Журнал «Гастроэнтерология». - 2002. - №2. - 49 с.

141 Сердюков М.А. Результаты лапароскопической холецистэктомии по материалам клиники и качество жизни оперированных больных // *Вестник новых медицинских технологий.* - 2008. - Т.15, №1. - 107 с.

142 Орлов С.В. Сравнительный анализ качества жизни у больных калькулезным холециститом, оперированных традиционным и лапароскопическим методами: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2008. – 12с.

143 Grigor'eva I.N., Romanova T.I. Quality of life of patients with cholecystolithiasis in the remote period after cholecystectomy // *Eksp. Klin. Gastroenterol.* - 2010. - Vol.9. - P. 38-43.

144 Семерикова Н.А. Динамика изменений качества жизни пациентов в отдаленные сроки после холецистэктомии // «Здоровье семьи -21-й век»: электр. период. изд-е. - 2012. - №1. URL: [http:// fh-21. Perm/ru/ download/ 2012-1-18/ pdf](http://fh-21.Perm/ru/download/2012-1-18/pdf) (дата обращения :16.06.2012).

145 Филистович А.В. Черданцев Д.В., Филистович В.Г. Сравнительный анализ показателей качества жизни у больных, перенесших холецистэктомию // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.* - 2011. - №4. - С. 110-111.

146 Макарова Ю.В., Литвинова Н.В., Осипенко М.Ф. и др. Гастроэнтерологические симптомы и качество жизни пациентов в отдаленный

период после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни // Доказательная гастроэнтерология. - 2014. – Т.3., №4. – С. 3-7.

147 Karlson B.M., Ekbohm A., Josefsson S. The risk of pancreatic cancer following pancreatitis: an association due to confounding? // Gastroenterology. - 1997. - Vol.113. - P. 587–592.

148 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.

149 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.

150 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.

151 Keus F., Vries de J., Gooszen H.G. et al. Laparoscopic versus small-incision cholecystectomy: health status in a blind randomised trial // Surg. Endosc. - 2008. - Vol.22, №7. - P. 1649-1659.

152 Brown K.M., Moore B.T., Sorensen G.B. et al. Patient-reported outcomes after single-incision versus traditional laparoscopic cholecystectomy: a randomized prospective trial // Surg. Endosc. - 2013. - Vol.27, №9. - P. 3108-3115.

153 Sulu B., Yildiz B.D., Ilingi E.D. et al. Single Port vs. Four Port Cholecystectomy-Randomized Trial on Quality of Life // Adv. Clin. Exp. Med. - 2015. - Vol.24, №3. - P. 469-473.

154 Shi H.Y., Lee H.H., Tsai et al. M.H. Long-term outcomes of laparoscopic cholecystectomy: a prospective piece wise linear regression analysis // Surg. Endosc. - 2011. - Vol.25, №7. - P. 2132-2140.

155 Shi H.Y., Lee K.T., Lee H.H. et al. Response shift effect on gastrointestinal quality of life index after laparoscopic cholecystectomy // Qual. Life Res. - 2011. - Vol.20, №3. - P. 335-341.

156 Wennmacker S., Lamberts M., Gerritsen J. et al. Consistency of patient-reported outcomes after cholecystectomy and their implications on current surgical practice: a prospective multicenter cohort study // Surg. Endosc. - 2017. - Vol.31, №1. - P. 215-224.

157 Eypash E., Trodl H., Wood-Dauphinee S. et al. Cholecystectomy // Theor. Surg. - 1990. - Vol.5. - P. 3-10.

158 Eypash E., Trodl H., Wood-Dauphinee S., Williams J. Immediate improve in quality of life after laparoscopic cholecystectomy // Minimally Invasive Therapy. - 1993. – Vol.2. – P. 139-146.

159 Eypash E., Wood-Dauphinee S., Williams J. et al. Der Gastrointestinal Lebens qualitats index (GIQLI). Ein klinimetrischer Index zur Befind lichk eits messung in gastroenterologischen Chirurgie // Chirurg. – 1995. - Vol.64. – P. 264-274.

160 Митушева Э.И., Сайфутдинов Р.Г., Шаймарданов Р.Ш. и др. Изменения в органах гепатопанкреатобилиарной системы и качество жизни

пациентов после холецистэктомии // Казанский медицинский журнал. - 2015. - Т.96, №3 – С. 348-353.

161 MAPI Institute: Linguistic validation of patient reported outcomes measure. - Lyon, France: MAPI Research Trust. - 2002.- 6 p.

162 Гамгия Н.В. Возможности использования гастроинтестинального индекса качества жизни в оценке результатов хирургического лечения больных калькулезным холециститом: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / ГЦУВПО «Моск. гос. мед. стоматол. ун-т». - М., 2006. – 93 с.

163 Тургунов Е.М., Койшибаева Л.М., Баймуратова М.Г., Саханова А.А. Оценка качества жизни пациентов с калькулезным холециститом до операции и в разные сроки после холецистэктомии // Материалы Национального хирургического конгресса совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ. Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. - 2017. - №1. ISSN 2075-6895. – С.450-451.

164 Койшибаева Л.М., Тургунов Е.М., Сандблум Г. и др. Оценка качества жизни у пациентов после холецистэктомии // Georgian Medical News. - 2017. - №9. - С. 30-38.

165 Койшибаева Л.М., Баймуратова Г., Каршанов А.К. и др. Факторы, влияющие на индекс качества жизни пациентов после холецистэктомии // Материалы международной LVII научной конференции студентов и молодых учёных, посвященной 60-летию Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова. - Актобе, 2017. - 266 с.

166 Koishibayeva L.M., Turgunov Ye., Teleuov M. et al. Comparing of Quality of Life in cholecystitis patients before and after cholecystectomy // Abstractbok Kirurgveckan JKPG 2017. - Jönköping, Sweden, 2017 – 287 p.

167 Койшибаева Л.М., Тургунов Е.М., Баймуратова М.Г. Качество жизни пациентов после экстренной и плановой холецистэктомии // Вестник хирургии Казахстана. – Алматы, 2017. – спец. вып. №2. – С. 36-37.

168 Койшибаева Л.М., Саханова А.А., Тлеуқұлова А.Е. и др. Оценка уровня качества жизни у пациентов с холециститом до оперативного вмешательства // Пятая международная конференция молодых ученых и студентов «Перспективы развития биологии, медицины и фармации». - Шымкент, 2017. Т.2. -№4. - С.112-113.

169 Койшибаева Л.М., Тургунов Е.М., Саханова А.А. Сравнение уровня качества жизни пациентов до и через 6 месяцев после холецистэктомии // Медицинский журнал Западного Казахстана. - 2018. - №57 (1). - С. 52-57.

170 Койшибаева Л.М., Баймуратова М.Г. Оценка уровня качества жизни пациентов до холецистэктомии и спустя 6 месяцев // 72-ая Международная научно-практическая конференция студентов и молодых учёных «Актуальные проблемы современной медицины и фармации». – Минск, 2018. – С.1585.

171 Койшибаева Л.М., Тургунов Е.М., Таласбаев М.А. и др. Сравнение качества жизни пациентов до и после холецистэктомии через 6 и 12 месяцев // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2018. - № 2. – С 90-94.

172 Sadati L., Pazouki A., Tamannaie Z. et.al. Quality of Life After Surgery in Candidates of Laparoscopic and Open Cholecystectomy: A Comparison Study // Iran Red Crescent. Med. J. - 2017. - Vol.19, №2. - 15917 p.

173 Злаказов О.В. Зависимость качества жизни больных от метода выполнения холецистэктомии: дис. ...канд. мед. наук: 14.00.27 / ГОУ ВПО «Красноярский госуд. мед. ун-т им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минест-во здравоохран. И соц-го развития РФ». - Красноярск, 2009. – 111 с.

