

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. АБУАЛИ ИБНИСИНО**

На правах рукописи

САФАРЗОДА АБДУЛЛО МУМИН

**ОПТИМИЗАЦИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ
У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО, ПОЖИЛОГО, СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТОВ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Диссертация на соискание ученой степени
доктора медицинских наук.**

14.01.17 - хирургия

**Научный консультант:
доктор медицинских наук, профессор
Гулзода Махмадшо Курбонали**

Душанбе – 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	5-6
Введение	7-16
ГЛАВА 1. Качество жизни больных после холецистэктомии с учетом вида операции, возраста и инволюционных осложнений (литературный обзор)	17-47
1.1. Отдаленные результаты выполнения традиционной холецистэктомии	17-20
1.2. Отдаленные результаты выполнения современных вариантов холецистэктомии	21-26
1.3. Качество жизни больных после холецистэктомии	26-29
1.4. Причины снижения качества жизни после хирургического лечения желчнокаменной болезни	29-33
1.5. Возможности улучшения качества жизни пациентов, перенесших холецистэктомию	33-36
1.6. Когнитивные нарушения у пациентов преклонного возраста и их зависимость от операционно-анестезиологического пособия	36-39
1.7. Влияние сердечной недостаточности на качество жизни в отдаленном периоде после холецистэктомии с учетом возраста пациентов	39-43
1.8. Реабилитация пациентов после холецистэктомии	43-47
ГЛАВА 2. Характеристика клинического материала и методы изучения отдаленных результатов, качества жизни и психоневрологического состояния пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов	48-82
2.1. Клиническая характеристика больных	48-59
2.2. Изучение отдаленных результатов	59-62
2.3. Изучение качества жизни у изучаемой группы пациентов	62-70
2.4. Изучение когнитивных нарушений у изучаемой группы пациентов	70-79
2.5. Методы лечения	79-82
ГЛАВА 3. Степень психоневрологических статуса, когнитивной дисфункции, качества жизни и диастолической дисфункции левого желудочка у больных желчнокаменной болезнью с учетом возраста, до операции	83-97
3.1. Состояние гомеостаза у больных желчнокаменной болезнью с ишемической болезнью сердца и учетом возраста, до операции	89-97
ГЛАВА 4. Влияние психоневрологического состояния и степени когнитивных дисфункций на качество жизни с учетом возраста пациентов и доступа холецистэктомии на шестой месяц после операции	98-110

4.1. Психоневрологическое состояние и качество жизни пациентов среднего возраста с учетом доступа холецистэктомии спустя шесть месяцев после операции	98-102
4.2. Психоневрологическое состояние и качество жизни пациентов пожилого возраста с учетом доступа холецистэктомии спустя шесть месяцев после операции	102-106
4.3. Психоневрологическое состояние и качество жизни пациентов старческого возраста с учетом доступа холецистэктомии на шестом месяце после операции	106-110

ГЛАВА 5. Характер изменений когнитивных функций во взаимосвязи с видом анестезиологического пособия и возрастом пациентов..... 111-127

5.1. Оценка эффективности общего и эпидурального анестезиологических пособий у больных желчнокаменной болезнью при холецистэктомии минидоступом у пациентов среднего возраста	113-117
5.2. Оценка эффективности общего и эпидурального анестезиологических пособий больным желчнокаменной болезнью при холецистэктомии минидоступом у пациентов пожилого возраста	118-122
5.3. Оценка эффективности общего и эпидурального анестезиологических пособий у больных желчнокаменной болезнью при холецистэктомии минидоступом у пациентов старческого возраста	122-127

ГЛАВА 6. Характер изменений качества жизни пациентов с сопутствующей ишемической болезнью сердца по опросникам SF-36 и MLHFQ с учетом возраста и доступа лапароскопической холецистэктомии..... 128-141

6.1. Оценка качества жизни пациентов с сопутствующей ишемической болезнью сердца по опроснику SF-36 с учетом возраста и доступа холецистэктомии	129-136
6.2. Качество жизни пациентов с сопутствующей ишемической болезнью сердца с учетом возраста, согласно опроснику MLHFQ	137-141

ГЛАВА 7. Отдаленные результаты качества жизни и психоневрологического статуса больных после лапароскопической, минидоступом и традиционной холецистэктомии с учетом возраста..... 142-171

7.1. Отдаленные результаты лечения и качество жизни больных после лапароскопической холецистэктомии с учетом возраста и психоневрологического состояния	142-151
7.2. Отдаленные результаты и качество жизни больных, оперированных минидоступом, с учетом возраста и психоневрологического состояния	152-161

7.3. Отдаленные результаты и качество жизни больных после традиционной холецистэктомии с учетом возраста и психоневрологического состояния 161-171

ГЛАВА 8. Сравнительное изучение отдаленных результатов качества жизни и психоневрологического состояния до и после различных видов хирургического лечения с учетом возраста пациентов..... 172- 179

ГЛАВА 9. Реабилитации пациентов в ранние сроки после холецистэктомии, осложненной дисфункцией желудочно-кишечного тракта, когнитивной дисфункции и сердечной недостаточностью..... 180-190

9.1. Реабилитация больных с дисфункцией желудочно-кишечного тракта в отдаленном периоде после холецистэктомии 181-183

9.2. Реабилитация пациентов с когнитивной дисфункцией в отдалённом периоде после холецистэктомии с учётом возраста 183-185

9.3. Реабилитация пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов с ишемической болезнью сердца, осложнённой диастолической дисфункцией левого желудочка, в отдалённом периоде после холецистэктомии 185-190

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 191-213

ВЫВОДЫ214-216

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ216-217

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ218-251

Список сокращений и условных обозначений

АГ - артериальная гипертензия

БДС - большой дуоденальный сосочек

БС - болевой синдром

ВЧД - внутричерепное давление

ДДЛЖ- диастолическая дисфункция левого желудочка

ДК - диеновый конъюгат

ДПП - давление правого предсердия

ДСО - дисфункция сфинктера Одди

ДЭ - дисциркуляторная энцефалопатия

ДЭКГ - доплероэхокардиография

ЖКБ - жёлчнокаменная болезнь

ИБС-ишемическая болезнь сердца

КД-когнитивная дисфункция

КЖ - качество жизни

ЛХЭ - лапароскопическая холецистэктомия

МХЭ-мини холецистэктомия

ОЗ - общее здоровье

ПЗ - психическое здоровье

ПКЗ - психический компонент здоровья

ПОКД- послеоперационная когнитивная дисфункция

ПХЭС - постхолецистэктомический синдром

СН - сердечная недостаточность

СР - социальная роль

ТХЭ- традиционная холецистэктомия

ФК - функциональный класс

ФКЗ - физический компонент здоровья

ФР - физическая работаспособность

ФС - физическое состояние
ХСН - хроническая сердечная недостаточность
ХЭ-холецистэктомия
ЦНС - центральная нервная система
ЭА - эпидуральная анестезия
ЭН - энергичность
ЭП – эпидуральное пространство
ЭС - эмоциональное состояние
ВЕ- буферный эквивалент
GH - общее состояние здоровья
MH- психическое здоровье
MLHFQ- опросник ИБС
MMSE- психоневрологический статус
PF-физическое функционирование
RE- эмоциональное функционирование
RP - ролевое физическое функционирование
SF- социальное функционирование
SF-36 - опросник общий
VT- жизнеспособность

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Острый калькулезный холецистит является самым распространенным заболеванием органов брюшной полости во всем мире, занимает третье место после сердечно-сосудистых заболеваний, нуждающихся в оперативном лечении, по частоте лишь иногда уступает аппендициту, а иногда, в некоторых регионах, встречается чаще[1,2] Холецистит называют «болезнью современности», т.к. число больных увеличивается каждое десятилетие в два раза[2,3,4]. По статистике, в ближайшее время наблюдается дальнейшее старение населения, связанное с увеличением общей продолжительности жизни [42,120,154]. В Российской Федерации ежегодно выявляется более одного миллиона человек, страдающих этим заболеванием, при этом выполняется более 300 тысяч холецистэктомий [2,7,216]. В последнее десятилетие жёлчно-каменная болезнь (ЖКБ) выявляется у каждой пятой женщины и каждого десятого мужчины [62,74,104], у четверти населения старше 60 и у трети после 70 лет [124]. В Германии на 82 млн. населения приходится 17% пожилых, а к 2020 г. численность пожилых людей поднимается до 22% от общей численности 75 млн. населения [301]. В США желчнокаменная болезнь обнаруживается среди населения в возрасте старше 40 лет у 15-20%, а после 70 лет - у 50% [314].

Мнения специалистов по поводу целесообразности проведения оперативных вмешательств у пожилых людей часто различны [17,314]. Ориентир либо на консервативную терапию, либо на хирургическое лечение продолжает оставаться дискуссионным [51,301]. Осложненное течение ЖКБ в пожилом и старческом возрастах выявляется до 33% оперированных пациентов [62, 127, 219]. После холецистэктомии менее половины пациентов отмечают улучшение самочувствия. На отсутствие перемен в самочувствии указывают 23%, на ухудшение- 29%, после холецистэктомии инвалидами становятся до 12% пациентов [221,222].

При холецистите вследствие возрастания числа пациентов преклонного возраста увеличивается количество осложненных форм данной патологии и, как следствие, послеоперационная летальность [42, 121]. Данная патология имеет вековую историю попыток решения различных проблем, однако, множество вопросов при этом остаются нерешенными [9]. Выбор метода хирургического лечения для конкретного больного с учетом состояния, давности сопутствующей патологии одинаковых рекомендаций не имеет [17, 51, 301, 314]. До середины 80-х годов методом выбора при холецистэктомии оставался распространенный широкий лапаротомный разрез [55]. Хороший осмотр брюшной полости, эффективная работа оператора при осуществлении хирургических пособий дают возможность производить все необходимые на желчном пузыре манипуляции и тем самым минимизировать осложнения в послеоперационном периоде. Однако широкий операционный разрез значительно травмирует нервно-мышечные структуры, наносит большую травму и тем самым резко ограничивает активность пациента. При этом возрастает несостоятельность дыхания, гемодинамики, подавляется перистальтика желудочно-кишечного тракта, что не безразлично пациентам пожилого и старческого возрастов [40, 62]. По этим причинам удлиняется течение послеоперационного периода, развиваются осложнения, тем самым снижается качество послеоперационной реабилитации и замедляется восстановление трудоспособности пациентов [33].

Все это диктует необходимость поиска новых методик, обеспечивающих менее травматичное осуществление холециститами. С целью минимизации операционной травмы и улучшения отдаленных результатов у оперированных по поводу желчнокаменной болезни пациентов были использованы малотравматичные хирургические пособия: лапароскопическая холецистэктомия и операции из минидоступа [44]. Все существующие методы холецистэктомии способствуют выздоровлению. Однако, предложенные в последнее время способы хирургического лечения холецистита позволяют зна-

чительно снизить наличие послеоперационного болевого синдрома, увеличить активность пациента, тем самым резко уменьшаются пульмонологические осложнения и дисфункции желудочно-кишечного тракта, снижаются сроки нетрудоспособности, улучшается косметический результат вмешательства [106, 198]. Использование в настоящее время выше перечисленных способов холецистэктомии и накопленный опыт хирургического вмешательства при удалении желчного пузыря способствуют дифференцированному выбору метода операции с задачей улучшения исхода оперативного вмешательства по поводу желчнокаменной болезни. Однако часто упускается из вида то обстоятельство, что для каждого конкретного пациента имеет существенное значение не только динамика симптомов заболевания, показателей лабораторных и инструментальных исследований, сколько достигаемый уровень удовлетворенности своим физическим психическим и социальным состоянием, определяемых качеством жизни [12, 139, 171, 176]. У большинства пациентов преклонного возраста помимо хирургической патологии имеются еще сопутствующее заболевания, такие как сердечно-сосудистые, неврологические, эндокринные, что увеличивают риск оперативного вмешательства, а также утяжеляет их состояние в послеоперационном периоде. Все это повышает возможность неблагоприятных исходов операции в 2-3 раза [1, 45, 47]. Холецистэктомия, как и любая другая полостная операция, - это мощнейший стресс для всего организма. В ответ на него происходит изменение систем гомеостаза уровнем стрессовых гормонов гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем [32, 33, 143], что способствует усилению негативно-го воздействия анестезиологических и хирургических факторов на кровообращение и функциональное состояние сердца и мозга [132].

В последние несколько лет внимание исследователей обращено к изучению диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ), которая является осложнением ишемической болезни сердца и предиктором как острой, так и хронической сердечной недостаточности в 30-40% случаев [18,], а так-

же снижения основной функции мозга - памяти - в 70% случаев [65,137, 171]. В группе пациентов пожилого и старческого возрастов на фоне инволюционных изменений прослеживается наличие сердечной и мозговой недостаточности, характеризуемой развитием диастолической дисфункции левого желудочка сердца и когнитивной недостаточности мозга, что в значительной мере повышают риск послеоперационного периода. Из-за стрессовых факторов существенно ограничиваются приспособительные и резервные возможности больных, способствующие снижению функции мозга – памяти, развитию сердечной недостаточности значительной выраженности, делая больных инвалидами и резко снижая качество жизни после холецистэктомии. Данное обстоятельство делает актуальным сравнительное изучение применения дифференцированного подхода к выбору различных методов доступа при удалении желчного пузыря, комплексного анализа отдаленных результатов, а также показателей толерантности организма к физическим и психологическим нагрузкам. Также в этой связи немаловажным является изучение зависимости изменений памяти и возникновения сердечной недостаточности, их динамики у пациентов пожилого и старческого возрастов до операции и в отдаленном послеоперационном периоде в зависимости от способа холецистэктомии, анестезиологического пособия и учета возраста с целью разработки качественной медицинской помощи этой категории пациентов. Все это определило выбор и актуальность настоящего научного исследования.

Цель исследования. Оптимизация результатов оперативного вмешательства у пациентов с жёлчнокаменной болезнью после холецистэктомии с учетом возраста, вида оперативного доступа, физического и психоневрологического статусов в отдаленном периоде и коррекция возникших осложнений.

Задачи исследования

1. Изучить качество жизни больных желчнокаменной болезнью по опроснику SF-36, оценить уровень психоневрологического статуса и степень

диастолической дисфункции левого желудочка сердца с учетом возраста до операции.

2. Изучить состояние гомеостаза у больных желчнокаменной болезнью с ишемической болезнью сердца и с учетом возраста до операции.

3. Провести сравнительный анализ показателей качества жизни и степени когнитивной дисфункции с учетом оперативного доступа и возраста больных на 6-м месяце послеоперационного периода.

4. Исследовать характер изменений когнитивных функций во взаимосвязи с видом анестезиологического пособия, возрастом больного и холецистэктомией из минидоступа.

5. Оценить характер изменений качества жизни пациентов с сопутствующей ишемической болезнью сердца по опросникам SF-36 и MLHFQ с учетом возраста и доступа при лапароскопической холецистэктомии.

6. Оценить отдаленные результаты качества жизни и психоневрологический статус больных среднего, пожилого и старческого возрастов после разных способов хирургического доступа.

7. Провести сравнительное изучение отдаленных результатов качества жизни и психоневрологического состояния до и после различных видов хирургического лечения с учетом возраста пациентов.

8. Оптимизировать состояние пациентов в ранние сроки после развития холецистэктомических осложнений, дисфункции желудочно-кишечного тракта, когнитивной дисфункции и сердечной недостаточности.

Научная новизна

- Впервые в Таджикистане определено состояние качества жизни пациентов жёлчнокаменной болезнью с учетом возраста.

- Впервые определена выраженность психоневрологического статуса в зависимости от возраста у пациентов с жёлчнокаменной болезнью.

- Доказаны изменения качества жизни в зависимости от степени психоневрологического статуса и возраста больных.

- У пациентов пожилого и старческого возраста с жёлчнокаменной болезнью доказано наличие сопутствующей ишемической болезни сердца, проявляющейся диастолической дисфункцией левого желудочка сердца.

- Определена диагностическая значимость показателей гомеостаза, гипоксии, метаболического ацидоза, активации процессов перекисного окисления липидов на фоне угнетения систем антиоксидантной защиты, определяющих тяжесть сердечной недостаточности, у респондентов пожилого возраста в 14,9%, у респондентов старческого - в 41,5% случаев.

- Изучение параметров качества жизни опросниками SF-36 и MLHFQ и степени психоневрологической дисфункции с учетом возраста пациентов позволяет оптимизировать результаты хирургического лечения пациентов с жёлчнокаменной болезнью.