174 Zehetner J., Pelipad D., Darehzereshki A. et al. Single-access laparoscopic cholecystectomy versus classic laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.- 2013.- Vol.23, №3. – P. 235-43.

175 Abd Ellatif M.E., Askar W.A., Abbas AE. Quality-of-life measures after single-access versus conventional laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized study// Surg. Endosc. – 2013. -Vol.27, №6. – P.1896-906.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Акты внедрения результатов научно-исследовательской работы



«УТВЕРЖДАЮ»
Директор КГП «Городская
Больница №1» г. Караганды
Чернов Д.Д.
2016 г.

АКТ
ВНЕДРЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ
«Городская больница №1» г. Караганды
(наименование учреждения, где внедряется работа)

Наименование предложения: Оценка качества жизни пациентов, перенесших холецистэктомию с помощью вопросника GIQLI.

Работа включена из материалов темы НИР КГМУ (2015-2018).

(республиканского, областного, областного планов внедрения)

планов внедрения научно-исследовательских, учебных институтов:
внедрена в инициативном порядке; заимствована из методических рекомендаций,
журнальных статей, диссертации, монографии - указать)

Форма внедрения: анкетирование по международному опроснику Gastrointestinal Quality-of-Life Index(GIQLI).

(внедрение метода, способа, аппарата в лечебно-профилактическом учреждении

лекции, семинары, подготовке на рабочем месте и прочее - указать)

Ответственные за внедрение и исполнители: Телеуов М.К., Мусаев А.Э., Нурбаев Н.К., Койшибаева Л.М.

Эффективность внедрения: Оценка качества жизни пациентов с использованием международного опросника GIQLI будет более эффективна, поскольку данный опросник является специфичным и используется у пациентов с гастроэнтерологическими патологиями. С использованием данного опросника можно оценить эффективность проведенного лечения. (лечебно-диагностическая, экономическая, социальная - указать конкретно)

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение: рекомендуется более широкое применение опросника GIQLI, чтобы оценить эффективность хирургического лечения пациентов с хирургическими заболеваниями.

Сроки внедрения: 2016-2017 год.

Председатель комиссии
Зам. директора по лечебной работе

_____ Курмышева Н.Ф.

Члены, ответственные за внедрение:
Зав. кафедрой хирургических
болезней №1 КГМУ,
д.м.н. профессор

_____ Телеуов М.К.

Зав. отделением хирургии

_____ Мусаев А.Э.

Исполнители:
Врач отделения хирургии
Докторант кафедры ХБ №2 КГМУ

_____ Нурбаев Н.К.
_____ Койшибаева Л.М.

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор КГП «Областная
клиническая больница»
г. Караганды М.Е. Абеуов
« 2016 г.



**АКТ
ВНЕДРЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ**

«Областная клиническая больница» г. Караганды
(наименование учреждения, где внедряется работа)

Наименование предложения: Оценка качества жизни пациентов, перенесших холцистэктомию с помощью вопросника GIQLI.

Работа включена из материалов темы НИР КГМУ (2015-2018).

(республиканского, областного, областного планов внедрения)

планов внедрения научно-исследовательских, учебных институтов:
внедрена в инициативном порядке; заимствована из методических рекомендаций,
журнальных статей, диссертации, монографии - указать)

Форма внедрения: анкетирование по международному опроснику Gastrointestinal Quality-of-Life Index(GIQLI).

(внедрение метода, способа, аппарата в лечебно-профилактическом учреждении

лекции, семинары, подготовке на рабочем месте и прочее - указать)


Ответственные за внедрение и исполнители: Тургунов Е.М., Жукен Т. Т., Койшибаева Л.М., Каршанов А.К., Хен Л.А.

Эффективность внедрения: Оценка качества жизни пациентов с использованием международного опросника GIQLI будет более эффективна, поскольку данный опросник является специфичным и используется у пациентов с гастроэнтерологическими патологиями. С использованием данного опросника можно оценить эффективность проведенного лечения.
(лечебно-диагностическая, экономическая, социальная - указать конкретно)

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение: рекомендуется более широкое применение опросника GIQLI, чтобы оценить эффективность хирургического лечения пациентов с хирургическими заболеваниями.

Сроки внедрения: 2016-2017 год

Председатель комиссии:
Начальник хирургической службы, д.м.н.


Цхай Б. В.




Члены, ответственные за внедрение:
Зав. кафедрой хирургических болезней №2 КГМУ,
д.м.н. профессор


Тургунов Е. М.

Зав. отделением общей хирургии

Жукен Т. Т.

Исполнители:
Врач отделения общей хирургии
Врач отделения общей хирургии
Докторант кафедры ХБ №2 КГМУ


Каршанов А.К.

Хен Л.А.

Койшибаева Л.М.

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор КГП «Областной
медицинский центр» УЗ КО

г. Караганда

Нургожин Е. А.

2016 г.



АКТ

ВНЕДРЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ

«Областной медицинский центр» г. Караганда
(наименование учреждения, где внедряется работа)

Наименование предложения: Оценка качества жизни пациентов, перенесших холецистэктомию с помощью вопросника GIQLI.

Работа включена из материалов темы НИР КГМУ(2015-2018).

(республиканского, областного, областного планов внедрения)

планов внедрения научно-исследовательских, учебных институтов:

внедрена в инициативном порядке; заимствована из методических рекомендаций,
журнальных статей, диссертации, монографии - указать)

Форма внедрения: анкетирование по международному опроснику Gastrointestinal Quality-of-Life Index(GIQLI).

(внедрение метода, способа, аппарата в лечебно-профилактическом учреждении

лекции, семинары, подготовке на рабочем месте и прочее - указать)

Ответственные за внедрение и исполнители: Телеуов М.К., Аймагамбетов Е.М., Хасенов Ж.Д., Койшибаева Л.М.

Эффективность внедрения: Оценка качества жизни пациентов с использованием международного опросника GIQLI будет более эффективна, поскольку данный опросник является специфичным и используется у пациентов с гастроэнтерологическими патологиями. С использованием данного опросника можно оценить эффективность проведенного лечения. (лечебно-диагностическая, экономическая, социальная - указать конкретно)

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение: рекомендуется более широкое применение опросника GIQLI, чтобы оценить эффективность хирургического лечения пациентов с хирургическими заболеваниями.

Сроки внедрения: 2016-2017 год.

Председатель комиссии
Зам. директора по качеству медицинских услуг

 Кобжанова Г.С.

Члены, ответственные за внедрение:
Зав. кафедрой хирургических болезней №1,
д.м.н., профессор
Зав. отделением хирургии

 Телеуов М.К.
 Аймагамбетов Е.М.

Исполнители:
Врач отделения общей хирургии
Докторант кафедры ХБ №2 КГМУ

 Хасенов Ж.Д.
 Койшибаева Л.М.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Решение комитета по биоэтике КГМУ

Решение Комитета по биоэтике

Карагандинского государственного медицинского университета

Заседание № 98

Дата (Д/М/Г) 02.09.2016г.

Протокол № 98

Присвоенный номер 239

| | |
|--|---|
| Название протокола: «Оценка качества жизни пациентов, перенесших холицистэктомию». | |
| Основной исследователь: | Койшибаева Лейла Мейрамовна |
| Институт: | Карагандинский государственный медицинский университет |
| Рассмотренные элементы | <input type="checkbox"/> Приложены <input type="checkbox"/> Не приложены |
| Повторное рассмотрение <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> Нет | Дата предыдущего рассмотрения: |
| Решение: | <input type="checkbox"/> Разрешено (Р) <input type="checkbox"/> Разрешено с рекомендациями (Рек) <input type="checkbox"/> Повторная заявка (ПЗ) <input type="checkbox"/> Не разрешено (НР) |

| №. | Голосование членов КБЭ | решение | | | |
|----|------------------------|---------|-----|----|----|
| | | Р | Рек | ПЗ | НР |
| 1 | Бакирова Р.Е. | ✓ | | | |
| 2 | Нурсултанова С.Д. | ✓ | | | |
| 3 | Сорокина М.А. | ✓ | | | |
| 4 | Ауэзова М.Х. | ✓ | | | |
| 5 | Калиева Ш.С. | ✓ | | | |
| 6 | Пономарева О.А. | ✓ | | | |
| 7 | Табриз Н.С. | | | | |
| 8 | Тулугаева С.Т. | ✓ | | | |
| 9 | Абеуова Б.К. | ✓ | | | |
| 10 | Омаркулов Б.К. | ✓ | | | |
| 11 | Гитнер Е.С. | ✓ | | | |
| 12 | Рахметова А.М. | ✓ | | | |
| 13 | Санаубаева Д.С. | ✓ | | | |

Примечание: Р – Разрешено; Рек – Разрешено с рекомендациями; ПЗ – Повторная заявка; НР – Не разрешено

Подпись
.....
Председатель: **д.м.н.**
Бакирова Р.Е.



.....
Ответственный секретарь
Смаилова А.А.

Дата **02.09.2016 г.**

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Официальное разрешение РГП на ПХВ РЦРЗ МЗСР РК о получении доступа к базе реестров прооперированных больных, перенесших холецистэктомию за период 2013 – 2015 гг. в областных лечебных учреждениях

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК
ДАМУ МИНИСТРЛІГІНІҢ «ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУДЫ ДАМУ ТУ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ОРТАЛЫҒЫ» ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ
КҮКЫҒЫНДАҒЫ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
МЕМЛЕКЕТТІК КӘСПОРЫНЫ



РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО
ВЕДЕНИЯ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР
РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН

010000, Астана қаласы, Орынбор көшесі, 8
тел.: +7 (7172) 70-09-80, +7 (7172) 70-09-75
E-mail: rcz.office@mail.ru

№ 01-1984

2016 м. 28.10

010000, город Астана, улица Орынбор, 8
тел.: +7 (7172) 70-09-80, +7 (7172) 70-09-75
E-mail: rcz.office@mail.ru

Проректору по стратегическому развитию,
науке и международному сотрудничеству
Карагандинского государственного
медицинского университета
А.А. Турмухамбетовой

В ответ на Ваше письмо от 26.10.2016г. № 7-7161 сообщаем, что запрошенные Вами реестры относительно о прооперированных больных, перенесших холецистэктомию за период с 2013г. по 2015г. в областных лечебных учреждениях Республики Казахстан, в рамках научно-исследовательской работы КГМУ на тему «Оценка качества жизни пациентов, перенесших холецистэктомию», предоставляем в электронном виде.

Директор

Р.З. Боранбаева

010539

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Опросник GIQLI

Информированное согласие респондента

Я подробно и в доступной форме информирован о проводимом научном исследовании качества жизни взрослого населения в рамках научной работы «Оценка качества жизни пациентов, перенесших холецистэктомию». Я согласен добровольно и безвозмездно принимать участие в этом научном исследовании самостоятельно заполнять предлагаемые мне опросники или отвечать на задаваемые мне вопросы.

Мне доступно разъяснено, что полученная в результате опроса информация является конфиденциальной. При обработке данная информация будет деперсонифицирована (идентифицировать участника исследования будет невозможно) и будет использоваться исключительно в научных целях.

ФИО _____ Подпись _____

Гастроинтестинальный индекс качества жизни

Профессор, доктор мед. наук Эрнст Эйпаш
Главврач клиники общей хирургии, висцеральной хирургии и хирургии при несчастных случаях
Больница Святого Духа, Кёльн, Лонгерих
Гратегерштрассе 105
50737 Кёльн, Германия
Тел.: 0221 7491 8258
Факс.: 0221 7491 8051
E-mail: ernst.eypasch@cellitinnen.de

Кёльн, январь 1997

Уважаемые пациенты!

Вы согласны, что улучшение качества жизни является важнейшей задачей современной хирургии?

Одной из важнейших задач для данной клиники является определение качества жизни наших пациентов.

Сегодня мы обращаемся к Вам с просьбой заполнить приведенный ниже опросник и затем вернуть нам. Данная анкета поможет нам лучше оценить Ваше самочувствие до и после проведения оперативного вмешательства, и тем самым послужит улучшению нашей работы.

Пожалуйста, на первой странице укажите Ваши личные данные. Разумеется, мы гарантируем Вам полную конфиденциальность.

На данной странице приведен пример одного вопроса. Пожалуйста, отметьте **только один** из 5 возможных ответов.

С наилучшими пожеланиями и благодарностью за сотрудничество!

Профессор, доктор медицинских наук Эрнст Эйпаш

Пример вопроса

Как часто в течение последних 2 недель Вы чувствовали себя здоровым?

Постоянно, (0) В основном, (1) Время от времени, (2) Редко, (3) Никогда (4)

Бланк с данными

Сегодняшняя дата:

Фамилия: _____ Имя: _____ Отчество: _____

Дата рождения: _____ Возраст: _____

Пол: женский мужской

Адрес проживания:

Город (село): _____
Улица (№ дома, № квартиры): _____
Телефон: _____
E-mail: _____

Вы: Не замужем / не женат / живете один(а)
 Замужем / женат / живете с партнером
 Другое

Вы: Постельный режим для больного
 Способны передвигаться в пределах квартиры
 Способны передвигаться в городе

GIQLI © Ernst Eypasch, 1995. All Rights Reserved

1. Как часто в течение последних 2 недель Вы чувствовали боли в животе?

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Постоянно, (0) | В основном, (1) | Время от времени, (2) | Редко, (3) | Никогда (4) | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
2. Как часто на протяжении последних 2 недель Вы ощущали и Вам мешало чувство тяжести в верхнем отделе живота?

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Постоянно, (0) | В основном, (1) | Время от времени, (2) | Редко, (3) | Никогда (4) | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
3. Как часто в течение последних 2 недель Вы страдали от вздутия живота или ощущения, что в животе скопилось слишком много воздуха?

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Постоянно, (0) | В основном, (1) | Время от времени, (2) | Редко, (3) | Никогда (4) | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
4. Как часто на протяжении последних 2 недель Вы чувствовали дискомфорт из-за отхождения газов?

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Постоянно, (0) | В основном, (1) | Время от времени, (2) | Редко, (3) | Никогда (4) | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
5. Как часто в течение последних 2 недель Вы испытывали дискомфорт от отрыжки?

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Постоянно, (0) | В основном, (1) | Время от времени, (2) | Редко, (3) | Никогда (4) | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
6. Как часто на протяжении последних 2 недель Вы наблюдали у себя необычные звуки в желудке или кишечнике?

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Постоянно, (0) | В основном, (1) | Время от времени, (2) | Редко, (3) | Никогда (4) | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
7. Как часто в течение последних 2 недель Вас беспокоил частый стул?

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Постоянно, (0) | В основном, (1) | Время от времени, (2) | Редко, (3) | Никогда (4) | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
8. Как часто на протяжении последних 2 недель еда доставляла Вам радость и удовольствие?

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Постоянно, (4) | В основном, (3) | Время от времени, (2) | Редко, (1) | Никогда (0) | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
9. Как часто Вы отказывались из-за своего заболевания от еды, которую раньше ели с удовольствием?

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Постоянно, (0) | В основном, (1) | Время от времени, (2) | Редко, (3) | Никогда (4) | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
10. Как в течение последних 2 недель Вы реагируете на повседневные стрессы?

| | | | | | |
|---------------------|---------------|------------------|----------------|----------------|--------------------------|
| Очень плохо, (0) | Плохо, (1) | Умеренно, (2) | Хорошо, (3) | Отлично (4) | <input type="checkbox"/> |
|---------------------|---------------|------------------|----------------|----------------|--------------------------|
11. Как часто на протяжении последних 2 недель Вам было грустно от осознания того, что Вы больны?