- Доказано достоверное улучшение параметров качества жизни больных среднего возраста, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, а у пациентов пожилого и старческого возрастов с наличием ишемической болезни сердца - перенесших минихолецистэктомию.

- Выявлено, что по всем шкалам физических компонентов после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и минихолецистэктомии (МХЭ) отмечается положительная динамика качества жизни у пациентов старческого возраста и отрицательная динамика - по психическим компонентам, т.е. отмечается ограничение жизнеспособности.

- Выявлено, что качество жизни после традиционной холецистэктомии (ТХЭ) у пациентов старческого возраста по обеим шкалам как физических, так и психических компонентов имеет отрицательную динамику в результате наличия когнитивной дисфункции тяжелой степени.

- Улучшение качества жизни после различных доступов холецистэктомии с учетом возраста при лечении жёлчнокаменной болезни подтверждает целесообразность дифференцированного подхода к выбору хирургического вмешательства.

Практическая значимость. Изучены показатели качества жизни пациентов жёлчнокаменной болезнью с помощью опросников SF-36, MLHFQ, а также степень когнитивной дисфункции по «MMSE» до и после оперативного вмешательства, с учетом возраста, оперативного доступа и анестезиологического обеспечения.

Показана важность углубленного психоневрологического обследования и детальной оценки характера, выраженности когнитивного дефицита у пациентов пожилого и старческого возрастов с желчнокаменной болезнью.

Установлена высокая частота эмоционального напряжения у пациентов преклонного возраста, поступающих на медицинскую реабилитацию, а также выявлена взаимосвязь между показателями когнитивных и эмоциональных нарушений, что свидетельствует о необходимости включения в комплексное обследование психодиагностических методик.

Сравнительный комплексный анализ показателей качества жизни и степени когнитивной дисфункции позволяет оптимизировать дифференцированный выбор метода выполнения холецистэктомии, анестезиологического обеспечения у пациентов с ЖКБ с учетом возраста, что позволяет улучшить результаты хирургического лечения пациентов с данной патологией.

Показаны преимущества эпидуральной анестезии на фоне нейроплегии пропофолом для поддержания стабильной гемодинамики большого круга кровообращения, нормального состояния газов крови, кислотно-основного состояния, внутричерепного и внутрилегочного давления, что является профилактикой когнитивной недостаточности при холецистэктомии из минидоступа.

Выявлена приоритетная роль нарушений памяти в снижении качества жизни пациентов желчнокаменной болезнью в среднем, пожилом и старческом возрастах, доказано значительное негативное влияние когнитивных нарушений на эффективность реабилитации этих пациентов.

Произведен комплексный анализ показателей качества жизни после различных вариантов хирургического лечения желчнокаменной болезни до и после оперативного вмешательства с учетом возраста, когнитивной и сердечной недостаточности.

Поданы на рассмотрение рационализаторские предложения:

1. Лечение послеоперационной дисфункции желудочно-кишечного тракта после разных методов удаления желчного пузыря; № 000210

2. Лечение психоневрологического статуса с проявлениями когнитивной дисфункции после холецистэктомии; №000211

3. Лечение диастолической дисфункции левого желудочка сердца у пациентов преклонного возраста после холецистэктомии; № 000217

Подана заявка на патент на изобретение: «Зависимость компенсаторной функции и жизнеспособности организма больных пожилого и старческого возрастов от метода холецистэктомии».

Основные положения, выносимые на защиту

1. Качество жизни больных желчнокаменной болезнью обусловлено не только специфическими и клиническими проявлениями самого заболевания, а также возрастом и психологической характеристикой больного.

2. Когнитивная недостаточность является одним из ведущих факторов снижения качества жизни пациентов в послеоперационном периоде. Степень недостаточности зависит от возраста пациента, оперативного доступа и анестезиологического пособия.

3. Ведущим фактором, оказывающим влияние на психологические особенности больных пожилого и старческого возрастов, является сопутствующая ишемическая болезнь сердца (ИБС). Снижение качества жизни пациентов с ИБС отмечается в случае преобладания подозрительности, повышенной озабоченности, влияния болезни на социальный статус, пессимистического стиля объяснения происходящих событий.

4. В отдаленном периоде непосредственное влияние на качество жизни оказывает возраст пациента, способ ранее примененного оперативного доступа, наличие дисфункции желудочно-кишечного тракта, когнитивной и сердечной недостаточности.

5. Ранний этап реабилитации после холецистэктомии способствует быстрому регрессу клинической симптоматики, дисфункции желудочно-кишечного тракта, когнитивной дисфункции и ишемической болезни сердца.

6. Эффективность ранней реабилитации проявляется в уменьшении сроков временной утраты трудоспособности по основному заболеванию, стоимости лечения в условиях стационара и поликлиники.

Публикации. Основное содержание и результаты исследования отражены в 53 научных трудах, из них 18 статей опубликованы в журналах, включенных в перечень рецензируемых изданий ВАК при министерстве науки и образования РФ и РТ, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора медицинских наук, а также в других журналах, сборниках научно-практических конференций с международным участием. Имеются 3 рационализаторских предложения, 1 методическая рекомендация, подана заявка на патент на изобретение.

Внедрение результатов исследования. Практические рекомендации и выводы, полученные в результате проведенного исследования, внедрены в практику работы: хирургического отделения Государственного национального медицинского центра Республики Таджикистан; кафедры эндохирургии с курсом эндоскопии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино; Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе; отделения хирургии Городской клинической больницы № 3 г. Душанбе.

Личный вклад автора. Состоит в разработке дизайна исследования, выполнения операции и обследования больных с жёлчнокаменной болезнью,

анкетировании больных с помощью опросников SF-36; MMSE и MLHFQ, систематизации материала, статистической обработке, анализе и интерпретации результатов.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 251 странице и состоит из введения, 9 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Иллюстрирована 45 таблицами, 28 рисунками. Библиографический указатель включает 223 русскоязычных источника, 91 - зарубежных авторов.

ГЛАВА 1. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ С УЧЕТОМ ВИДА ОПЕРАЦИИ, ВОЗРАСТА И ИНВОЛЮЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Встречаемость желчнокаменной болезни (ЖКБ) во всем мире в настоящее время достаточно высокая. В Германии, например, желчные камни выявляются у 10-15% населения, в Швеции – у 32%. В России ежегодно обращаемость по этому поводу составляет 5-6 человек на 1000 населения (около 1 млн. в год). В США ежегодно производится 350 тысяч холецистэктомий, в западной Германии - 80 тысяч [74, 104]. По данным российских патологоанатомов, частота ЖКБ в возрасте до 50 лет колеблется от 5% до 15%, старше 60 лет – от 14% до 40% и зависит от пола (у мужчин- 25%, у женщин – 75%) [62, 74]. Среди заболеваний пищеварительной системы удельный вес ЖКБ у детей в России составляет более 1% [64, 73]. Последние 10 лет характеризуются не только ростом частоты этой патологии в десять раз, но и явным её омоложением. Все чаще холелитиаз диагностируют у детей первых трех лет жизни, а в отдельных случаях - даже у детей грудного возраста и новорожденных [64]. В младшей возрастной группе (до 7 лет) мальчики болеют чаще девочек. К 10–12 годам частота выравнивается, а в пубертатном и подростковом периодах заболеваемость ЖКБ у девочек превышает таковую у мальчиков в 2 раза [64].

1.1. Отдаленные результаты выполнения традиционной холецистэктомии

С накоплением опыта выполнения традиционной холецистэктомии стало возможным изучение отдаленных результатов данной операции. Так, Uchiyama K. et al. (2003), проанализировав опыт выполнения 200 холецистэктомий, обнаружили, что у 19% больных отмечались рецидивы болевого синдрома, а полное выздоровление отмечено только у 72% больных [273]. По данным Rai S.S. et al. (2006), после выполнения около 290 оперативных вмеша-

тельств на желчных путях рецидивы болей отмечены у 10% пациентов [241]. Неудачные результаты холецистэктомии были отмечены в своих трудах многими хирургами XX века: Puchkov K. et al. (2010), Скумсом Ф.В. (2000), Bitzer E. M. et al. (2008) и др. [229]. При этом количество хороших результатов колебалось в пределах 51-90%, а неудовлетворительных - 3,3-25%. В связи с большим количеством разнообразных жалоб, предъявляемых больными при рецидивных явлениях, и ввиду трудностей, возникающих при оценке данных обследования, большинством авторов было внесено предложение, чтобы при изучении и оценке отдаленных результатов пользоваться трехбалльной системой: хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный результаты эффективности операций. «Хорошим» отдаленный результат считался у практически здоровых людей, которые продолжали работать на прежней работе, питались разнообразной пищей, не предъявляли никаких жалоб, «удовлетворительным» - при наличии умеренных периодических болей в правом подреберье и эпигастральной области, снижением трудоспособности. При наличии послеоперационных грыж, значительном ухудшении общего самочувствия, потере трудоспособности и необходимости стационарного лечения результат оценивался как «плохой». В литературе появились сборные статистические данные по изучению отдаленных результатов после традиционного хирургического лечения холециститов. Анализируя литературу, мы пришли к выводу, что в оценке отдаленных результатов традиционной холецистэктомии наблюдаются значительные колебания. Ряд авторов пришли к выводу, что удаление желчного пузыря при его нормальном функционировании и дискинетических расстройствах не дает хороших отдаленных результатов [229, 234, 253]. Ряд авторов подтверждают эти данные и приводят в своих работах еще более низкие показатели [97, 118, 149, 215, 297, 298, 311]. Дибиров М.Д. и соавт. (2011) пришли к заключению, что отдаленные результаты оперативного лечения по поводу острых холециститов несколько лучше, чем после хронических [51]. Абрамов А.А. (2007), анализируя результаты 246 операций, от-

метил, что количество плохих отдаленных результатов возрастает соответственно длительности заболевания и числу перенесенных приступов у больных с тяжелым воспалительным процессом в желчном пузыре [3]. Пучков К.В. и соавт.(2015) приводят данные о том, что после операций при хронических калькулезных холециститах хороших результатов значительно меньше, чем при острых - 44,6% и 72% соответственно [173]. Алексеев А.М. (2013) отмечает лучшие отдаленные результаты операций у больных с неосложненным холециститом, с коротким анамнезом заболевания [7]. Осмонбеков Н.С. с соавт. (2012) выявили лучшие результаты операций у больных острым холециститом, чем хроническим [150, 151]. В целях улучшения последствий операции предлагают оказать помощь больным в первые 2-3 года после проявления заболевания. Большинство авторов указывают на связь между данными анамнеза заболевания до операции и отдаленными результатами [11, 110, 111, 151, 152, 255, 256, 260, 267, 270]. Литвинова Н.В.(2009), Velanovich V. (2000) обнаружили, что у больных с хорошими отдаленными результатами операции длительность заболевания составляла в среднем 1-3 года, у этих пациентов количество болевых приступов было минимальным, длительному консервативному лечению они не подвергались [113, 313]. Shi H.Y. et al. (2001) отмечают, что у больных с удовлетворительными результатами длительность заболевания была от 1 года до 5 лет [296]. Kirk G. et al. (2009)] выявили, что при продолжительности заболевания от 3 до 6 лет приступы бывали чаще и консервативное лечение, безусловно, продолжалось дольше [267]. У больных с неудовлетворительными результатами длительность заболевания составляла 3-5 лет и более, число приступов до операции превышает 4 раза в сутки [250,251]. По мере увеличения длительности заболевания ухудшаются и отдаленные результаты. Гальперин Э.И. (2004), Пучков К.В.и соавт. (2013) обнаружили наилучшие результаты у больных с анамнезом заболевания до 2-3 лет и рекомендуют оперировать больных в эти же сроки [47,93].

Исходя из вышесказанного, следует отметить, что литературные данные свидетельствуют о вариабельности отдаленных результатов традиционной холецистэктомии. Традиционная оценка эффективности различных методов лечения и исходов заболеваний, основанная на использовании критериев продолжительности жизни, показателей физического состояния пациента и т.п., признается на современном этапе недостаточной и малоинформативной [53,55, 204,206,207]. В связи с этим экспертами ВОЗ было предложено оценивать результаты хирургического лечения путем изучения качества жизни (КЖ) пациентов в послеоперационном периоде [26,27, 35,52]. Многие авторы полагают, что пока в достаточной степени не изучено влияние на качество жизни больных не только хирургического вмешательства, но и послеоперационной реабилитации, нельзя с полной мерой объективности судить о достоинствах и недостатках той или иной методики лечения [35, 88,90,103].

Изучить качество жизни после традиционной холецистэктомии в отдаленном периоде Османбекову с соавт. (2013) удалось только у 195 (51,4%) из 379 больных, прошедших анкетирование [152]. Выявлено отсутствие статистически достоверных различий показателей шкалы оценки общего состояния здоровья, жизнеспособности, социального функционирования при остром и хроническом холецистите. Достоверных различий показателей качества жизни практически не выявлено у пациентов моложе 50 лет и старше 55 лет, исключение составляют показатели ролевого функционирования, жизнеспособности, роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности. При анализе показателей КЖ по специфическим для ЖКБ критериям установлено, что 32,7% пациентов не соблюдали диету. При этом больные предъявляли жалобы на умеренную боль в области послеоперационной раны. Периодические болевые ощущения сохранялись у 23%, при этом возрастала частота гастроэнтерологических симптомов, таких как ощущение горечи во рту, изжога, аэрофагия, нарушение пассажа по кишечнику[75,81,119]. Дискомфорт в области послеоперационной раны имелся у 12,6% пациентов,

послеоперационные вентральные грыжи возникли у 3,7% пациентов. Идентичные данные были получены и другими авторами [7, 152, 174, 175].

1.2. Отдаленные результаты выполнения современных вариантов холецистэктомии

К достоинствам мини-лапаротомии и лапароскопических методов холецистэктомии относят: малую травматичность, раннюю активизацию больных, менее выраженный болевой синдром, парез кишечника в послеоперационном периоде, уменьшение среднего пребывания больных в стационаре, снижение дней нетрудоспособности, косметический и экономический эффекты [26, 35, 37, 55,58,94, 88,130,103]. Холецистэктомии из мини-доступа получили широкое распространение, особенно методика, предложенная М.И. Прудковым, набором инструментов фирмы «САН». Данный метод использовали и многие другие хирурги [56,126,174, 175, 208, 226]. Ветшев П.С. и соавт. в 2001 г. представили результаты выполнения 200 холецистэктомий через тубус со световодом, используя специальный набор инструментов [38]. Используются тубусы 3-х размеров: 20, 30 и 40 мм. При этом у 15 больных выполнена холедохотомия с последующим дренированием. Средняя продолжительность операции составила 54 минуты. Осложнения имелись в 3% случаев. Для выполнения холецистэктомий из мини-доступа используют ретрактор с осветителем операционного поля и клипс-аппликатор для клипирования элементов шейки желчного пузыря. Гололобов Ю.Н. и соавт. (2000) изучили отдаленные результаты у 135 больных, которым по поводу острого холецистита была выполнена холецистэктомия мини-доступом [48]. Хорошие отдаленные результаты обнаружены у 101 (74,8%) пациента. Жалобы абдоминального характера имелись у 34 (25,2%) пациентов, оперированных впервые 24 часа заболевания. Ни в одном случае не диагностирован резидуальный холедохолитиаз. Тщательное исследование показало, что причиной жалоб в 3 случаях был хронический колит, в 12-рефлюксная болезнь пищевода, в остальных - хронический гастрит, язва двенадцатиперстной кишки, патология почек и др. Кузин Н.М. и соавт.

(2000) представили данные изучения отдаленных результатов у 32 пациентов, оперированных по поводу хронического калькулезного холецистита, данной группе пациентов операция выполнялась с использованием традиционного хирургического набора [105]. Больные обследовались через 7-24 месяцев после операции в стационаре или в поликлинике. Авторы обнаружили только хорошие отдаленные результаты хирургического лечения хронического калькулезного холецистита, все пациенты работали, жалоб не предъявляли. Послеоперационных грыж не было, холедохолитиаза не обнаружено. При изучении отдаленных результатов мини-холецистэктомий у 113 пациентов, только в 1 случае (0,6%) зафиксировано осложнение, связанное с резидуальным холедохолитиазом. Послеоперационных грыж не обнаружено ни в одном случае. Косметический результат оценивался как очень хороший у 84,1% пациентов и хороший - в 14,2% случаев. Алиеву Ю.Г. и соавт. (2014) в группе пациентов после холецистэктомии мини-доступом удалось проанализировать качество жизни у 98 (63,3%) из 155 больных, прошедших анкетирование. У пациентов с острым и хроническим холециститом отсутствовали достоверные различия средних показателей оценки общего состояния здоровья, жизнеспособности, психического здоровья. А значения показателей физического функционирования у больных острым калькулезным холециститом выше, чем у пациентов хроническим холециститом. Больные острым холециститом лучше справлялись с такими физическими нагрузками, как ходьба, ношение тяжести, подъем по лестнице. Другими исследователями были получены идентичные данные [206,208,217,287]. Шулутко А.М. и соавт. (2005), Алексеева А.М. и соавт. (2013), исследуя КЖ, отмечают, что показатель ролевого функционирования демонстрирует физическое состояние в повседневной ролевой деятельности больных острым калькулезным холециститом ниже, чем у пациентов хроническим калькулезным холециститом [8,127,164]. Значение показателя болевого синдрома у больных хроническим калькулезным холециститом выше, чем у больных острым калькулезным холеци-

ститом, это обусловлено тем, что при остром калькулезном холецистите еще до оперативного вмешательства имелись боли, пациенты поступали в стационар в остром периоде в стадии ремиссии. В зависимости от возраста отмечены достоверные отличия значений показателей по шкале ролевого функционирования. Шулутко А.М. и соавт. (2000) при анализе показателей КЖ установили, что 9,7% пациентов не соблюдали диету [127]. У пациентов после МХЭ не было послеоперационных вентральных грыж. В отдаленном периоде 12 (7,7%) больных отмечали чувство дискомфорта в области после операционного рубца. Болевые ощущения сохранились 4,7% оперированных. А гастроэнтерологические симптомы у данной группы характеризовались ощущением горечи во рту, изжогой, аэрофагией, нарушением пассажа кишечника.

В доступной нам литературе не найдено данных, описывающих отдаленные результаты лапароскопических операций, выполненных с применением лапаролифтинговых методик. Данное обстоятельство делает актуальным изучение отдаленных результатов вышеуказанного оперативного вмешательства.

В конце двадцатого века стали появляться сообщения об отдаленных результатах после лапароскопической холецистэктомии [14,24,114,131, 228,232,238]. Бурков С.Г.(2006) сообщает об отдаленных результатах после 93 ЛХЭ [29]. Автор отметил хороший результат у 71,93%, удовлетворительный у 27% и неудовлетворительный у 1,07% больных. Причиной плохого результата стал резидуальный камень в холедохе, который удален посредством эндоскопической санации. Сравнивая результаты лечения больных после лапароскопической холецистэктомии и традиционной операции, авторы приходят к заключению, что отдаленные результаты после ЛХЭ почти такие же, как и после ТХЭ, однако, косметический эффект в отдаленном периоде после ЛХЭ значительно лучше [41, 57, 301,274]. В 2002 году появилась работа который анализировал 220 ЛХЭ, в результате отметил, что в отдаленном

периоде в 1,1% случаев наблюдались послеоперационные грыжи в параумбиликальной точке введения троакара, что требовало пластики грыжевых ворот. К выводу о том, что большой разницы в отдаленных результатах после лапароскопической и традиционной операции нет, приводят результаты 87% хороших результатов после ЛХЭ и 83,5% после ТХЭ [194,276]. Неудовлетворительных результатов не было. Авторы отметили некоторые преимущества в косметическом эффекте и в отсутствии расстройств кожной чувствительности в правом подреберье у лиц, перенесших ЛХЭ. Сообщили о резидуальных камнях у трех больных после ЛХЭ в отдаленном периоде, удаленных после ЭПСТ. Автор в целях предупреждения подобных осложнений рекомендует предоперационное РХПГ с выполнением интраоперационной холангиографии в неясных случаях. Авторы считают, что основной причиной болевого синдрома после ЛХЭ в отдаленном периоде являются рецидивные и резидуальные камни холедоха. С 2000 года данные исследования отдаленных результатов после ЛХЭ появляются в странах СНГ. Так, Лебедев С.В. и соавт.(2003), Лазебник Л.Б. и соавт. (2003), Бурков С.Г. (2006), Неронов В.А. и соавт. (2006), Астапенко В.В. (2008) представили анализ отдаленных результатов ЛХЭ в среднем по 100 больным [15, 29, 108, 110, 135]. Хорошие результаты выявлены от 75% до 93% случаев, удовлетворительные - от 7% до 25%, неудовлетворительных не было. Основываясь на результатах исследования, авторы приходят к выводу о необходимости расширения показаний к ЛХЭ. Ветшев П.С. и соав. (2000) после операции отметили 20% отличных, 73% хороших и 7% удовлетворительных результатов [206]. Проведя изучение отдаленных результатов у 386 пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, хороший результат обнаружен у $86,0 \pm 1,8\%$ больных, удовлетворительный - у $19,6 \pm 3,5\%$, неудовлетворительный - у $1,6 \pm 0,6\%$ пациентов [195]. Причинами неудовлетворительных результатов стали резидуальные камни и стриктуры общего желчного протока, рецидивирующий холангит. Кроме того, у 2-х пациентов причиной неудовлетворительного результа-

та стала недиагностированная во время хирургического вмешательства сопутствующая патологии. В результате анализа литературных данных выясняется, что процент хороших результатов в среднем составляет 85-87% за последние годы после ЛХЭ [60, 177, 227, 251, 257, 276]. При изучении отдаленных результатов у 300-385 пациентов, перенесших ЛХЭ, выявили, что спустя 3 года после операции от 88% до 96% больных не испытывали абдоминального болевого синдрома. Показатели качества жизни в отдаленном периоде у пациентов после лапараскопического доступа операции Абдуламинову Х.К. с соавт. (2009) удалось изучить только у 120(68,9%) из 174 пациентов, прошедших анкетирование [153]. У больных ОКХ и ХКХ после лапараскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в отдаленном периоде отмечены высокие значения показателей ($p < 0,05$) КЖ. При этом выявлены минимальные различия показателей у пациентов ОКХ и ХКХ по показателям ролевого функционирования, социального функционирования и роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности. Все оперированные больные чувствовали себя хорошо. У пациентов с ОКХ и ХКХ после лапараскопической операции отмечена небольшая разница показателей оценки общего состояния здоровья. После ЛХЭ авторами достоверных отличий показателей КЖ больных в зависимости от возраста не выявлено, однако, у пациентов после ЛХЭ имеются высокие значения показателей по всем шкалам при сопоставлении с другими методами холецистэктомии. При анализе показателей КЖ больных после ЛХЭ по специфическим для ЖКБ критериям установлено, что 5,8% пациентов после операции соблюдали диету. Болевые ощущения сохранились у 2,5% оперированных, боли были диафрагмального характера. Возрастала частота таких симптомов, как ощущение горечи во рту, изжоги, аэрофагии, нарушения пассажа по кишечнику. Эти результаты подтверждаются другими работами [95,105, 108,109, 110].

Вышеуказанная динамика показателей отдаленных результатов различных вариантов холецистэктомии свидетельствует о необходимости даль-

нейшего сравнительного изучения отделенных результатов лечения больных с холелитиазом после лапароскопической холецистэктомии, операции изми-ни-доступа и традиционного хирургического вмешательства.

1.3. Качество жизни больных после холецистэктомии

Любые изменения состояния сказываются на общем восприятии человеком своего здоровья. Снижение качества жизни связано с оценкой пациентом тяжести и последствий своего заболевания. Качество жизни (КЖ) меняется в зависимости от способности человека выполнять основные физиологические функции, возможности самореализации, условий жизни, социальной и политической ситуации. Медицинское понятие «качество жизни» включает в себя, прежде всего, показатели, связанные с состоянием здоровья человека, изменяющегося под воздействием патологических факторов и в процессе избавления от этого воздействия [15,101,196,233].

В процессе клинических исследований, по мнению многих авторов, особое внимание следует уделять изучению перечисленных ниже компонентов качества жизни:

1.функциональная способность, т.е. повседневная и интеллектуальная деятельность, социальная и эмоциональная функция больного, его экономическая обеспеченность[129,139, 140, 147,210];

2.восприятие больным своего здоровья и уровня благополучия, степень удовлетворенности жизнью;

3.симптомы заболевания, являющиеся следствием основного страдания,способные измениться в результате медикаментозной терапии или хирургического вмешательства [97, 119,133,134, 149].

Считается нецелесообразным изучение качества жизни при определенных хирургических заболеваниях (острый аппендицит, внематочная беременность и др.), имеющих острое начало и, как правило, короткий период восстановления исходного состояния здоровья [210].Так, Осмонбеков Н.С. и со-

авт. (2012) провели изучение качества жизни 98 больных с ЖКБ после мини-холецистэктомии и сравнили полученные результаты с качеством жизни больных после традиционной холецистэктомии (111 пациентов) [151]. Авторами использовалась разработанная ими методика определения индекса качества. В анкету были включены два модуля: универсальный и специфический. Ответы на вопросы универсального модуля давали представление о «функциональной способности» пациента и его «восприятии». Под «функциональной способностью» понимается физическая активность, повседневная деятельность, социальные связи, половая функция, эмоциональная функция, интеллектуальная деятельность, экономическая обеспеченность и др. Вопросы по «восприятию» включали ответы пациентов относительно их взглядов и суждений по отношению к состоянию своего здоровья, уровня общего благополучия, удовлетворенности жизнью, влияния на жизнь проведенного лечения. Специфический модуль включал вопросы, касающиеся влияния на больного основного заболевания и последствий хирургического лечения. Количественная оценка индекса качества жизни опрашиваемых зависела от суммы баллов за каждый вопрос анкеты. Авторы получили следующие данные: в группе лиц после МХЭ суммарное количество баллов приближалось к максимально возможному и составило в среднем $121,43 \pm 8,17$ усл. ед., что достоверно выше, по сравнению с группой пациентов, перенесших традиционную холецистэктомию, - $94,18 \pm 11,83$ усл. ед. ($p < 0,05$). В 2000 г. авторы получили похожие результаты на основании изучения 924 больных, оперированных по методике холецистэктомии из мини-доступа. Джалалов Ю.В. и Рабаданова С.Р. (2002) изучили качество жизни 353 больных хроническим холециститом после операции из мини-доступа, используя разработанную в их клинике программу. Оценивались такие показатели, как послеоперационные боли, сроки ранней и полной реабилитации, соблюдение диеты, работоспособность, психическое спокойствие, моральная удовлетворенность и др. Показатели были сравнены с данными после лапароскопической холецистэктомии. В результате проведенного сравни-

тельного анализа было выявлено, что холецистэктомия из мини-доступа не уступает таковой, выполненной по лапароскопической методике. Однако недостатком вышеуказанных опросников является невозможность дать количественную оценку качеству жизни по отдельным её критериям и отсутствие их широкого апробирования. В этом плане преимущества имеет опросник SF-36, широко используемый для определения статуса здоровья у больных с разными нозологиями. С его помощью Velanovich V. (2000) провел изучение качества жизни пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию и традиционную операцию, причем показатели качества жизни сравнивались как до, так и после оперативного вмешательства [313]. В процессе работы вычисляются физическая работоспособность (PF), физическое состояние (RP), болевой синдром (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (GH), социальная роль (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH). Автор выявил, что качество жизни в группе пациентов после ЛХЭ улучшилось, по сравнению с дооперационными показателями, в областях PF (85 против 95, $p=0,01$), RP (42 против 75, $p=0,002$) и RE (47,5 против 70, $p=0,04$). Анализ традиционных операций не показал статистически существенных различий качества жизни пациентов в до- и послеоперационном периодах. Кроме того, качество жизни пациентов после ЛХЭ статистически лучше, по сравнению с традиционной операцией, в области BP (75 против 41, $p=0,05$). Было изучено качество жизни 106 больных в зависимости от стадий ЖКБ и возраста. Полученные результаты свидетельствовали о достоверном ухудшении качества жизни при хроническом калькулёном холецистите (возраст превышал 40 лет) и ПХЭС вне зависимости от возраста. Пациенты с латентным холецистолитиазом имеют лучшие показатели качества жизни, чем больные с благополучным постхолецистэктомическим состоянием (>40). Последнее обстоятельство подчеркивает нецелесообразность профилактической холецистэктомии у больных латентным холецистолитиазом.

Таким образом, в настоящее время в оценке результатов хирургического лечения больных с определенной патологией большое значение придается изучению качества жизни пациентов. Традиционная оценка эффективности лечения и исходов заболевания, основанная на использовании критериев продолжительности жизни (средняя продолжительность жизни, уровень смертности, показатели смертности и т.п.), в плане изучения качества жизни признается на современном уровне неадекватной и малоинформативной [29,108, 110,137,138]. Вышеуказанные различия показателей отдаленных результатов различных вариантов холецистэктомии свидетельствует о необходимости дальнейшего сравнительного изучения отдаленных результатов лечения больных с желчнокаменной болезнью после лапароскопической холецистэктомии, хирургического вмешательства с использованием операции из мини-доступа и традиционного хирургического вмешательства.

1.4. Причины снижения качества жизни после хирургического лечения желчнокаменной болезни

Учитывая высокую заболеваемость холециститом и огромное количество удаленных желчных пузырей, проблема оценки ближайших и отдаленных исходов терапии этой патологии чрезвычайно актуальна. Общепринятым критерием эффективности лечения в клинической практике принято считать результаты клиничко-лабораторных и инструментальных методов обследования пациентов. При оперативном лечении оцениваются операционные и послеоперационные осложнения, повторные операции, длительность стационарного лечения и неблагоприятные исходы [34,229,231, 234,246,248]. Проблемы острой желчнокаменной болезни и ее оперативного лечения решаются весьма неоднозначно. Всеобщий интерес к оперативному лечению холецистита в последние годы лимитирован сужением разработки и специализацией оперативного лечения: методами лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии мини-доступом. При постоянном совершенствовании оперативного лечения жизнеспособность оперированных пациентов

оставляет желать лучшего [6,39, 49, 50, 79, 237,252,259]. До сих пор считается, что пациенты, перенесшие холецистэктомию, не нуждаются в какой-либо последующей медикаментозной «вспомогательной» коррекции, т.е., само по себе удаление желчного пузыря вместе с конкрементами «автоматически» устраняет факторы, способствовавшие возникновению, развитию и прогрессированию заболевания [79, 115, 116, 135, 156, 165, 253, 260, 261]. Тем не менее, любая операция по поводу ЖКБ или ее осложнений у большинства пациентов связана с развитием в дальнейшем сложных патофизиологических процессов, приводящих к нарушению переваривания и всасывания пищи, или синдрому нарушенного пищеварения. Его основу составляют нарушения метаболизма, возникшие задолго до лечения, а именно каждый этап формирования конкрементов в желчном пузыре либо предшествующие им дисметаболические кризисы, которые могут вполне обоснованно считаться звеньями патогенеза синдрома нарушенного пищеварения при желчнокаменной болезни [158, 184,253,288]. По данным различных авторов, у 10-30% пациентов после холецистэктомии диагностируются различные патологические состояния, объединенные общим термином «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС) [47, 205, 211, 281, 282, 296]. Основы ПХЭС в большинстве случаев трудно разъясняемы, клинические основы заболевания имеют многообразные проявления, которые усложняют его диагностику и тем самым затрудняют проведение специфической коррекции [47, 294]. В настоящее время ПХЭС характеризуют как многофакторное патологическое состояние гепатопанкреатодуоденальной системы вследствие механического поражения желчевыводящих путей непосредственно или косвенно операцией на желчном пузыре либо функциональными изменениями [28, 156]. Более функциональное определение ПХЭС приведено в работах многих авторов [25, 40, 61, 77]. Следовательно, подытоживая мнение большинства хирургов можно предположить, что ПХЭС можно характеризовать следующими факторами: диагностическими ошибками, допущенными до или в момент оперативного

вмешательства; техническими и специфическими ошибками при удалении желчного пузыря; обострением или ухудшением существовавших до хирургического вмешательства функциональных нарушений, связанных с изъятием желчного пузыря; обострением или ухудшением существовавших до хирургического вмешательства проблем гепатопанкреатобилиарной зоны [28, 30, 39]. Ходжибаев А.М. и соавт. (2006) указывают, что в 60% случаев причиной ПХЭКС могут быть функциональные нарушения, в 40% - органические [203]. Диагностические ошибки, допущенные на этапе предоперационного обследования, недооценка или неправильная интерпретация полученных данных могут стать основной причиной неудовлетворительных результатов операции и явиться основанием для повторного оперативного вмешательства. Большинство органических нарушений билиарного тракта сопровождается синдромом механической желтухи. Существует несколько причин, вызывающих билиарную гипертензию и механическую желтуху. Большая группа патологических состояний является следствием стенотических изменений в билиарном тракте. Один из самых распространенных факторов, приводящих к нарушению пассажа желчи после удаления желчного пузыря, - холедохолитиаз. Камни в желчных протоках чаще всего являются вторичными и попадают в общий желчный проток из желчного пузыря, лишь в редких случаях они образуются в протоковой системе. Проблема холедохолитиаза, как причины послеоперационных заболеваний, возникла одновременно с зарождением хирургии желчных путей, когда стали наблюдаться рецидивы страдания после удаления желчного пузыря из-за наличия конкрементов в желчевыводящих путях [185,186,243]. Частота таких рецидивов весьма вариабельна и колеблется, по данным разных авторов, от 3-5% до 10-12% [29]. Довольно часто холедохолитиаз осложняется холангитом.