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Постоянно, (0) | В основном, (1) | Время от времени, (2) | Редко, (3) | Никогда (4) | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
12. Как часто в течение последних 2 недель Вы нервничали или ощущали страх из-за своей болезни?

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Постоянно, (0) | В основном, (1) | Время от времени, (2) | Редко, (3) | Никогда (4) | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
13. Как часто на протяжении последних 2 недель Вы были в общем и целом довольны своей жизнью?

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Постоянно, (4) | В основном, (3) | Время от времени, (2) | Редко, (1) | Никогда (0) | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
14. Как часто в течение последних 2 недель Вы ощущали себя глубоко несчастным и душевно опустошенным из-за своей болезни?

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Постоянно, (0) | В основном, (1) | Время от времени, (2) | Редко, (3) | Никогда (4) | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
15. Как часто на протяжении последних 2 недель Вы чувствовали себя уставшим и изможденным?

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Постоянно, (0) | В основном, (1) | Время от времени, (2) | Редко, (3) | Никогда (4) | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
16. Как часто в течение последних 2 недель Вы чувствовали себя плохо?

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Постоянно, (0) | В основном, (1) | Время от времени, (2) | Редко, (3) | Никогда (4) | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|--------------------------|
17. Как часто на протяжении последней недели (одной недели!) Вы неожиданно просыпались среди ночи?

| | | | | | |
|--------------------|---------------------|--------------------|--------------------|----------------|--------------------------|
| Каждую ночь (0) | 5 - 6 ночей, (1) | 3 - 4 ночи, (2) | 1 - 2 ночи, (3) | Никогда (4) | <input type="checkbox"/> |
|--------------------|---------------------|--------------------|--------------------|----------------|--------------------------|
18. Насколько сильно Ваше заболевание привело к беспокоящим Вас изменениям во внешности?

| | | | | | |
|----------------------|----------------|------------------|--------------|-----------------------|--------------------------|
| Очень сильно, (0) | Сильно, (1) | Умеренно, (2) | Мало, (3) | Совершенно нет (4) | <input type="checkbox"/> |
|----------------------|----------------|------------------|--------------|-----------------------|--------------------------|
19. Насколько быстро Вы теряете физические и душевные силы на фоне заболевания?

| | | | | | |
|----------------------|----------------|------------------|--------------|-----------------------|--------------------------|
| Очень сильно, (0) | Сильно, (1) | Умеренно, (2) | Мало, (3) | Совершенно нет (4) | <input type="checkbox"/> |
|----------------------|----------------|------------------|--------------|-----------------------|--------------------------|

20. В какой степени снизилась Ваша выносливость на фоне заболевания?
 Очень сильно, (0) Сильно, (1) Умеренно, (2) Мало, (3) Совершенно нет (4)
21. Насколько сильно из-за Вашего заболевания пострадала Ваша физическая форма?
 Очень сильно, (0) Сильно, (1) Умеренно, (2) Мало, (3) Совершенно нет (4)
22. Могли ли Вы на протяжении последних 2 недель продолжать заниматься своими повседневными делами (например, работа, школа, домашнее хозяйство)?
 Постоянно, (4) В основном, (3) Время от времени, (2) Редко, (1) Никогда (0)
23. Могли ли Вы на протяжении последних 2 недель продолжать заниматься своим обычным досугом (хобби, спорт и т.д.), как и раньше?
 Постоянно, (4) В основном, (3) Время от времени, (2) Редко, (1) Никогда (0)
24. Чувствовали ли Вы себя на протяжении последних 2 недель в чем-либо ущемленным из-за медицинского обследования?
 Постоянно, (0) В основном, (1) Время от времени, (2) Редко, (3) Никогда (4)
25. В какой степени изменились Ваши отношения с ближайшим окружением из-за болезни?
 Очень сильно, (0) Сильно, (1) Умеренно, (2) Мало, (3) Совершенно не изменилось (4)
26. В какой степени Ваше заболевание влияет на Вашу сексуальную жизнь?
 Очень сильно, (0) Сильно, (1) Умеренно, (2) Мало, (3) Совершенно не влияет (4)
27. Чувствовали ли Вы на протяжении последних 2 недель дискомфорт во рту из-за поступления жидкостей или пищи?
 Постоянно, (0) В основном, (1) Время от времени, (2) Редко, (3) Никогда (4)
28. Как часто в течение последних 2 недель Вы ощущали дискомфорт из-за медленного принятия пищи?
 Постоянно, (0) В основном, (1) Время от времени, (2) Редко, (3) Никогда (4)
29. Как часто на протяжении последних 2 недель Вы ощущали дискомфорт при проглатывании пищи?
 Постоянно, (0) В основном, (1) Время от времени, (2) Редко, (3) Никогда (4)
30. Как часто в течение последних 2 недель Вы испытывали дискомфорт от настойчивых позывов к дефекации?
 Постоянно, (0) В основном, (1) Время от времени, (2) Редко, (3) Никогда (4)
31. Как часто на протяжении последних 2 недель у Вас был понос?
 Постоянно, (0) В основном, (1) Время от времени, (2) Редко, (3) Никогда (4)
32. Как часто в течение последних 2 недель у Вас был запор?
 Постоянно, (0) В основном, (1) Время от времени, (2) Редко, (3) Никогда (4)
33. Как часто на протяжении последних 2 недель Вы ощущали тошноту?
 Постоянно, (0) В основном, (1) Время от времени, (2) Редко, (3) Никогда (4)
34. Как часто в течение последних 2 недель Вы испытывали беспокойство от появления крови в испражнениях?
 Постоянно, (0) В основном, (1) Время от времени, (2) Редко, (3) Никогда (4)
35. Как часто на протяжении последних 2 недель Вы страдали от изжоги?
 Постоянно, (0) В основном, (1) Время от времени, (2) Редко, (3) Никогда (4)
36. Как часто в течение последних 2 недель Вы страдали от непроизвольных испражнений?
 Постоянно, (0) В основном, (1) Время от времени, (2) Редко, (3) Никогда (4)

Респонденттің саналы келісімі

Мен ғылыми жұмыс - «Холецистэктомия жасалған пациенттердің өмір сүру сапасын бағалау» шеңберінде ересек тұрғындардың өмір сүру сапасын бағалау жөнінде толық ақпарат алдым. Мен өз еркіммен осы ғылыми зерттеуге қатысуға және маған ұсынған сауалнаманы толтыру немесе сұрақтарға жауап беруге келісемін.

Маған бұл зерттеу нәтижесі құпия екенін түсіндірілді. Бұл ақпарат өңдеу кезінде деперсоналды түрде (қатысушыны анықтау мүмкін емес) және ғылыми-зерттеу мақсатында ғана пайдаланылатын болады.

Толық аты-жөні _____ Қол _____

Емделушілердің өмір сапасының гастроинтестиналдық индексі

Prof.Dr.med.Ernst Eypasch
Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie
Heilig Geist-Krankenhaus Köln Longerich
Graseggerstraße 105
D-50737 Köln
Tel.: 0221 7491 8258
Fax.: 0221 7491 8051
E-mail: ernst.eypasch@celltinnen.de

Кёльн, қаңтар 1997

Құрметті емделушілер!

Өмір сапасын жақсарту хирургияның ең маңызды міндеті болып табылғанымен келісесіз деп ойлаймын. Клиникамызды қызықтыратын басты салаларының бірі емделушілеріміздің өмір сапасын өлшеу болып табылады.

Бүгін Сіздерден осы формулярды толтырып, содан кейін оны бізге қайтаруға өтінеміз. Сұрақтары бар берілген сауалнама отаны өткізуден бұрын және кейін Сіздердің хал-жағдайыңызды жақсырақ бағалауымызға және Сіздер үшін жұмысымызды жақсартуымызға көмектеседі.

Өтінеміз, бірінші бетте өздеріңіздің жеке мәліметтерін көрсетіңіз, әрине, біз Сіздерге толық құпиялылықты кепілдейміз.

Осы бетте бір сұрақтың өрнегі келтірілген. Өтінеміз, 5 ұсынылған жауап нұсқасынан **біреуін ғана** таңдаңыз.

Қызметтес болғаныңыз үшін рақмет
Проф., медицина докторы Эрнст Эйпаш

Сұрақ өрнегі

Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі өзіңізді сау деп сезінесіз?

| | | | | | |
|----------------|---------------|--------------|--------------|----------------|--------------------------|
| әрқашан (0) | әдетте (1) | кейде (2) | сирек (3) | ешқашан (4) | <input type="checkbox"/> |
|----------------|---------------|--------------|--------------|----------------|--------------------------|

Баспабет

Бүгінгі күні:

Тегі: _____ Аты: _____ Әкесінің аты _____

Туған кезі: _____ Жасы: _____

Жынысы: Әйел Еркек

Мекенжайы:

Қаласы (ауылы): _____
Көшесі (Үй №, Пәтер №): _____
Телефон: _____
E_mail: _____

Сіз:

Тұрмысқа шықпағансыз / үйленбегенсіз / жалғыз тұрасыз
 Тұрмысқа шыққансыз / үйленгенсіз / серікпен тұрасыз
 Басқасы _____

Сіз:

Төсек тартатын науқас
 Пәтер шегінде қозғалуға қабілеттісіз
 Қалада қозғалуға қабілеттісіз

1. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі ішіңіз ауырды?
 әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
2. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі ішіңіздің жоғарғы бөлігінде ауырлық сездіңіз?
 әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
3. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі ішіңіздің кеуіп кетуінен, яғни ішіңізде тым көп ауаның жиналуынан азап шектіңіз?
 әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
4. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі газдардың шығуынан азап шектіңіз?
 әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
5. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі кекіректен азап шектіңіз?
 әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
6. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі ішіңізде немесе ішегіңізде әдеттен тыс дыбыстарды байқадыңыз?
 әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
7. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты ұлы дәреттің жиі болуы Сізді мазалады?
 әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
8. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі тамақ Сізге шаттық пен ләззат берді?
 әрқашан (4) әдетте (3) кейде (2) Сирек (1) ешқашан (0)
9. Ауруыңыздың себебінен жақсы көретін тамақтардан қаншалықты жиі Сізге бас тартуға тура келді?
 әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
10. Соңғы 2 апта ішінде күнделікті күйзелуден қалай құтыла алдыңыз?
 өте нашар (0) нашар (1) орташа (2) жақсы (3) өте жақсы (4)
11. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі науқас сезуіңізден мұналыдыңыз?
 әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
12. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі ауруларыңыздың себебінен абыржыдыңыз немесе қорықтыңыз?
 әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
13. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі өміріңізге жалпы разы болдыңыз?
 әрқашан (4) әдетте (3) кейде (2) сирек (1) ешқашан (0)
14. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі ауруыңыздың себебінен өзіңізді нағыз бақытсыз және рухы сөнген болып сездіңіз?
 әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
15. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі өзіңізді шаршаулы және әлсіреген болып сездіңіз?
 әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
16. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі психологиялық жайсыздық сездіңіз?
 әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
17. Соңғы апта (1 апта) ішінде қаншалықты жиі түн ортасында ояндыңыз?
 түн сайын (0) 5-6 түн (1) 3-4 түн (2) 1-2 түн (3) ешқашан (4)
18. Ауруыңыз түріңіздегі Сізді мазалайтын өзгерістерге қандай шамада әкелді?
 өте қатты (0) қатты (1) орташа (2) біраз (3) ешқалай (4)

19. Ауруыңыздың себебінен қаншалықты көп күш жоғалтасыз?
өте көп (0) көп (1) орташа (2) біраз (3) ешқалай (4)
20. Ауруыңыздың себебінен төзімділігіңіз қаншалықты қатты нашарлады?
өте қатты (0) қатты (1) орташа (2) біраз (3) ешқалай (4)
21. Ауруыңыздың себебінен денеңіздің физикалық жағдайы қаншалықты қатты зардап шекті?
өте қатты (0) қатты (1) орташа (2) біраз (3) ешқалай (4)
22. Соңғы 2 апта ішінде өзіңіздің күнделікті жұмыстарыңызбен (жұмыс, мектеп, үй шаруалары) айналысуды жалғастыра алдыңыз ба?
әрқашан (4) әдетте (3) кейде (2) сирек (1) ешқашан (0)
23. Соңғы 2 апта ішінде өзіңіздің бос уақытыңызды әдеттегідей (спорт, хобби және т.б.) өткізе алдыңыз ба?
әрқашан (4) әдетте (3) кейде (2) сирек (1) ешқашан (0)
24. Соңғы 2 апта ішінде медициналық емдеу себебінен өзіңізді шектеулі болып сездіңіз бе?
әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
25. Ауру себебінен жақындарыңызбен қарым-қатынасыңыз қаншалықты өзгерді?
өте қатты (0) қатты (1) орташа (2) біраз (3) ешқалай (4)
26. Ауруыңыз өзіңіздің жыныстық өміріңізге қаншалықты қатты әсер етті?
өте қатты (0) қатты (1) орташа (2) біраз (3) ешқалай (4)
27. Соңғы 2 апта ішінде сұйықтықтың немесе тамақтың өңешіңізден аузыңызға көтерілуінен жайсыздық сездіңіз бе?
әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
28. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі тамақ жеудің баяу жылдамдығынан жайсыздық сездіңіз?
әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
29. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі тамақты жұту кезінде жайсыздық сездіңіз?
әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
30. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі дефекацияға деген тұрақты шақырыстан жайсыздық сездіңіз?
әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
31. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі іш өтуінен азап шектіңіз?
әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
32. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі іш қатудан азап шектіңіз?
әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
33. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі лоқсудан азап шектіңіз?
әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
34. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі қанмен араласқан ұлы дәреттен азап шектіңіз?
әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
35. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі қыжылдан азап шектіңіз?
әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)
36. Соңғы 2 апта ішінде қаншалықты жиі өз-өзінен болатын ұлы дәреттен азап шектіңіз?
әрқашан (0) әдетте (1) кейде (2) сирек (3) ешқашан (4)

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Опросник SF-36

SF-36. Анкета оценки качества жизни

ФИО _____ Дата _____

ИНСТРУКЦИИ Этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная Вами информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете, и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками. Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный вами ответ, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

1. В целом вы бы оценили состояние Вашего здоровья как (обведите одну цифру):

- Отличное.....1
 Очень хорошее.....2
 Хорошее.....3
 Посредственное.....4
 Плохое.....5

2. Как бы вы оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад? (обведите одну цифру)

- Значительно лучше, чем год назад.....1
 Несколько лучше, чем год назад.....2
 Примерно так же, как год назад.....3
 Несколько хуже, чем год назад.....4
 Гораздо хуже, чем год назад..... 5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течении своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке)

| | Вид физической активности | Да, значительно ограничивает | Да, немного ограничивает | Нет, совсем не ограничивает |
|---|---|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| А | Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта | 1 | 2 | 3 |
| Б | Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды | 1 | 2 | 3 |
| В | Поднять или нести сумку с продуктами | 1 | 2 | 3 |
| Г | Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов | 1 | 2 | 3 |
| Д | Подняться пешком по лестнице на один пролет | 1 | 2 | 3 |
| Е | Наклониться, встать на колени, присесть на корточки | 1 | 2 | 3 |
| Ж | Пройти расстояние более одного километра | 1 | 2 | 3 |
| З | Пройти расстояние в несколько кварталов | 1 | 2 | 3 |
| И | Пройти расстояние в один квартал | 1 | 2 | 3 |
| К | Самостоятельно вымыться, одеться | 1 | 2 | 3 |