Существует множество причин органической природы, способных вызвать постхолецистэктомический синдром. Под влиянием микрофлоры желчные кислоты подвергаются преждевременной деконъюгации, что сопровождается

ется повреждением слизистой оболочки двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишок с развитием дуоденита, рефлюкс-эзофагита, энтерита и колита. Дуоденит сопровождается дуоденальной дискинезией и гипертензией [54, 83, 100, 115, 116, 157]. Нарушение нейрогуморальной регуляции, возникающее в ответ на удаление желчного пузыря, приводит к повышению тонуса сфинктера, возникновению механического препятствия для оттока желчи. Дисфункция сфинктера Одди (ДСО) характеризуется частичным нарушением проходимости протоков, может иметь как органическую (стеноз), так и функциональную (нарушение двигательной активности, тонуса сфинктеров ДСО, холедоха и/или панкреатического протока) природу [115]. Она не сопровождается структурными нарушениями, характеризуется приступами боли билиарного или панкреатического типа. Панкреатогенный компонент постхолецистэктомического синдрома обусловлен абсолютным или относительным дефицитом панкреатических ферментов с развитием впоследствии стеатореи, креатореи и амилореи на фоне снижения или угнетения синтеза белков, жиров и полисахаридов. Панкреатогенная недостаточность является одной из главных причин недостаточности полостного пищеварения при хроническом панкреатите, а также после операций на желчевыводящей системе [30, 77, 82, 83]. Существенно влияют на результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни интраоперационные осложнения. Во время операции, которая выполняется по поводу острого воспаления желчного пузыря, возможно повреждение желчевыводящих путей, полых органов, поджелудочной железы, кровеносных сосудов [19, 43]. Внедрение лапароскопической холецистэктомии сопровождалось существенным (в 2-5 раз) увеличением частоты повреждений желчевыводящих путей [159]. Изменился характер повреждения желчевыводящих путей, кроме известных видов, присущих открытой холецистэктомии (перевязка, прошивание, пересечение, иссечение), появились новые повреждения, связанные с неконтролируемым воздействием на стенку протока термической энергии и клипированием протока [47].

Согласно поставленным задачам и проведенным нами исследованиям, выявлено наличие развития психоневрологических осложнений, которые влияют на качество жизни пациентов, изменяя физическую основу жизнедеятельности - сила, энергия, устойчивость, боль, дискомфорт, сон, отдых, работоспособность, а также психическую основу (эмоции, уровень памяти, самооценка, активность, взаимоотношение, доступность), которые усугубляются по мере увеличения возраста пациентов, доступа холецистэктомии, метода анестезиологического пособия и коррекции диагностированных осложнений (когнитивная недостаточность, диастолическая дисфункция левого желудочка сердца).

Таким образом, этиология, патогенетические механизмы, приводящие к неудовлетворительным результатам хирургического лечения желчнокаменной болезни весьма разнообразны. Многие аспекты этой проблемы нуждаются в проведении дальнейших исследований.

1.5. Возможности улучшения качества жизни пациентов, перенесших холецистэктомию

С точки зрения концепции качества жизни лечебные мероприятия должны быть направлены на стабилизацию психического, физического и социального функционирования пациента. Если говорить о конкретных инструментах достижения требуемого результата, то к ним относится терапевтическое лечение, направленное на устранение причин, вызывающих снижение качества жизни. Важное место в лечении пациентов с неудовлетворительными результатами после холецистэктомии занимают консервативные методы, так как патологическое состояние после операции развивается в результате психоневрологических нарушений. Основной целью консервативного лечения является удовлетворенность пациента после проведенной холецистэктомии. Для того, чтобы реализовать эту цель, необходима точная диагностика и комплексное патогенетическое медикаментозное лечение [31]. Многие исследователи отмечают, что пациенты, перенесшие холецистэктомию, должны

придерживаться определенных правил пищевого поведения. Для профилактики холелитиаза рекомендуется ограничение, но не полное исключение, употребления продуктов с высоким содержанием холестерина и насыщенных жирных кислот, регулярный 4-6-кратный прием пищи, снижение массы тела, добавление в рацион пищевых волокон, содержащихся в продуктах растительного происхождения [157, 159]. Таким образом, эффективное консервативное лечение постхолецистэктомического синдрома представляется весьма сложной задачей. Назначение тех или иных препаратов должно быть основано на объективной диагностике. С учетом разнообразия причин, сложности патогенеза функциональных нарушений требуются дальнейшие исследования, которые позволят сформулировать основные принципы консервативного лечения пациентов с низким качеством жизни после перенесенной холецистэктомии. Хирургическое лечение пациентов с постхолецистэктомическим синдромом представляет достаточно сложную проблему хирургии желчевыводящих путей. Хирургические вмешательства, которые выполняются у больных с ПХЭС, могут быть различными как по своей идее, так и по степени технической сложности, они проводятся на желчных протоках, фатеровом сосочке, печени, поджелудочной железе и других органах. Это требует от хирурга большого опыта и специальной подготовки, чтобы избежать повторения неудачи ранее проведенного оперативного пособия и добиться стойкого положительного результата лечения [39, 47, 151].

Вопрос о безопасности и эффективности различных вариантов хирургического лечения больных, перенесших холецистэктомию, их влиянии на качество жизни пациентов, имеющий решающее значение для уточнения показаний к вмешательству, остается открытым. В рамках небольшого обзора невозможно осветить целиком проблему хирургического лечения постхолецистэктомического синдрома.

У большинства лиц преклонного возраста помимо хирургической патологии имеются сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой, невроло-

го-эндокринной систем, что увеличивают риск оперативного вмешательства, а также утяжеляют состояние больных в послеоперационном периоде. Все это повышает в 2-3 раза возможность неблагоприятных исходов операции [1, 47]. Холецистэктомия, как и любая другая полостная операция, - это мощнейший стресс для всего организма [33, 34, 143,], который способствует усилению негативного воздействия анестезиологических и хирургических факторов на кровообращение и функциональное состояние мозга и сердца [132,155,168,182,224].

Снижение качества жизни (КЖ) в послеоперационном периоде после холецистэктомии многие исследователи связывают преимущественно с особенностями клинического течения заболевания - развитием постхолецистэктомического синдрома, недостаточностью желудочно-кишечного тракта и др. [25, 40, 59, 61,230]. При изучении КЖ больных после операции исследователи отмечают психологическое неблагополучие и когнитивные нарушения, характеризующиеся эмоциональным ограничением повседневной активности, снижением жизненной активности, состояния общего и психического здоровья [139,141,169,239,268]. Тем не менее, ряд авторов в ходе своих исследований выявили наличие влияния психоэмоциональных факторов на качество жизни пациентов в послеоперационном периоде [37, 188, 213,289]. Известны специфические осложнения, возникающие после хирургических вмешательств с упомянутым осложнением. При этом индивидуальные особенности, характеризующие жизнеспособность, в настоящее время в достаточном объеме не изучены, несмотря на то, что первично индивидуальные особенности проявляются изменением нервно-психических реакций на жизнеспособность после проведения операционного удаления желчного пузыря в раннем и позднем послеоперационном периодах, как в среднем, так и в преклонном возрасте, независимо от операционного доступа, что побудило нас к проведению настоящего исследования.

1.6. Когнитивные нарушения у пациентов преклонного возраста и их зависимость от операционно-анестезиологического пособия

Возникшие демографические условия в настоящее время проявляются постоянным возрастанием количества людей пожилого и старческого возраста. С увеличением долголетия пропорционально возрастает и количество хирургических вмешательств, выполняемых у людей в возрасте старше 60 лет [66,240]. При этом отмечается, что у геронтологических пациентов развиваются многочисленные инволюционные изменения, лимитирующие кровоток, увеличивая метаболические и гипоксические повреждения центральной нервной системы с развитием дисциркуляторной энцефалопатии [68, 209, 278]. Все это способствует нарушению нервно-психических поведенческих особенностей личности, способствует снижению способности к учебе, запоминания свежих данных, что приводит к снижению профессиональной и социальной активности [68,166,221,245,304]. Многие исследователи отмечают, что снижение основной функции мозга встречается более чем у 30% людей старше 60 лет, а в возрасте 60-70 лет это состояние отмечается уже у 63%, в возрасте 70-80 лет - у 82% [221, 245,254]. Нормальное старение само по себе сопровождается снижением памяти и усвоения новой информации [65,]. Наряду с физиологическими изменениями следует учитывать и такие факторы, которые могут значительно усугубить психоневрологические расстройства, особенно при операционно-анестезиологической травме [92,167,214, 265]. Временная деактивация или депрессия функций головного мозга свойственна всем анестетикам. Симптомы нарушения когнитивных функций - гиперсомния или снижение памяти. Таким образом, возможно, что анестетики могут усиливать повреждающие эффекты, связанные с оперативным вмешательством, и вызывать длительный когнитивный дефицит и даже стойкие структурные изменения в головном мозге [262, 266, 279, 307]. Использование фентанила может ассоциироваться с развитием делирия [277]. Более того, в экспериментальных исследованиях у животных, которым проводилась нейролептаналгезия либо анестезия изофлураном, но не выполнялось хирур-

гическое вмешательство, не наблюдалось повышения уровня цитокинов и не выявлялись поведенческие расстройства, связанные с ПОКД [249, 285, 302]. Существуют противоречивые данные, что ингаляционные анестетики могут повышать подверженность нейронов к апоптозу и усиливать нейродегенеративные процессы [263, 309]. Более того, высокие дозы севофлурана могут вызывать церебральную вазодилатацию, которая нарушает ауторегуляцию мозгового кровотока во время анестезии [247,290,293]. Также есть данные, что использование изофлурана снижает память и способность к обучению в сравнении с пропофолом [236]. Тем не менее, на сегодняшний день нет убедительных доказательств, что ингаляционные анестетики являются причиной ПОКД. Более того, несколько исследований, касавшихся влияния глубины ингаляционной анестезии на развитие ПОКД, показали противоположный результат. В экспериментах на мышах применение более высоких доз изофлурана было связано с лучшими исходами относительно когнитивных функций, чем использование меньших доз этого препарата [310]. Более высокие дозы изофлурана во время анестезии у людей под контролем биспектрального индекса также приводили к лучшим результатам относительно когнитивных функций [264]. Исследования, проводившиеся с целью сравнения вариантов анестезии на основе пропофола и севофлурана а также пропофола и изофлурана [305], показали более низкую частоту развития ПОКД у пациентов, которым проводилась анестезия на основе пропофола. Данные результаты дают возможность предположить наличие у ингаляционных анестетиков защитного эффекта, обоснованного так называемым анестетическим прекондиционированием [84, 163]. В недавнем систематическом обзоре, посвященном послеоперационным когнитивным дисфункциям(ПОКД) при общей и регионарной анестезии, авторы сделали схожие выводы [284]. Послеоперационные когнитивные дисфункции являются распространенной проблемой при некардиохирургических операциях, их встречаемость в течение недели после оперативного пособия достигает 40%, они сохраняются у 15%

больных даже через 3 месяца после операции [291]. Частота и тяжесть неврологических осложнений варьирует в зависимости от вида хирургического вмешательства, сопутствующей патологии и возраста пациента. На сегодняшний день факторами риска развития ПОКД считаются: возраст пациента, когнитивные нарушения до операции, длительность оперативного вмешательства, глубина анестезии, наличие послеоперационных сердечно-сосудистых, дыхательных нарушений и инфекционных осложнений [264, 286, 235, 312].

Патофизиологами определение послеоперационной когнитивной дисфункции является спорным. Ранее проведенными исследованиями выявлено, что эта патология сопровождается ранним снижением жизнеспособности [271] и возрастанием зависимости от общества [244, 299], что является выраженной проблемой для больных, их близких и системы социальной структуры, так как для пациентов преклонного возраста изменение психоневрологического статуса становится обузой вследствие потери независимости с необходимостью увеличения оказания помощи и медицинских расходов [286]. Более того, ПОКД сочетаются с увеличением летальности [244, 299]. Современная теория, объясняющая ПОКД, на сегодняшний день включает факторы, связанные с анестезиолого-операционными пособиями и самим пациентом. В течение последних лет нейропсихические нарушения, кроме других соматических заболеваний, рассматривается как обязательный составляющий компонент послеоперационных исходов. При этом ПОКД способствуют снижению жизнеспособности и приводят к возрастанию стоимости оказываемой медицинской помощи, уровней заболеваемости и летальных исходов. Следовательно, психоневрологические заболевания в послеоперационном периоде приобрели статус одного из основных значимых факторов оценки жизнеспособности и послеоперационного ухода оперированных и прогнозирования выживаемости. Возможности прогнозирования развития послеоперационных когнитивных дисфункций в отдаленном периоде является одним из основных

направлений ухода за этими пациентами, что дает возможность в последующем принять своевременные меры по минимизации степени их выраженности.

1.7. Влияние сердечной недостаточности на качество жизни в отдаленном периоде после холецистэктомии с учетом возраста пациентов

Патология звеньев системы гемодинамики относится к одной из основных причин развития осложнений и летальности во многих экономически развитых странах мира. Статистические данные, полученные в США за 2012 год, свидетельствуют о том, что около 785 000 человек в этой стране пережили первичный эпизод ишемической атаки, 470 000 - повторный в течение года. При этом люди старше 65 лет составили 81% от общего числа умерших от сердечно-сосудистых осложнений. В Российской Федерации патология органов кровообращения и связанные с ней осложнения лидируют среди факторов высокой летальности, инвалидности населения и являются причинами 56% смертей [142,179,187]. По данным ВОЗ, РФ занимает ведущее место по показателям сердечно-сосудистой летальности среди экономически развитых стран. Коэффициент летальности в РФ от данной патологии в 2012 году составляет 737,1 умерших на 100 тыс. населения. Существенная доля умерших была представлена лицами трудоспособного возраста, при этом смертность среди мужчин превышала таковую среди женщин в 4,7 раза. Подобная статистика свидетельствует о важности профилактики, диагностики и лечения этих заболеваний для всех развитых стран, в том числе для РФ и Республики Таджикистан.

Результаты исследований EuroHeartSurveyStudy с участием России и «Эпоха ХСН» показали, что ИБС является в большинстве случаев причиной развития хронической сердечной недостаточности(ХСН),ее вклад в структуру причин заболеваемости составляет 60-80%, выживаемость больных с данной этиологией в 2-15 раз ниже, чем больных с иным генезом патологии [4,

20, 144, 145]. Установлено, что к психоневрологическим болезням относят сердечные заболевания, артериальную гипертензию, которые в настоящее время продолжают удерживать лидерство среди всех заболеваний системы кровообращения. Они также остаются главными в структуре летальности и нетрудоспособности людей многих стран мира, несмотря на улучшение выявления и терапии данной патологии [91, 144, 145, 200, 218]. Согласно представленному отчету Научно-исследовательского центра, в настоящее время более 13 млн. людей среднего возраста в Российской Федерации имеют ИБС, из них 2-3% перенесли инфаркт миокарда. В последнее время отмечается тенденция к возрастанию факторов риска у населения, что связано с особенностями поведения, эмоциональным, поведенческим и малоподвижным образом жизни, курением [145, 148]. Основные параметры жизнеспособности отражают характеристику междисциплинарного подхода индивидуума, предлагая общие исследования соматических, психоневрологических сфер болезни [34, 35, 170, 197, 303]. В большинстве источников понятие жизнеспособности определяется как «удовлетворенность жизнью» [183], «субъективное благополучие и счастье» [201].

Многие авторы относят ИБС к «болезни цивилизации» [96]. Тенденция к её непрерывному росту, в том числе среди лиц молодого возраста, связана с особенностями жизни современного человека, социальной нестабильностью, что влечет за собой увеличение эмоционально-поведенческих факторов риска, таких как эмоциональное напряжение, стресс, депрессия [10, 91, 192, 161], малоподвижный образ жизни, курение [145]. В современном обществе с его высокими требованиями к личности важна не только проблема выживаемости на фоне проводимой терапии, но и поддержание оптимального качества жизни пациента. Многие параметры КЖ отражают характеристики социально-психологического здоровья индивида и предполагают системное исследование клинических, психологических и социальных факторов болезни [170, 303], что по существу отражает содержание интегрального междисци-

плинарного подхода к личности больного человека, отношение к нему как к единой социально-духовной системе.

Во многих исследованиях понятие «качества жизни» рассматривается аналогично понятиям «удовлетворенность жизнью» «субъективное благополучие и счастье» [183]. При наличии большого количества работ, посвященных изучению психологических особенностей и качества жизни больных ИБС, некоторые аспекты данной проблемы остаются недостаточно разработанными. Так, снижение качества жизни при ИБС многие исследователи связывают преимущественно с особенностями клинического течения заболевания и наличием диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) сердца с нарастанием сердечной недостаточности [145, 160, 190, 242, 280, 292]. Многие исследователи указывают, что специалистов больше интересуют те вопросы жизнеспособности, которые изменяются в результате заболевания, особенно удовлетворенность больного физическим состоянием [13]. В психоневрологическом блоке опросника акцент делается на тревожно-депрессивной симптоматике [146, 160, 189, 242, 275, 280]. В последние десятилетия предметом исследования врачей стали причины развития нарушений кровенаполнения левого желудочка сердца и роль последнего в развитии сердечной недостаточности (СН). Преимущественно этот недуг протекает бессимптомно, и пациенты обращаются в поздних стадиях заболевания, когда развивается недостаточность кровообращения [5, 71]. Проведенным исследованием EuroHeartSurvey Study с участием России и проекта «Эпоха хронической сердечной недостаточности» отмечено, что именно ИБС является наиболее частой причиной развития сердечной недостаточности, в структуре которой она составляет 60-80% [4, 20, 148]. В 20-40% причиной «диастолической недостаточности кровообращения» является гипертоническая болезнь [210]. Диастолическая дисфункция представляет собой универсальную реакцию миокарда на повреждение [22]. Она является следствием любого состояния, сопровождающегося энергодефицитом. В ответ на действие

повреждающего фактора возникает активация нейроэндокринных систем и развивается комплекс функциональных и морфологических изменений, называемых ремоделированием [5]. Процесс ремоделирования затрагивает как кардиомиоциты, так и внеклеточный матрикс с нарушением его структуры. Изменение функции кардиомиоцитов приводит к нарушению активного расслабления, а изменение внеклеточного матрикса приводит к усилению жесткости миокарда [5], из этих факторов и складывается диастолическая дисфункция миокарда. Следовательно, в результате выше описанных двух компонентов миоцитарного и интерстициального процессов происходят морфологические и функциональные изменения сердца, называемые ремоделированием. Ремоделирование-это структурно-геометрические изменения левого желудочка, включающие в себя процессы гипертрофии миокарда и дилатации сердца, приводящие к изменению его геометрии и нарушению систолической и диастолической функции левого желудочка [20]. При ИБС преобладают процессы фиброза, что выражается в увеличении полости ЛЖ при нормальной толщине стенок - эксцентрический тип ремоделирования. Для больных артериальной гипертензией более характерно наличие гипертрофии стенок ЛЖ, а форма и размер его полости длительное время остаются в пределах нормы, так называемое концентрическое ремоделирование [20]. Поэтому коррекция сердечной недостаточности, обусловленной диастолической дисфункцией, является важной задачей ведения больных в послеоперационном периоде, особенно с гипозергией, когда возрастает риск острой недостаточности кровообращения [181,306].

На сегодняшний день исследований роли индивидуальной оценки жизнеспособности больных с патологией сердечно-сосудистой системы и диастолической дисфункцией состояние недостаточно, хотя при этом субъективная характеристика является основным фактором, характеризующим тип развития болезни. Сформировавшиеся представления о механизмах повре-

ждающего действия инновационных операционно-анестезиологических методик создали предпосылки для проведения настоящего исследования.

1.8. Реабилитация пациентов после холецистэктомии

Наличие выраженной тенденции к росту числа больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) является серьезной медицинской проблемой, как и то, что выполненная по показаниям своевременная плановая холецистэктомия приводит к полному выздоровлению, восстановлению трудоспособности и качества жизни у большинства пациентов [80, 117]. Операция не избавляет больного от обменных нарушений и, прежде всего, печёночно клеточной дисхолии. В связи с этим у 15-25% оперированных больных возникают рецидивы камнеобразования [8, 72, 99, 123]. Также удаление желчного пузыря приводит к существенным нарушениям физиологических взаимосвязей органов холедохопанкреатической и дуоденальной зон с нарушением их функции, а, нередко, и к развитию органической патологии. По данным различных авторов, у 20-40% пациентов, перенесших холецистэктомию, сохраняются жалобы, связанные с болевым синдромом и диспепсическими расстройствами [28, 83, 128, 180, 219]. Патологические изменения в организме, как последствия холецистэктомии, весьма разнообразны и могут быть обусловлены как выпадением основной функции желчного пузыря, так и прогрессированием заболеваний органов гепатодуоденальной панкреатической системы [16, 23]. Основой всей системы является состояние печеночного и общего желчного протоков, а также сфинктера Одди [63]. Между тем, требуют уточнения механизмы развития и прогрессирования внутрипеченочного холестаза, дистрофических изменений паренхимы печени, заболеваний поджелудочной железы и 12-перстной кишки, возникающие после холецистэктомии.

Многочисленные исследования в области восстановительной медицины и профилактики заболеваний органов пищеварения показали, что пациен-

ты в процессе лечения нуждаются в реабилитации в условиях санатория [112,119,283]. Важно ведь не только лечить, важно предупредить болезнь и осложнения, встречающиеся в процессе развития заболевания. Профилактика, здоровой образ жизни всегда были основной задачей, которая ставилась перед здравоохранением [98, 107, 193]. Известно, что здоровье увеличивает эффективность труда, стоимость трудового капитала, так называемого «человеческого капитала» [125]. Система реабилитации больных, перенесших оперативное вмешательство на желчном пузыре, включает три этапа: стационарный, санаторный и поликлинический. Во многих странах мира, в том числе и в нашей Республике, наблюдается прогрессивное сокращение продолжительности стационарного лечения больных после холецистэктомии, преобладание в структуре оперативных вмешательств лапароскопических технологий, проведение операций из минидоступа, в основе которых лежит стремление снизить затраты на медицинскую помощь. Холецистэктомия у больных с неосложненным течением желчнокаменной болезни в США обычно производится в условиях стационара «одного дня», при этом экономия средств выходит в размере 750 долларов на каждого пациента [269].

Соответственно росту заболеваемости возрастает и хирургическая активность при ЖКБ. Основным методом лечения данного заболевания является удаление желчного пузыря. При этом приходится учитывать, что достигнутые результаты коррекции при холецистите не уменьшаются, а продолжают увеличиваться. В Москве проводится до 7000 холецистэктомий в год на 100 000 населения [123]. В общем, по России количество ежегодно производимых удалений желчного пузыря занимает ведущее место среди всех операций, выполняемых населению, и уступает лишь количеству аппендэктомий. По данным американской статистики, количество ежегодно выполняемых оперативных пособий по поводу ЖКБ превышает 600 000. Современные достижения хирургии и гастроэнтерологии позволили по-новому взглянуть на результаты лечения ЖКБ, в частности, на мнение о том, что после холе-

цистэктомии пациенты «автоматически» избавляются от многих патологических факторов как вызвавших образование камней в желчном пузыре, так и порожденных ими. У 25% пациентов, перенесших холецистэктомию, через некоторое время появляются абдоминальные боли и диспепсические расстройства, требующие лечения [87, 158]. Адекватная терапия больных зависит от правильного понимания патогенеза клинических симптомов, развивающихся после холецистэктомии. Особенности их формирования связаны, с одной стороны, с нарушениями в обмене холестерина, присущими ЖКБ [72], с другой - тем обстоятельством, что патологический процесс протекает в новых анатомо-физиологических условиях, т.е. отсутствия желчного пузыря [46, 117]. В современной литературе не прекращаются споры о природе постхолецистэктомиического синдрома (ПХЭС), возникающего после холецистэктомии. ПХЭС возникает вследствие компенсаторной дилатации общего желчного протока с его замедленным опорожнением; дисфункцией и спазмом сфинктера Одди с повышением давления в системе внепеченочных желчных протоков [2]. Другие авторы приводят не менее веские доказательства в подтверждение тезиса о гипомоторной дискинезии сфинктера Одди [112]. У 40-45% больных причиной жалоб служат органические нарушения; структуры желчных путей, нераспознанные камни общего желчного протока, предшествующие заболевания ЖКБ и др. [36, 208]. С другой стороны, у 40% больных, которым проводилась стандартная холецистэктомия по поводу камней желчного пузыря, послеоперации сохраняются патологические клинические симптомы [115]. Адекватная терапия больных зависит от правильного понимания патогенеза клинических симптомов, развившихся после холецистэктомии. У большинства больных после выполнения холецистэктомии наблюдаются изменения физико-химических свойств желчи: увеличивается плотность, вязкость, концентрация холестерина, остаточного азота, белка, выявляются также элементы воспаления и застоя желчи в желчных путях [219].

Таким образом, у больных перенесших холецистэктомию, проявления болезни обусловлены дискинезией сфинктера Одди, изменением физико-химических свойств желчи, нарушением её пассажа из двенадцатиперстной кишки [21, 77]. При этом у пожилых пациентов развиваются многочисленные возрастные изменения организма, нарушающие кровоток органов жизнеобеспечения, повышая риск развития гипоксии и ишемических повреждений головного мозга с развитием дисциркуляторной энцефалопатии [69, 70, 209]. Последняя вызывает снижение памяти, что ухудшает способность к обучению, усвоению новой информации, вследствие чего снижаются профессиональные и социальные навыки и активность [69, 70, 245]. В возрасте до 60 лет происходит снижение памяти в среднем у 30% пожилых людей, от 60 до 70 лет - у 63%, 70-80 лет - у 70-75%, а в возрасте более 75 лет - у 82% [70, 245]. Когда инволюционные процессы сочетаются с дисциркуляторной энцефалопатией, снижение когнитивных свойств мозга достигает значительной выраженности, доводя пациентов до глубокой инвалидности, при этом резко снижая жизнеспособность [122,308]. Поэтому изучение характера изменений памяти и их динамики у пациентов преклонного возраста, а также разработка направленного воздействия на мнестические дефекты имеют огромное практическое значение. Традиционно к психоневрологическим заболеваниям принято относить ИБС и гипертоническую болезнь (ГБ), которые на сегодняшний день продолжают удерживать первенство не только среди всех сердечно-сосудистых заболеваний, но и в структуре общей заболеваемости, смертности и инвалидизации населения многих стран мира [91, 144].

Приведенные факты вполне обоснованно позволяют включить ЖКБ в разряд заболеваний, имеющих не только медицинское, но и важное социально-экономическое значение [86]. В 30-40% случаев причиной развития сердечной недостаточности являются диастолические расстройства [91]. При развитии диастолической дисфункции сердца снижается его насосная функция, что способствует развитию синдрома сердечной недостаточности. Ише-

мическая болезнь сердца и артериальная гипертензия являются причинами развития диастолической дисфункции левого желудочка по диастолическому типу. Анализ влияния психоневрологического состояния на жизнеспособность свидетельствует о том, что ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия являются одними из осложнений и предикторов прогноза жизнеспособности пациентов после холецистэктомии, поэтому медицинские разработки, направленные на увеличение продолжительности и улучшение жизнеспособности членов общества имеют важное практическое значение. Все выше изложенное проблемы обосновывают актуальность и необходимость проведения своевременных лечебных мероприятий у названных пациентов.

ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО, ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ

Перед основным этапом работы нами было проанализировано 900 историй болезни пациентов с желчнокаменной болезнью, находившихся на лечении в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи города Душанбе, являющейся базой кафедры госпитальной хирургии ТГМУ им. Абу-али ибн Сино, в период 2001-2008 гг. При этом каждый больной дооперативно-го вмешательства подвергался тестированию по определению параметров качества жизни с помощью опросника SF-36, психоневрологического состояния по специальным тестам и наличия сердечной недостаточности при помощи аппарата ДЭКГ (см. ниже). Далее происходило составление карты исследуемого по данным клинических и лабораторных анализов. Затем спустя 1-2 года после оперативного вмешательства были повторно изучены показатели качества жизни, психоневрологического состояния, наличия сердечной недостаточности и отдаленные результаты операции. При этом на анкету отдаленных результатов и опросник качества жизни ответили 820 пациентов. Данные больные вошли в группу исследования.

2.1. Клиническая характеристика больных

Как описывалось выше, нами проведено изучение отдаленных результатов и показателей качества жизни 820 больных острым и хроническим калькулёзным холециститом в возрасте от 18 до 84 лет в период от 1 до 2 лет после оперативного вмешательства. По виду оперативного вмешательства все пациенты разделены на 3 основные группы. 1-ю группу составили 300 (36,6%) больных, перенесших лапароскопическую холецистэктомию. В 2-ю группу вошли 240 (29,3%) пациентов, которым была выполнена холецистэктомия из минидоступа с использованием специального набора инструментов фирмы

«SAN» (Екатеринбург). 3-ю группу составили 280 (34,1%) больных после-традиционной холецистэктомии (рис. 1).

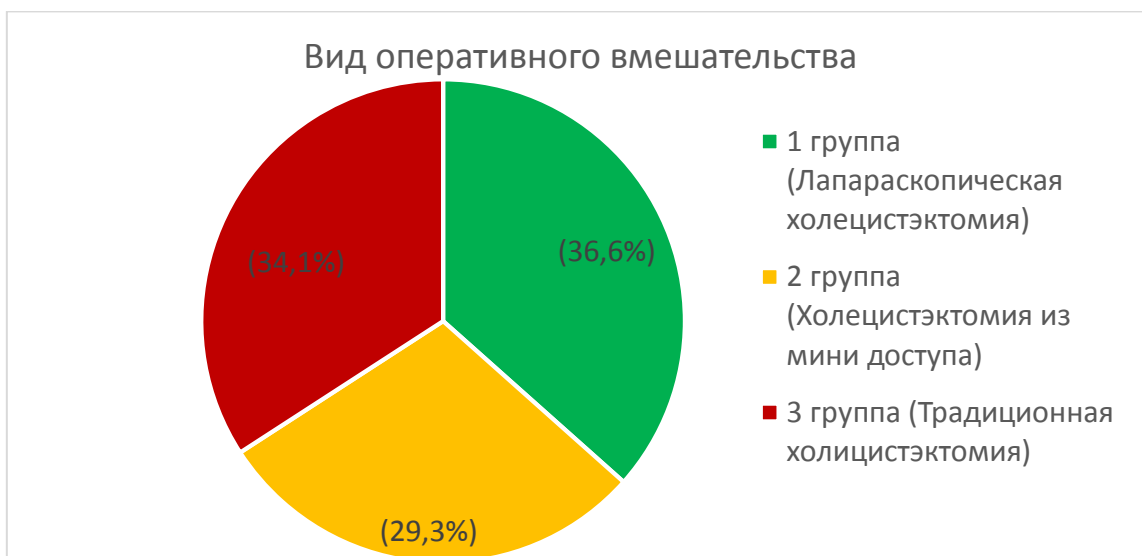


Рис. 1. Распределение больных по виду оперативного вмешательства

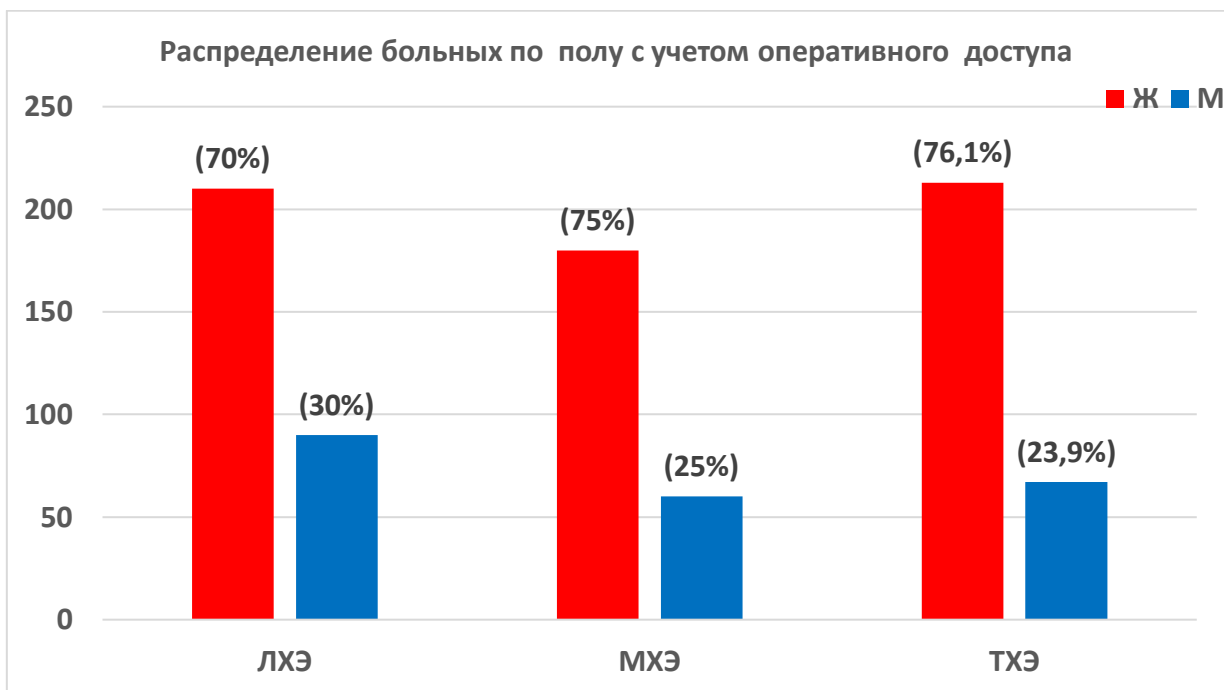


Рис. 2. Распределение больных по полу с учетом оперативного доступа (ЛХЭ – лапароскопическая, МХЭ – мини-, ТХЭ- традиционная холецистэктомии)

Данные рисунка свидетельствуют о преобладании женщин во всех исследуемых группах пациентов.