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

| | | Да | Нет |
|---|---|----|-----|
| А | Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела | 1 | 2 |
| Б | Выполнили меньше, чем хотели | 1 | 2 |
| В | Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности | 1 | 2 |
| Г | Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий) | 1 | 2 |

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

| | | Да | Нет |
|---|---|----|-----|
| А | Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела | 1 | 2 |
| Б | Выполнили меньше, чем хотели | 1 | 2 |
| В | Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно | 1 | 2 |

6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течении последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру)

- Совсем не мешало.....1
 Немного.....2
 Умеренно.....3
 Сильно.....4
 Очень сильно.....5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру):

- Совсем не испытывал(а).....1
 Очень слабою.....2
 Слабую.....3
 Умеренную.....4
 Сильную.....5
 Очень сильную.....6

8. В какой степени боль в течении последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой, включая работу вне дома и по дому? (обведите одну цифру)

- Совсем не мешала.....1
 Немного.....2
 Умеренно.....3
 Сильно.....4
 Очень сильно.....5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. Как часто в течении последних 4 недель (обведите одну цифру в каждой строке):

| | | Все время | Большую часть времени | Часто | Иногда | Редко | Ни разу |
|---|--|-----------|-----------------------|-------|--------|-------|---------|
| А | Вы чувствовали себя бодрым(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Б | Вы сильно нервничали? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| В | Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Г | Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Д | Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Е | Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ж | Вы чувствовали себя измученным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| З | Вы чувствовали себя счастливым(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| И | Вы чувствовали себя уставшим(ей)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10. Как часто в последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми? Например, навещать родственников, друзей и т.п. (обведите одну цифру)

- Все время.....1
 Большую часть времени.....2
 Иногда.....3
 Редко.....4
 Ни разу.....5

11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)

| | | Определенно верно | В основном верно | Не знаю | В основном не верно | Определенно неверно |
|---|---|-------------------|------------------|---------|---------------------|---------------------|
| А | Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Б | Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| В | Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Г | У меня отличное здоровье | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SF-36. Өмір сүру сапасын бағалау сауалнамасы.

ТАЖ _____ **Толтырған күні:** _____

Бұл сауалнамада Сіздің денсаулығыңызға қатысты көзқарастарға байланысты сұрақтар бар. Ұсынылған ақпарат Сіздің өзіңізді қалай сезінетіңізді және әдеттегі күштемелерді қалай көтеретіндігіңізді көруге мүмкіндік береді.

Нұсқау: Сіздің жағдайыңызды көрсететін жауап вариантын «*бір санды белгілеңіз*». Егер Сіз сұраққа жауап беруге күмәндансаңыз, онда Сіздің көзқарасыңызды нақтырақ көрсететін жауапты белгілеңіз.

1. Сіз өзіңіздің денсаулық жағдайыңызды қалай бағалайсыз: (*Бір санды белгілеңіз*)

| | |
|-----------------|---|
| Үздік | 1 |
| Өте жақсы | 2 |
| Жақсы | 3 |
| Қанағаттанарлық | 4 |
| Нашар | 5 |

2. Сіз өзіңіздің денсаулығыңызды өткен жылмен салыстырғанда қалай бағалайсыз: (*Бір санды белгілеңіз*)

| | |
|--|---|
| Өткен жылмен салыстырғанда айтарлықтай жақсы | 1 |
| Өткен жылмен салыстырғанда біршама жақсы | 2 |
| Өткен жылғыдай | 3 |
| Өткен жылмен салыстырғанда біршама нашар | 4 |
| Өткен жылмен салыстырғанда айтарлықтай нашар | 5 |

3. Келесі сұрақтар өзіңіздің әдетті күндер барысында мүмкін болатын физикалық күштемелерге байланысты болады. Төменде көрсетілген физикалық күштемелерді орындауға қазіргі кезде Сіздің денсаулық жағдайыңыз шектеле ме? Егер шектелсе, қандай дәрежеде: (*Әр қатардан бір санды белгілеңіз*)

| Физикалық белсенділіктің түрі | Иә, айқын шектейді | Иә, кішкене шектейді | Жоқ, мүлдем шектемейді |
|---|--------------------|----------------------|------------------------|
| А. Ауыр физикалық күштемелер, жүгіру ауыр жүктерді көтеру, спорттың ауыр күштемелі түрлері тәрізді | 1 | 2 | 3 |
| Б. Шамалы физикалық күштемелер, үстелді жылжыту, шаңсорғышпен жұмыс, саңырауқұлақ немесе жидек теру тәрізді | 1 | 2 | 3 |
| В. Азық-түлік салынған сөмкені көтеру | 1 | 2 | 3 |
| Г. Бірнеше сатыға жаяу жоғары көтерілу | 1 | 2 | 3 |
| Д. Бір сатыға жаяу көтерілу | 1 | 2 | 3 |
| Е. Еңкею, тізерлеп отыру | 1 | 2 | 3 |
| Ж. Бір километрден жоғары қашықтықты жүру | 1 | 2 | 3 |
| З. Бірнеше квартал қашықтықты жүру | 1 | 2 | 3 |
| И. Бір квартал қашықтықты жүру | 1 | 2 | 3 |
| К. Өздігінен жуыну, киіну | 1 | 2 | 3 |

4. Соңғы 4 аптада Сіздің физикалық жағдайыңыз Сіздің жұмысыңызда немесе күнделікті әрекетіңізде қиындықтар тудырды, соның салдарынан: (*Әр қатардан бір санды белгілеңіз*)

| | Иә | Жоқ |
|--|----|-----|
| А. Жұмысқа немесе басқа әрекеттерге жұмсалатын уақытты қысқарту қажет болды | 1 | 2 |
| Б. Қажет болғаннан аз орындады | 1 | 2 |
| В. Сізде белгілі бір жұмыстың түрін орындауда шектелу болды | 1 | 2 |
| Г. Өзіңіздің жұмысыңызды немесе басқа әрекеттерді орындауда қиындықтар болды (мысалы, олар қосымша күшті қажет етті) | 1 | 2 |

5. Соңғы 4 аптада Сіздің эмоциялық жағдайыңыз Сіздің жұмысыңызда немесе күнделікті басқа әрекеттеріңізде қиындықтар тудырды, соның салдарынан: (*Әр қатардан бір санды белгілеңіз*)

| | Иә | Жоқ |
|--|----|-----|
| А. Жұмысқа немесе басқа әрекеттерге жұмсалатын уақытты қысқарту қажет болды | 1 | 2 |
| Б. Қажет болғаннан аз орындады | 1 | 2 |
| В. Өзіңіздің жұмысыңызды немесе басқа істеріңізді әдеттегімен салыстырғанда тиянақты орындамадыңыз | 1 | 2 |

6. Соңғы 4 аптада Сіздің физикалық немесе эмоциялық жағдайыңыз отбасыңызбен, достарыңызбен, көршілеріңізбен немесе әріптестеріңізбен уақыт өткізуге қаншалықты кедергі жасады:

| | |
|------------------------|---|
| Мүлдем кедергі болмады | 1 |
| Аздап | 2 |
| Шамалы | 3 |
| Қатты | 4 |
| Өте қатты | 5 |

7. Соңғы 4 аптада Сіз қаншалықты қатты физикалық ауырсынуды сезіндіңіз: (бір санды белгілеңіз)

| | |
|----------------|---|
| Мүлдем болмады | 1 |
| Өте әлсіз | 2 |
| Әлсіз | 3 |
| Шамалы | 4 |
| Қатты | 5 |
| Өте қатты | 6 |

8. Соңғы 4 аптада Сіздің қалыпты жұмыспен шұғылдануыңызға ауырсыну қандай деңгейде кедергі жасады (үйден тыс және үйдегі жұмыстарыңызды қосқанда): (бір санды белгілеңіз)

| | |
|------------------------|---|
| Мүлдем кедергі болмады | 1 |
| Аздап | 2 |
| Шамалы | 3 |
| Қатты | 4 |
| Өте қатты | 5 |