Рис. 3. Распределение больных по возрасту, оперативному доступу и полу (ср.- средний возраст, пожилой возраст и ст. -старческий возраст;ЛХЭ,МХЭ,ТХЭ - виды операций).Во всех группах летальных исходов не было.

В основу анализа положены данные сопроводительных документов при направлении больных в поликлинику и стационар, историй болезни, результатов клинических, лабораторных, рентгенологических, инструментальных методов исследований, данных двухэтапного анкетирования, а также протоколов операций. Обработка полученных результатов произведена с применением методов статистического анализа и компьютерных технологий.

В предоперационном периоде больные проходили углублённое общеклиническое, инструментальное и лабораторное обследование с целью оценки состояния жизненно важных органов и систем организма, а также объективного подтверждения отсутствия патологии со стороны внепечёночных желчных протоков и органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Лабораторное обследование включало в себя клинический анализ крови, общий анализ мочи, определение группы крови и Rh-фактора, RW, биохимическое исследование крови: содержание билирубина (общего и прямого), активность тран-

саминаз, тимоловая и сулемовая пробы, протромбиновый индекс, концентрации глюкозы, 3-липопротеидов, щелочной фосфатазы, определение электролитного состава, белка и его фракций, креатинина, мочевины.

Обязательными инструментальными методами обследования считали:

1. ультразвуковое исследование печени, внутри- и внепечёночных желчевыводящих протоков, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек;
2. эзофагогастродуоденоскопия с осмотром большого дуоденального сосочка;
3. флюорография лёгких;
4. ЭКГ.

Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки, РХПГ, ирригоскопия и колоноскопия выполнялись по показаниям.

Следует отметить, что нами осуществлялся дифференцированный подход к выбору вида оперативного вмешательства у каждого конкретного больного.

При этом оценивались:

1. характер воспалительного процесса и его выраженность в желчном пузыре и окружающих его тканях - по данным предоперационного обследования и интраоперационного обследования оперируемой зоны;
2. сопутствующая патология.

На основании совокупной оценки полученных данных происходил дифференцированный выбор вида операции.

С этой целью в предоперационном периоде нами учитывались: длительность заболеваний, частота болевых приступов, их выраженность, время, прошедшее после последнего болевого приступа, данные ультразвукового исследования органов брюшной полости.

Следует отметить, что длительность калькулезного холецистита у исследуемой группы пациентов колебалась в широких пределах (рис. 4.).

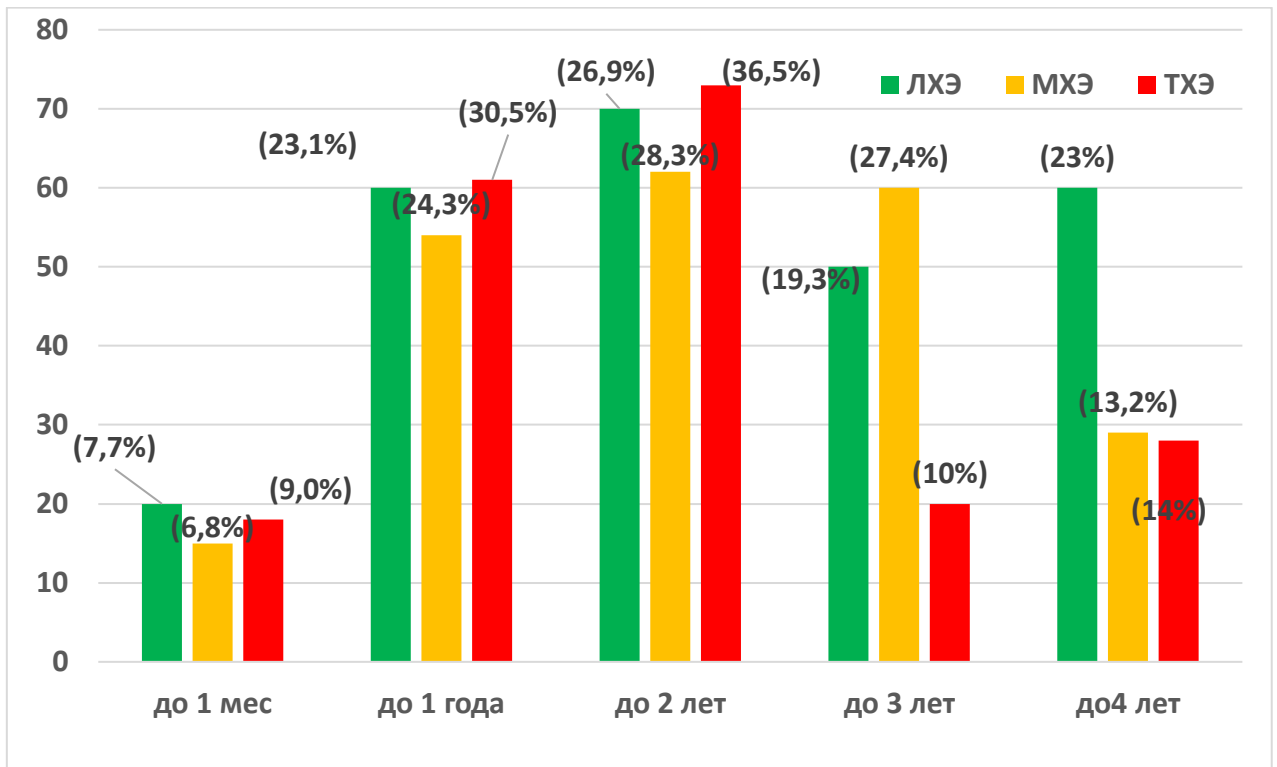


Рис. 4. Длительность калькулезного холецистита у обследованных больных

Данные рисунка свидетельствуют, что у более половины - 433 (63,6%) - пациентов длительность заболевания составила менее двух лет. Среди 53 (7,8%) больных с анамнезом заболевания до 1 месяца преобладала острая форма калькулезного холецистита, при неэффективности консервативного купирования воспалительного процесса в желчном пузыре предпочтение отдавалось выполнению традиционной холецистэктомии. У подавляющего большинства пациентов с длительным течением калькулёзного холецистита, более одного года, оперативное лечение заключалось в применении миниинвазивных методик, среди которых преобладала лапароскопическая холецистэктомия.

Распределение больных в зависимости от количества болевых приступов представлено на рисунке 5.



Рис. 5. Распределение больных в зависимости от количества болевых приступов

Как видно из рисунка, большинство пациентов имело от 1 до 3 болевых приступов. Кроме того, у 10% пациентов течение калькулёзного холецистита сопровождалось пятью и более приступами, что свидетельствовало о вероятных фиброзно-пластических изменениях стенки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки и могло затруднить оперативные манипуляции в этой области, становясь причиной перехода на лапаротомию.

Распределение больных в зависимости от времени, прошедшего после последнего болевого приступа, представлено на рисунке 6 (следует отметить, что последним приступом также считается болевой синдром, с которым пациент был госпитализирован в стационар).

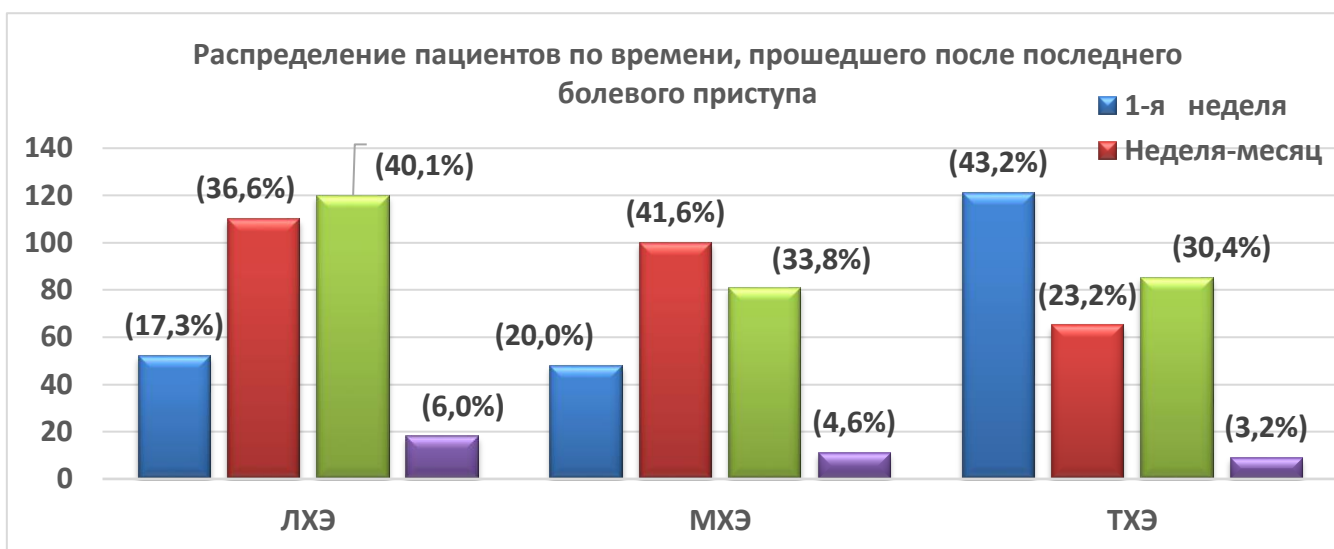


Рис. 6. Распределение пациентов по времени, прошедшим после последнего болевого приступа

Данные показатели свидетельствуют о том, что почти у половины больных время, прошедшее от последнего болевого приступа, составило одну неделю до острого или затухающего воспалительного процесса, оно играло важную роль при выборе тактики, метода хирургического лечения и прогнозирования возможных трудностей во время оперативного вмешательства. Так, в первых двух группах пациентов, преобладали больные с давностью последнего болевого приступа от недели до 1 года. Среди больных, перенесших традиционное хирургическое вмешательство на желчном пузыре, большинство составили пациенты, у которых последний болевой приступ возник менее одной недели до операции. Большое значение нами придавалось предоперационному ультразвуковому обследованию. Необходимыми задачами являлось определение наличия и размеров конкрементов, состояния стенки желчного пузыря, наличия или отсутствия плотного перивезикального инфильтрата, выявление косвенных признаков спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости, подтверждение отсутствия патологии желчевыводящих протоков и поджелудочной железы. Наличие острого калькулезного холецистита, осложненного перитонитом, нами рассматривалось как показание к традиционному хирургическому вмешательству, выполненному у 11

(3,9%) больных в экстренном порядке. Выбор хирургического вмешательства на желчном пузыре продолжался нами во время выполнения лапароскопического вмешательства. Вначале оценивалась возможность выполнения ЛХЭ. Плотный перивезикальный инфильтрат, в 6-х случаях с абсцедированием, затрудняющий идентификацию элементов шейки желчного пузыря, послужил причиной конверсии на минилапаротомный доступ у 12 (2,9%) больных. Показаниями к конверсии также стали: невозможность дифференцировки элементов шейки желчного пузыря в течение 60 минут (6 больных) повреждение при разделении перивезикального инфильтрата ободочной кишки (3 пациента) и 12-перстной кишки (2 больной). Интраоперационное повреждение холедоха во время выполнения ЛХЭ произошло у 2-х больных. Неэффективность хирургических манипуляций через узкую минилапаротомную рану потребовала расширения доступа до традиционных размеров у 9 пациентов.

Таким образом, у 540 (65,8%) больных был обнаружен хронический калькулезный холецистит. В подавляющем большинстве случаев (58,5%) данным пациентам был предпринят миниинвазивный вариант холецистэктомии, среди которых преобладала лапароскопическая холецистэктомия (55,5%). 81 (27,0%) пациент поступил в экстренном порядке с острым воспалительным процессом. В этой группе 19 (23,5%) пациентам нам удалось выполнить миниинвазивные вмешательства: лапароскопическую холецистэктомию, а также операцию из мини доступа. Остальным 62 (76,5%) больным с манифестирующим деструктивным воспалительным процессом в желчном пузыре и окружающих его тканей, крайне затрудняющих выполнение миниинвазивной операции, осуществлена холецистэктомия из широкого лапаротомного доступа с применением традиционного хирургического инструментария. Следует отметить, что в настоящее время при наличии противопоказаний к ЛХЭ или затруднений при её выполнении, как правило, ставится вопрос о применении холецистэктомии из минидоступа.



Рис. 7. Распределение больных в зависимости от клинической формы калькулезного холецистита

Известно, что холедохолитиаз, как возможное осложнение ЖКБ, требует дополнительного хирургического вмешательства, заключающегося в холедохолитотомии или эндоскопической санации желчевыводящих путей (ЭПСТ, литоэкстракции). По нашему мнению, данные манипуляции, а также возможный холестатический синдром могут привести к изменению сравнительной структуры отдаленных результатов и качества жизни пациентов после хирургического лечения ЖКБ. В связи с этим в исследуемую группу не вошли пациенты с сопутствующим холедохолитиазом.

При выборе метода выполнения оперативного вмешательства также учитывалась выявленная при предоперационном обследовании пациентов сопутствующая патология, которая обнаружена у 557 (67,9%) пациентов (рис. 8).