9. Келесі сұрақтар соңғы 4 аптада Сіз өзіңізді қалай сезінгендігіңізге және Сіздің көңіл-күйіңіз қандай болғандығына байланысты болады, әрбір сұраққа Сіздің сезімдеріңізге басым сәйкес келетін бір жауапты беріңіз. Соңғы 4 апта аралығында қаншалықты жиі: (Әр қатардан бір санды белгілеңіз)

| | Барлық уақытта | Уақыттың басым бөлігінде | Жиі | Кейде | Сирек | Болған жоқ |
|---|----------------|--------------------------|-----|-------|-------|------------|
| А. Сіз өзіңізді сергек сезіндіңіз? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Б. Сіз қатты күйзелдіңіз? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| В. Сіз өзіңізді селқос сезінгендігіңіз соншалықты, ештеңе Сізді сергіте алмады? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Г. Сіз өзіңізді тыныш және жайбарақат сезіндіңіз? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Д. Сіз өзіңізді күшке және энергия толы сезіндіңіз? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Е. Сіз өзіңізді салыңыз суға кеткендей және қайғылы сезіндіңіз? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ж. Сіз өзіңіздің қиналғаныңызды сезіндіңіз? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| З. Сіз өзіңізді бақытты сезіндіңіз? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| И. Сіз өзіңіздің шаршағаныңызды сезіндіңіз? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10. Соңғы 4 аптада Сіздің физикалық немесе эмоциялық жағдайыңыз Сіздің адамдармен (достарына, туыстарына және т.б. қатынасу) белсенді қатынасуыңызға кедергі жасады?: (бір санды белгілеңіз)

| | |
|--------------------------|---|
| Барлық уақытта | 1 |
| Уақыттың басым бөлігінде | 2 |
| Кейде | 3 |
| Сирек | 4 |
| Болған жоқ | 5 |

11. Төменде көрсетілген тұжырымдар Сізге қаншалықты дұрыс немесе дұрыс емес болады?

| | Дұрыс | Нақты дұрыс | Білмеймін | Негізінен дұрыс емес | Нақты дұрыс емес |
|---|-------|-------------|-----------|----------------------|------------------|
| А. Менің басқалармен салыстырғанда ауруға бейімділігім басым | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Б. Таныстарымның басым бөлігімен салыстырғанда менің денсаулығым нашар емес | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| В. Менің денсаулығымның нашарлауы болуы мүмкін | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Г. Менің денсаулығым өте жақсы | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Свидетельство о государственной регистрации прав на предмет авторского права

Авторлық құқық объектісіне құқықтарды мемлекеттік тіркеу туралы

ҚУӘЛІК

№ А604 12 желтоқсан 2016 ж.

Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде авторлардың өтініші бойынша авторлары **Ермек Мейрамович Тургунов, Мурат Койшибаевич Телеуов, Нуркаси Тулепбергенович Абаатов, Лейла Мейрамовна Койшибаева, Жандос Муратович Койшибаев, Айнура Маликовна Балыкбаева** болып табылатын авторлық құқықпен қорғалатын объектіге айрықша мүлкілік құқықтар «Валидация опросника Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) в Казахстане» (ғылыми туынды) атауымен тіркелгені куәландырылады.

Авторлардың өтініші бойынша авторлық құқықпен қорғалатын объектіге айрықша мүлкілік құқықтар және 2016 жылғы 30 қыркүйекте жасалған объекті **Е.М. Тургуновқа, М.К. Телеуовке, Н.Т. Абаатовқа, Л.М. Койшибаеваға, Ж.М. Койшибаевқа, А.М. Балыкбаеваға** тиесілі және авторлар жоғарыда көрсетілген объектіні жасаған кезде басқа адамдардың зияткерлік меншік құқығын бұзғандығына кепілдік береді.

Тізілімде 2016 жылғы 12 желтоқсанда жасалған № А604 жазба бар.

Министрдің орынбасары  Э.Әзімова

ҚУӘЛІК

СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации прав на объект авторского права

№ А604 12 декабря 2016 г.

Настоящим удостоверяется, что в Министерстве юстиции Республики Казахстан зарегистрированы исключительные имущественные права на объект авторского права под названием «Валидация опросника Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) в Казахстане» (произведение науки), авторами которого по заявлению авторов являются **Тургунов Ермек Мейрамович, Телеуов Мурат Койшибаевич, Абаатов Нуркаси Тулепбергенович, Койшибаева Лейла Мейрамовна, Койшибаев Жандос Муратович, Балыкбаева Айнура Маликовна**.

По заявлению авторов исключительные имущественные права на объект авторского права, созданный 30 сентября 2016 года, принадлежат **Тургунову Е.М., Телеуову М.К., Абаатову Н.Т., Койшибаевой Л.М., Койшибаеву Ж.М., Балыкбаевой А.М.** и авторы гарантируют, что при создании вышеуказанного объекта не были нарушены права интеллектуальной собственности других лиц.

Запись в реестре от 12 декабря 2016 года имеется.

Заместитель министра  Э.Азимова

СВИДЕТЕЛЬСТВО

ис 006802

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Официальное разрешение от Mapi Research Trust



Lyon, September 30, 2016

Re: Letter to certify that Yermek Turgunov and Lelia Kofshibayeva's translation process is approved

This letter is to certify that Yermek Turgunov, Kazakhstan, has signed a Translation Agreement with Mapi Research Trust, dated June 28, 2016, in order to translate the GIQLI, according to standard recognized methodology of linguistic validation.

The author and copyright owner Ernst Eypasch, has granted Mapi Research Trust the official exclusive right to distribute the GIQLI Questionnaire, acting on his behalf.

Mapi Research Trust hereby confirms that the translations produced by Yermek Turgunov into Kazakh for Kazakhstan and Russian for Kazakhstan, were produced according to their requirements.

Sonia Bothorel
Operations Director
Mapi Research Trust

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Bothorel", written over a horizontal line.

19 October 2016

Mapi Research Trust • 27 rue de la Villebelle • 69003 Lyon • France
Tel: +33 (0) 4 72 15 65 75 • Fax: +33 (0) 4 72 17 66 62 • www.mapi-trust.org • www.mapigroup.com
PRO-information@mapi-trust.org

ASAMM 45 - 1997 01 - 11/15/2016 - 11/15/2016 - 11/15/2016 - 11/15/2016 - 11/15/2016 - 11/15/2016 - 11/15/2016 - 11/15/2016

ПРИЛОЖЕНИЕ И

Таблицы сопряженностей

Таблица И.1 - Сопряженность (до операции)

| Факторы | Наличие или отсутствие фактора | GIQLI<72 балла | | Итого |
|--|--------------------------------|----------------|-----|-------|
| | | да | нет | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Пол | Муж | 9 | 84 | 93 |
| | Жен | 29 | 260 | 289 |
| Возраст | моложе 65 | 33 | 284 | 317 |
| | 65 и старше | 5 | 60 | 65 |
| Место жительства | Село | 6 | 52 | 58 |
| | Город | 32 | 292 | 324 |
| Наличие осложнения основного заболевания | есть | 3 | 53 | 56 |
| | нет | 35 | 291 | 326 |
| Наличие сопутствующих заболеваний | есть | 17 | 156 | 173 |
| | нет | 21 | 188 | 209 |
| Тип госпитализации | Плановый | 10 | 91 | 101 |
| | Экстренный | 28 | 252 | 280 |
| Пульс | норма | 28 | 309 | 337 |
| | повышено | 10 | 34 | 44 |
| П/ядерные | норма | 25 | 299 | 324 |
| | повышено | 13 | 44 | 57 |
| СОЭ | норма | 15 | 139 | 154 |
| | повышено | 23 | 204 | 227 |
| ЩФ | норма | 33 | 312 | 345 |
| | повышено | 5 | 31 | 36 |
| Протеинурия | нет | 33 | 308 | 341 |
| | есть | 5 | 35 | 40 |
| Семейный статус | Не замужем/не женат | 11 | 84 | 95 |
| | Замужем/женат | 27 | 260 | 287 |
| Диагноз | Острый холецистит | 28 | 251 | 279 |
| | Хронический холецистит | 10 | 92 | 102 |
| Социальный статус | служащий | 5 | 43 | 48 |
| | рабочий | 9 | 69 | 78 |
| | безработный | 1 | 46 | 47 |
| | пенсионер | 11 | 106 | 117 |
| | учащийся | 0 | 6 | 6 |
| | индивидуальный труд | 1 | 14 | 15 |
| | домохозяйка | 9 | 50 | 59 |
| | служащий культа | 0 | 2 | 2 |
| Инвалидность | нет | 35 | 330 | 365 |
| | Есть | 3 | 13 | 16 |