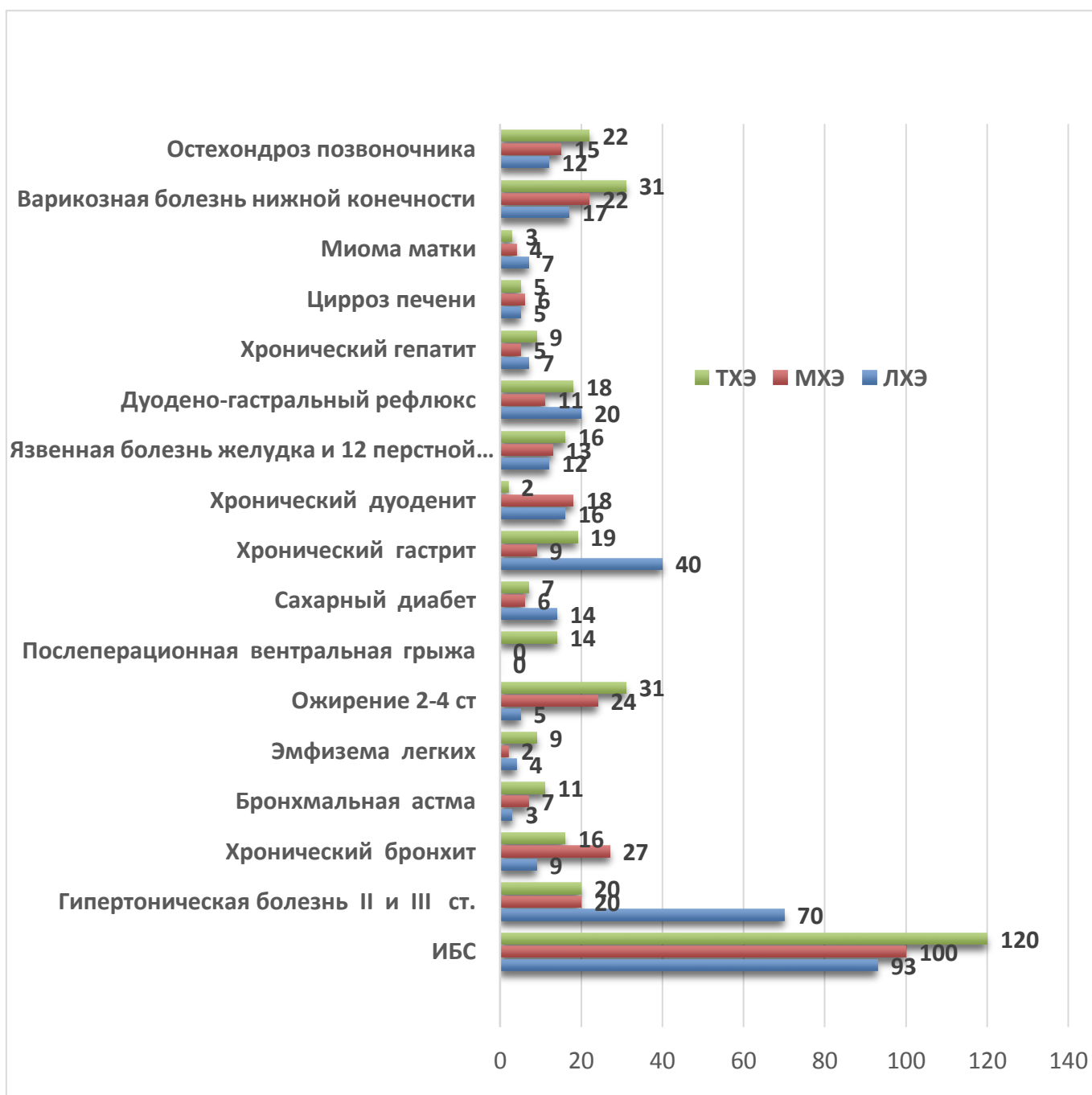


Рис. 8. Распределение пациентов в зависимости от сопутствующей патологии

У 423 больных с патологией сердечно-сосудистой и у 88 пациентов - пульмонологической системы выполнена миниинвазивная лапароскопическая методика и холецистэктомия из минидоступа. В группе больных с патологией сердечно-легочной системы в стадии суб- и декомпенсации методике минидоступа отдавали предпочтение в связи с отсутствием отрицательного влияния напряженного карбоксиперитонеума на организм пациентов. Из-

вестно, что выраженное ожирение является противопоказанием к миниинвазивным операциям. В этой связи в группе пациентов с ожирением 2-4 ст. мы отдавали предпочтение лапароскопическому (14) вмешательству и традиционному вмешательству (15). В случае необходимости проведения оперативного вмешательства при наличии рефлюкс-эзофагита (49), послеоперационной грыжи при необходимости проведения грыжесечения потребовалось проведение симультанных операций и выполнение традиционного вмешательства. Лапароскопическая холецистэктомия выполнялась по стандартной методике из 4-х проколов передней брюшной стенки с созданием карбоксиперитонеума под давлением 8-12 мм рт.ст. Для операции использовались эндохирургические инструменты и аппаратура фирм «Wisapa. KStorse», Германия и «Эндомедиум», Россия. Мини холецистэктомию больным выполняли, используя набор инструментов фирмы «SAN» и традиционный набор хирургических инструментов. Традиционная холецистэктомия выполнялась по стандартной методике с применением косого лапаротомного доступа в правом подреберье или верхне-срединной лапаротомии с использованием традиционного набора инструментария.

По срокам нетрудоспособности оперированные пациенты были разделены на 2 группы: до 1 месяца, более 1 месяца. В группу неработающих (446 пациентов) вошли пациенты, не работающие по старости, собственному желанию, матери в отпуске по уходу за ребенком, безработные (рис. 9).

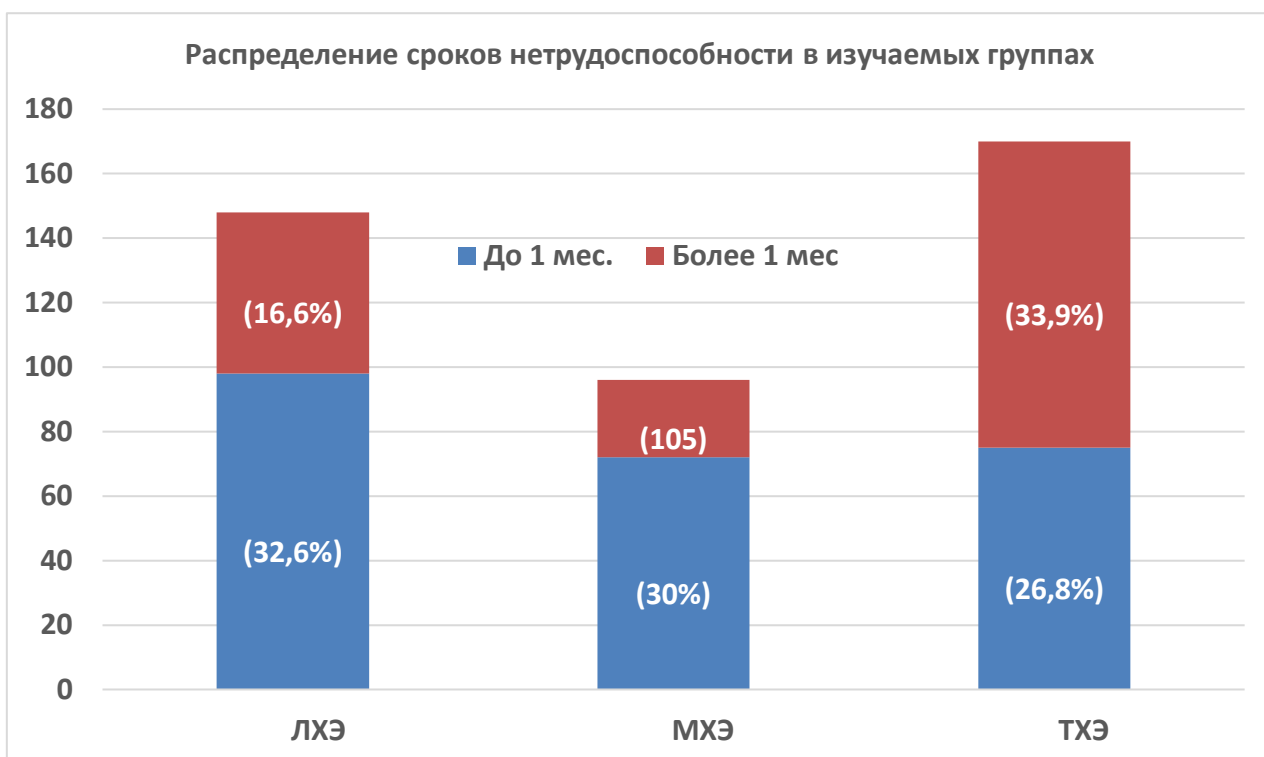


Рис. 9. Распределение больных по срокам нетрудоспособности в изучаемых группах

Данные рисунка 9 свидетельствуют о том, что длительность нетрудоспособности более одного месяца чаще всего отмечалась в группе пациентов, перенесших традиционную холецистэктомию.

2.2. Изучение отдаленных результатов

Одной из задач, необходимых для достижения поставленной перед научным исследованием цели, является сравнительный анализ параметров качества жизни пациентов в отдаленном периоде после операции и характера отдаленных результатов оперативного вмешательства. Для этого произведено изучение отдаленных результатов в группах пациентов после ЛХЭ, МХЭ и ТХЭ с помощью скрининг-метода, включающего в себя анкетирование больных в сроки от 1 года до 2-х лет после хирургического вмешательства. Распределение больных в зависимости от сроков анкетирования после операции представлено на рисунке 10.

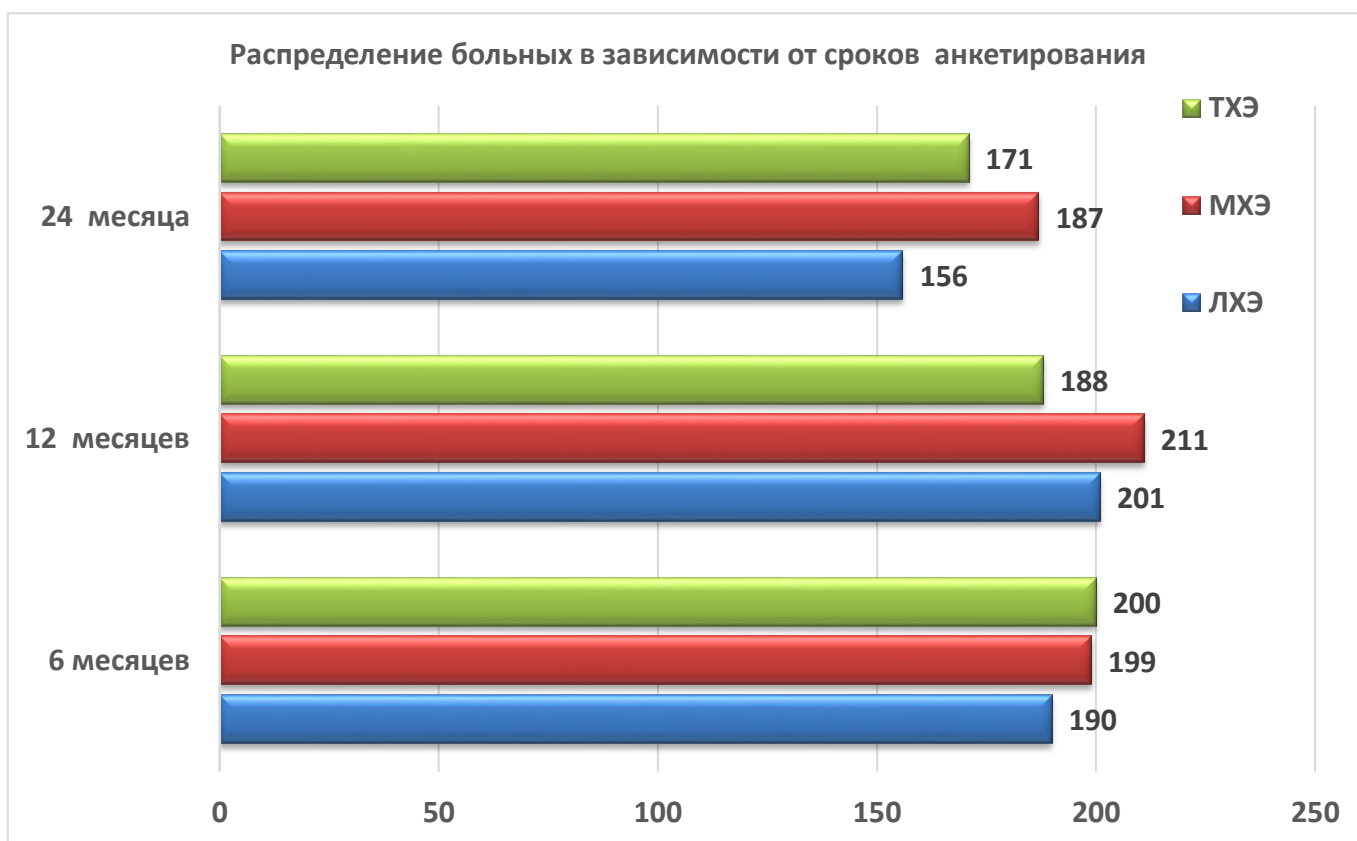


Рис. 10. Распределение больных по срокам анкетирования

По данным большинства авторов, параметрами, характеризующими отдаленные результаты хирургического вмешательства, являются наличие у пациентов болей, расстройств пищеварения, прогрессирования фоновых сопутствующих и конкурирующих заболеваний, приводящих к ухудшению общего состояния больных [Атмурзаев 2006;Shumaker 1995].

На основании полученных данных была создана анкета, содержащая следующие вопросы.

1. Удовлетворены ли Вы результатами операции?
2. Беспокоит ли Вас боль в животе?
3. В каком месте живота отмечается боль?
4. Какой характер носит боль? (ноющий, режущий, колющий)
5. Частота боли? (постоянная, периодическая)
6. Интенсивность боли? (слабая, сильная)

7. Через какой промежуток времени после операции появилась боль?
8. С чем вы связываете появление боли?
9. Какие лекарства принимаете от боли?
10. Что, кроме боли, Вас беспокоит в данное время?
11. Оцените Вашу повседневную активность: слабая, удовлетворительная, хорошая.
12. Соблюдаете ли Вы диету?
13. Длительность нахождения на больничном листе после выписки из стационара?
14. Отмечаете ли Вы снижение массы тела после операции? Если да, то на сколько килограммов?
15. Характер стула: нормальный, запоры, поносы, нерегулярный.
16. Связываете ли Вы эти жалобы с другим заболеванием? Если да, то с каким?
17. Была ли после выписки из стационара желтуха?
18. Наблюдается ли у Вас тошнота, рвота, изжога?
19. Продолжаете ли Вы лечиться после выписки из стационара самостоятельно, в поликлинике, стационаре (да, нет). По поводу какого заболевания?
20. Были ли повторные операции на желчных путях?
21. Работаете ли Вы: на прежней работе, сменили работу по болезни, не работаете по возрасту?
22. Как Вы оцениваете своё самочувствие в настоящий момент (хорошее удовлетворительное, неудовлетворительное).

Больным требовалось ответить «да» или «нет», подчеркнуть уже присутствующие ответы либо вписать необходимое. При необходимости больные были вызваны в ОКБ, где они прошли обследование с использованием выше перечисленных методик для выявления причин удовлетворительных и неудовлетворительных отдаленных результатов хирургического лечения.

Общая оценка отдаленных результатов проводилась с использованием стандартной трехбалльной системы: хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный.

В группу с хорошими отдаленными результатами вошли пациенты, у которых общее состояние было хорошим, они не предъявляли каких-либо жалоб, считали себя полностью здоровыми, работали на прежней работе, не соблюдали диету, оценивали свою повседневную активность как нормальную. Удовлетворительные результаты констатировали при удовлетворительном состоянии больных, когда пациенты отмечали улучшение самочувствия, но отмечали периодические боли в правом подреберье или эпигастральной области, проявления диспепсических расстройств. К больным с неудовлетворительными результатами относили пациентов с выраженными жалобами на болевой синдром, диспепсию, необходимость лечения у хирурга, сменивших работу по болезни.

На основании полученных данных проводилась сравнительная оценка отдаленных результатов больных с калькулезным холециститом после различных вариантов холецистэктомии.

2.3. Изучение качества жизни у изучаемой группы пациентов

Для анализа показателей качества жизни нами проведено тестирование пациентов, перенесших ЛХЭ, МХЭ и ТХЭ с использованием русскоязычной версии общего опросника SF-36, являющегося пока единственным опросником, прошедшим весь цикл культурной адаптации к русскоязычным респондентам, и универсальным для различных нозологий [Сенкевич, 1999].

Опросник SF-36 содержит следующие вопросы

1. В целом, Вы бы оценили состояние Вашего здоровья как:

Отличное	1
Очень хорошее	2
Хорошее	3

Посредственное	4
Плохое	5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад?

Значительно лучше	1
Несколько лучше	2
Примерно также	3
Несколько хуже	4
Гораздо хуже	5

3. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

	Да, значительно	Да, немного	Нет
а) тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта	1	2	3
б) умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать ягоды и грибы	1	2	3
в) поднять и 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

3. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

	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 работ или другой деятельности	1	2
г) Были трудности при выполнении своей работы или других дел(например,они потребовали дополнительных услуг)	1	2

4. Было ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

	Да	Нет
а) пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
б) выполнили меньше, чем хотели	1	2
в) выполнили свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

5. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

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

7. Насколько сильно физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

Совсем не испытывал	1
Очень слабую	2
Слабую	3

Умеренную	4
Сильную	5
Очень сильную	6

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешали Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)?