Прдолжение таблицы И.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--|----|-----|-----|
| ВМІ индекс | норма | 10 | 137 | 147 |
| | 25-29,9 | 21 | 111 | 132 |
| | 30-34,9 | 5 | 66 | 71 |
| | свыше 35 | 2 | 29 | 31 |
| Тяжесть состояния при поступлении | удовлетворительное | 5 | 35 | 40 |
| | средней тяжести | 30 | 290 | 320 |
| | тяжелое | 3 | 18 | 21 |
| АД | норма | 23 | 257 | 280 |
| | повышено | 14 | 81 | 95 |
| | снижено | 1 | 5 | 6 |
| Сахар крови | норма | 34 | 300 | 334 |
| | повышено | 4 | 43 | 47 |
| Гемоглобин | норма | 36 | 321 | 357 |
| | снижено | 2 | 22 | 24 |
| Лейкоциты | норма | 14 | 216 | 230 |
| | повышено | 24 | 127 | 151 |
| Эозинофилы | норма | 34 | 334 | 368 |
| | повышено | 4 | 9 | 13 |
| Общий белок | норма | 38 | 339 | 377 |
| | снижено | 0 | 4 | 4 |
| Билирубин | норма | 29 | 273 | 302 |
| | повышено | 9 | 70 | 79 |
| АЛТ | норма | 26 | 267 | 293 |
| | повышено | 12 | 76 | 88 |
| АСТ | норма | 25 | 271 | 296 |
| | повышено | 13 | 72 | 85 |
| Коагулопатия | Нет | 37 | 335 | 372 |
| | Есть | 1 | 8 | 9 |
| ЭКГ изменения | нет | 24 | 237 | 261 |
| | есть | 14 | 106 | 120 |
| Активность пациента на момент анкетирования | Постельный режим | 3 | 9 | 12 |
| | Способны передвигаться в пределах квартиры | 15 | 60 | 75 |
| | Способны передвигаться в городе | 20 | 275 | 295 |
| Итого | | 38 | 343 | 381 |

Таблица И.2 - Сопряженность (через 6 месяцев после операции)

| Факторы | Наличие или отсутствие фактора | GIQLI<72 балла | | Итого |
|---------|--------------------------------|----------------|-----|-------|
| | | да | нет | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Пол | Муж | 0 | 31 | 31 |
| | Жен | 8 | 79 | 87 |

Продолжение таблицы И.2

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|------------------------|---|-----|-----|
| Возраст | моложе 65 | 6 | 88 | 94 |
| | 65 и старше | 2 | 22 | 24 |
| Место жительства | Село | 0 | 15 | 15 |
| | Город | 8 | 95 | 103 |
| Наличие осложнения основного заболевания | есть | 2 | 16 | 18 |
| | нет | 6 | 94 | 100 |
| Наличие сопутствующих заболеваний | есть | 3 | 48 | 51 |
| | нет | 5 | 62 | 67 |
| Вид доступа | МЛТ | 2 | 20 | 22 |
| | ЛХЭ | 6 | 90 | 96 |
| Вид анестезии | Наркоз | 3 | 36 | 39 |
| | Региональная | 5 | 74 | 79 |
| Тип госпитализации | Плановый | 3 | 37 | 40 |
| | Экстренный | 5 | 73 | 78 |
| Койко-дни | менее 7 суток | 0 | 49 | 49 |
| | 7 и более суток | 8 | 61 | 69 |
| Диагноз | Острый холецистит | 4 | 73 | 77 |
| | Хронический холецистит | 4 | 37 | 41 |
| Послеоперационные осложн. | есть | 2 | 16 | 18 |
| | нет | 6 | 94 | 100 |
| Продолжительность операции | менее 1 ч | 3 | 36 | 39 |
| | 1-2 часа | 5 | 71 | 76 |
| | 3 и более | 0 | 3 | 3 |
| Дней в ОРИТ | Нет | 5 | 93 | 98 |
| | Да | 3 | 17 | 20 |
| Социальный статус | служащий | 0 | 15 | 15 |
| | рабочий | 1 | 28 | 29 |
| | безработный | 0 | 8 | 8 |
| | пенсионер | 5 | 39 | 44 |
| | учащийся | 0 | 2 | 2 |
| | индивидуальный труд | 0 | 4 | 4 |
| | домохозяйка | 1 | 13 | 14 |
| | служащий культа | 1 | 1 | 2 |
| | прочее | 0 | 15 | 15 |
| Инвалидность | Нет | 7 | 105 | 112 |
| | Да | 1 | 5 | 6 |
| ВМІ индекс | норма | 2 | 46 | 48 |
| | 25-29,9 | 3 | 39 | 42 |
| | 30-34,9 | 2 | 17 | 19 |
| | свыше 35 | 1 | 8 | 9 |

Продолжение таблицы И.2

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--|---|-----|-----|
| Тяжесть состояния при поступлении | удовлетворительное | 1 | 13 | 14 |
| | средней тяжести | 4 | 92 | 96 |
| Пульс | тяжелое | 3 | 5 | 8 |
| | норма | 7 | 98 | 105 |
| П/ядерные | повышено | 1 | 12 | 13 |
| | норма | 7 | 90 | 97 |
| СОЭ | повышено | 1 | 20 | 21 |
| | норма | 4 | 46 | 50 |
| ЩФ | повышено | 4 | 64 | 68 |
| | норма | 6 | 96 | 102 |
| Протеинурия | повышено | 2 | 14 | 16 |
| | нет | 7 | 99 | 106 |
| Семейный статус | есть | 1 | 11 | 12 |
| | Не замужем/не женат | 2 | 29 | 31 |
| АД | Замужем/женат | 6 | 81 | 87 |
| | норма | 3 | 83 | 86 |
| Сахар крови | повышено | 5 | 27 | 32 |
| | норма | 6 | 100 | 106 |
| Гемоглобин | повышено | 2 | 10 | 12 |
| | норма | 6 | 105 | 111 |
| Лейкоциты | снижено | 2 | 5 | 7 |
| | норма | 6 | 73 | 79 |
| Общий белок | повышено | 2 | 37 | 39 |
| | норма | 7 | 108 | 115 |
| Билирубин | снижено | 1 | 2 | 3 |
| | норма | 5 | 82 | 87 |
| АЛТ | повышено | 3 | 28 | 31 |
| | норма | 4 | 78 | 82 |
| АСТ | повышено | 4 | 32 | 36 |
| | норма | 4 | 77 | 81 |
| Коагулопатия | повышено | 4 | 33 | 37 |
| | Есть | 0 | 0 | 0 |
| ЭКГ изменения | нет | 8 | 110 | 118 |
| | есть | 2 | 38 | 40 |
| Активность пациента на момент анкетирования | Способны передвигаться в пределах квартиры | 2 | 24 | 26 |
| | Способны передвигаться в городе | 6 | 86 | 92 |
| Итого | | 8 | 373 | 381 |