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

9. В течение последних 4 недель Вы: (дайте один ответ на каждый вопрос)

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

10. Как часто за последние 4 недели Ваши физические или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т.п.).

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 перечисленных утверждений?

	Верно	В основном, верно	Незнаю	В основном, неверно	Не верно
а) мне кажется, что я более склонен к болезням чем другие	1	2	3	4	5
б) мое здоровье не хуже, чем у большинства знакомых	1	2	3	4	5
в) я ожидаю, что мое здоровье улучшится	1	2	3	4	5
г) у меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Методика вычисления показателей представлена в таблице 1.

При исследовании использовалась методика «двойного» теста, т.е. мы изучали уровень качества жизни больных до и после хирургического лечения.

Таблица 1

Методика вычисления показателей по вопроснику SF-36

Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения	Возможный диапазон значений
Физическая работоспособность (ФР)	3а+3б+3в+3г+3д+3е+3ж+3з+3и+3к+	10 - 20	20
Физическое состояние (ФС)	4а+4б+4в+4г	4 - 8	4
Болевой синдром (БС)	7+8	2 - 12	10
Общее здоровье(ОЗ)	1+11а+11б+11в+11г	5 - 25	20
Энергичность (Эн)	9а+9д+9ж+9н	4 - 24	20
Социальная роль (СР)	6 + 10	2 - 10	8
Эмоциональное состояние (ЭС)	5а+5б+5в	3 - 6	3
Психическое здоровье (ПЗ)	9б+9а+9г+9е+9з	5 - 30	25

Критериями КЖ по SF-36 являются [Сенкевич, 1999]:

1. Физическая работоспособность (ФР) (Physical Functioning). Субъективная оценка респондентом объёма своей повседневной физической нагрузки, неограниченной состоянием здоровья в настоящее время. Прямая связь: чем выше показатель, тем большую физическую нагрузку, по мнению респондента, он может выполнить.

2. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (ФС) (Role Physical). Субъективная оценка респондентом степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной проблемами со здоровьем, за последние 4 недели. Прямая связь: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, проблемы со здоровьем ограничивают его повседневную деятельность.

3. Болевой синдром (БС) (BodilyPain). Характеризует роль субъективных болевых ощущений респондента в ограничении его повседневной деятельности за последние 4 недели. Прямая связь: чем выше показатель, тем больше, по мнению респондента, болевое ощущение вмешивается в его повседневную деятельность.

4. Общее здоровье (ОЗ) (GeneralHealth). Субъективная оценка респондентом общего состояния своего здоровья в настоящее время. Обратная связь: чем выше показатель, тем лучше воспринимает респондент свое здоровье в целом.

5. Энергичность (Эн) (Vitalite). Субъективная оценка респондентом своего тонуса (бодрость, энергия и пр.) за последние 4 недели. Прямая связь: чем выше респондент оценивает свой жизненный тонус, т.е. больше времени за последние 4 недели он ощущал себя бодрым и полным сил.

6. Социальная роль (СР) (SocialFunctioning). Субъективная оценка респондентом уровня своих взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами по работе и другим коллективом за последние 4 недели. Прямая связь: чем выше показатель, тем выше респондент оценивает уровень своих социальных связей.

7. Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (ЭС) (Role-Emotional). Субъективная оценка респондентом степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами, за последние 4 недели. Обратная связь: чем выше показатель, тем выше, по мнению респондента, его эмоциональное состояние вмешивается в повседневную деятельность, т.е. тем выше показатель, тем он лучше.

8. Психическое здоровье (ПЗ) (MentalHealth). Субъективная оценка респондентом своего настроения (счастье, спокойствие, умиротворенность и пр.) за последние 4 недели. Прямая связь: чем выше показатель, тем лучше настроение было у респондента, т.е. он больше времени за последние 4 недели чувствовал себя спокойным и умиротворенным.

Результаты предоставляются в виде оценок в баллах по этим 8 шкалам в диапазоне от 1 до 100, где более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» (ФКЗ) и «психологический компонент здоровья» (ПКЗ). При расчете физического компонента здоровья используются шкалы: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья. Психологический компонент здоровья рассчитывается на основании данных шкал психического здоровья, ролевого эмоционального функционирования, социального функционирования и жизненной активности.

Клинические точки исследования качества жизни у пациентов, перенесших холецистэктомию:

- 1 точка - день госпитализации в стационар (до операции);
- 2 точка - через 6 месяцев после операции (завершение ранней реабилитации, начало трудовой деятельности);
- 3 точка - через 24 месяца после операции.

Правила работы с анкетой объяснялись во время первого заполнения, впоследствии пациенты заполняли анкету самостоятельно. Доля пропущенных ответов для всех анкет составила 5,5%. Не менее, чем на 50% вопросов каждой анкеты ответили 85% опрашиваемых, 82% анкет не имели логических противоречий. Расчет показателей выполнялся с использованием статистического пакета Microsoft Excel-98 и методов статистического анализа [Мороз Ю.В., 1999] Следует, отметить, что при этом опирались на нормальный закон распределения и равенство генеральных дисперсий изучаемых величин. Далее проводился сравнительный анализ качества жизни больных до и после различных видов холецистэктомии, с учетом возраста пациентов, а также в зависимости от характера отдаленных результатов оперативного вмешательства.

ства, возраста, психоневрологического состояния, наличия сердечной недостаточности и их влияния на качество жизни, медико-социальную реабилитацию пациентов и сроки анкетирования, прошедшие после операции.

2.4. Изучение когнитивных нарушений у изучаемой группы пациентов

Диагностический поиск при наличии когнитивных нарушений включает два основных этапа. На первом этапе осуществляется синдромальная диагностика, которая включает установление факта снижения когнитивной способности, по сравнению с индивидуальной нормой, и оценку тяжести когнитивных нарушений. В клинической практике для диагностики когнитивных нарушений используют стандартные и скрининговые нейропсихические тесты. Использование стандартных тестов требует применения специального реквизита и привлечения нейропсихолога. Большинство стандартных тестов не адаптированы к национальным социокультуральным особенностям. Скрининговые нейропсихологические шкалы были специально разработаны для широкого применения в клинической практике, и каждый из разработанных тестов оценивает одну когнитивную функцию. В большинстве случаев для первичной синдромальной диагностики когнитивных нарушений достаточно применения скрининговых нейропсихологических шкал [Шенцев М.В. 2005; Арден Д. 2007; Усенко Л.В., и др.2008]. В большинстве случаев для первичной синдромальной диагностики когнитивных нарушений достаточно применения скрининговых нейропсихических шкал. Рекомендуют для широкого применения в клинической практике ниже перечисленные методики:

- краткую шкалу оценки психологического статуса;
- тест рисования часов;
- тест 5 слов;
- батарею тестов на лобную дисфункцию.

Наиболее хорошо зарекомендовала себя скрининговая шкала, которая используется уже более 30 лет неврологами и психиатрами большинства

стран мира, - краткая шкала оценки психического статуса «Mini-MentalstateExaminationMMSE». Данная шкала представляет собой набор из 11 проб, оценивающих ориентировку по времени и месту, повторение слов, счет, слухоречевую память, название предметов по показу, понимание команды, чтение письма и рисунок, описание проб, методику их применения.

Общий результат:

Краткая шкала оценки психического статуса.

Оценка (баллы)

1. Ориентировка во времени:

Назовите дату (число, месяц, год, день недели, время года) 0 - 5

2. Ориентировка по месту:

Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, комната) 0 - 5

3. Восприятие:

Повторите три слова: лимон, ключ, шар 0 – 3

4. Концентрация внимания:

Серийный счет (от 100 отнять 7) пять раз 0 - 5

5. Память: припомните три слова (см. п. 3) 0 - 5

6. Называние:

(ручка и часы) 0 - 2

7. Повторите предложение:

«Никаких если, и, или, но» 0 - 1

8. 3-этапная команда

«Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол»

0 - 3

9. Чтение:

Прочтите и выполните «Закройте глаза» 0 - 1

10. Напишите предложение 0 - 1

11. Срисуйте рисунок 0 - 1

Общий балл 0 - 30

Общий результат теста рассчитывается путем суммиции результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тексте можно набрать 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным дисфункциям. Чем меньше результат теста, тем более выражен когнитивный дефицит. По данным разных исследователей, результаты краткой шкалы оценки психического статуса могут быть интерпретированы следующим образом:

28 - 30 баллов нет нарушений когнитивных функции или легкие когнитивные нарушения;

25 – 27 баллов – умеренные когнитивные нарушения;

20 - 24 балла – деменция легкой степени нарушения;

11 – 19 балла – деменция умеренной степени выраженности;

0 – 10 балла – тяжелая деменция.

В последнее время в обиход клиницистов прочно входит тест рисование часов. Данная методика является одной из самых простых и в тоже время, высокочувствительной. Пациента просят самостоятельно нарисовать круглый циферблат часов с цифрами и стрелками, которые бы указывали заданное врачом время. При этом желательно использовать чистую белую бумагу без линейки и клеток.

Существует несколько методик интерпретации рисунка больного. Одну из наиболее употребительных приведем ниже.

Методика изучения произвольного внимания по Векслеру: «расстановка чисел». Инструкция: испытуемый в течение 2 минут должен расставить в свободных клетках бланка для заполнения в возрастном порядке числа, которые расположены в стимульном материале в 25 клетках верхнего квадрата бланка. Числа записываются построчно, никаких отметок в верхнем квадрате делать нельзя. Оценка производится по количеству правильно записанных чисел. Средняя норма 22 числа и выше.

Распределение и переключение внимания по Шульте. Исследование проводится с помощью специальных бланков, на которых 25 красных и 24

черных чисел. Испытуемые должны отыскивать попеременно красные числа возрастающей степени, черные в убывающем порядке в течение 5 минут, записывая результаты столбцами. Инструкция: «На вашем бланке 25 красных и 24 черных числа. Нужно отыскивать красные числа от 1 до 25 в возрастающей последовательности, а черные от 24 до 1 в убывающем порядке. Числа отыскиваются поочередно: 1-красное, 24 - черное; 2 - красное; 23-черное; 3 - красное и так далее. Сумма двух чисел, красного и черного, всегда равна.

Методы изучения уровня избирательности и концентрации внимания по Мюнстербергу. Инструкция: среди буквенного текста имеются слова. Задача испытуемого «Среди буквенного текста имеются слова. Задача испытуемого найти слова подчеркнуть. Оценка результатов: оценивается количество выделенных слов и количество ошибок, то есть пропущенных и неправильно выделенных слов. Всего в тексте содержится 25 слов. Результаты оцениваются при помощи шкалы оценок, которой баллы начисляют в зависимости от затраченного на поиск слов времени. За каждое пропущенное слово снижается по одному баллу.

Методика изучения устойчивости внимания «Корректирующая проба Бурдона». Инструкция: испытуемый начинает искать и вычеркивать в каждой строке лежащего перед ним листа буквы А, М, К, З. Работать нужно внимательно и как можно быстрее. Вначале будет минута упражнения. Затем основная работа в течение пяти минут, причем по истечении каждой минуты и в ответ на команду руководителя (врача): «ставьте крест» испытуемый ставит его в том месте где, сейчас работает. Работа прекращается по команде «Довольно». Обработка результатов: вычисляются показатель концентрации K , для чего необходимо подсчитать общее количество правильно зачеркнутых букв- n_1 ; количество пропусков букв А, М, К, З- n_2 ; количество ошибочно зачеркнутых букв – n_3 ; общее количество в просмотренных строках букв А,М,К, З, подлежащих вычеркиванию – n . Показатель концентрации внимания K вычисляются как отношение

$$K = \frac{n_1 - n_2 - n_3}{n} \times 100\%$$

Результат качественной оценки устойчивости внимания в зависимости от величины коэффициента составляет: очень хороший 81-100%, хороший 61-80%, средний 41-60% и плохой 21-40%.

Метод изучения «Интеллектуальная лабильность». Описание: методика состоит из ряда нескольких несложных заданий, которые зачитываются врачом, на чтение каждого отводится от 3 до 5 секунд. Ответы испытуемого фиксируются на специальном бланке. Методика предназначена для взрослых испытуемых. Оценка производится по количеству ошибок. Ошибкой считается и пропущенное задание. Нормы выполнения: 0-4 ошибки – хорошая способность; 5-9 ошибок - средняя лабильность; 10-14 ошибок - низкая лабильность, трудности в переобучении; 15 и более ошибок - мало успешен в любой деятельности, в учебной в том числе.

У большинства лиц пожилого и старческого возрастов, помимо хирургической патологии, имеются сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой, невролого-эндокринной систем, помимо этого, отмечено усиление негативного воздействия анестезиологических и хирургических факторов после оперативного лечения [Рудин Э.П., и др 1999; Гальперин Э.И. 2004; Абдувоситов Х.А. 2007] на органы жизнеобеспечения и снижение основной функции мозга, памяти - в 70% случаев [Яхно Н.Н. Захаров В.В. 1997; Захаров В.В. 2012; Eby E.M. et al 1998]. Все это повышает в разы неблагоприятное течение послеоперационного периода у пациентов преклонного возраста, вследствие развития диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ), которая является осложнением ишемической болезни сердца и гипертонической болезни, а также предиктором острой и хронической сердечной недостаточности в 30-40% случаев [Бардулин Н.М. 2001; Никифоров Ю.В. Спирочкин Д.Ю. 2004; Zabaidita M., et al 1998; Kabboni S.S. 2000].

У наблюдаемых нами 423 (51,6%) больных с желчнокаменной болезнью отмечено наличие сопутствующей патологии в виде ишемической болезни

сердца и гипертонической болезни. В связи с этим нами до операции и после холецистэктомии на 6, 12 и 24 месяцах после оперативного лечения у обследованных пациентов всех возрастных групп реографически исследовалась система гемодинамики и трансмитральный диастолический поток на ДЭКГ на аппарате Toshiba Core Viaion PROModel SSA 350 A [Матвеева В.Р. Сандрикова В.А. 1998].

Для исследования качества жизни пациентов с ДДЛЖ был использован Миннесотский опросник для больных с сердечной недостаточностью (СН). Он содержит 21 вопрос, ответы на которые позволят определить, насколько имеющаяся СН ограничивает физическую возможность, психическую сферу, уровень независимости, социальные взаимоотношения и духовную среду. В итоге набранная сумма баллов может быть от 0 до 105. Большая величина КЖ респондента свидетельствует о более низком уровне КЖ, а меньшая - о более высоком уровне КЖ [Осипов Д.А.; СоhlJ., 1989]. Для определения депрессии использовалась психологическая шкала Гамильтона (CESD) [СоhlJ. 1989; Симоненкова В.И. 2008], уровня тревоги - HDRS [Смулевич А.Б., и др. 2005].

Миннесотский опросник о качестве жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью (MLHFQ)

Мешала ли Вам сердечная недостаточность жить так, как хотелось бы, в течение последнего месяца и по какой причине?

- 1) из-за отеков голеней, стоп - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 2) из-за необходимости отдыхать днем - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 3) из-за трудности подъема по лестнице - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 4) из-за трудности работать на дому - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 5) из-за трудности с поездками вне дома - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 6) из-за нарушения ночного сна - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 7) из-за трудности общения с друзьями - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 8) из-за снижения заработка - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 9) из-за невозможности заниматься спортом, хобби - 0, 1, 2, 3, 4, 5

- 10) из-за сексуальных нарушений - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 11) из-за ограничений в еде- 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 12) из-за чувства нехватки воздуха - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 13) из-за необходимости лежать в больнице - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 14) из-за чувства слабости, вялости - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 15) из-за необходимости платить - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 16) из-за побочного действия лекарств - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 17) из-за ощущения себя обузой для родных - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 18) из-за чувства потери контроля - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 19) из-за чувства беспокойства - 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 20) из-за ухудшения внимания, памяти 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 21) из-за чувства депрессии 0, 1, 2, 3, 4, 5

Варианты ответов: 0 - нет; 1 - очень мало; 5 очень много

Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Объективные методы исследования

До операции и в послеоперационном периоде диагностический алгоритм соответствовал требованиям медико-экономического стандарта, разработанного для пациентов с острым калькулезным холециститом (МКБ К80.0). Отбор пациентов осуществляли на основании результатов оценки качества жизни. Повторно были госпитализированы и обследованы больные со сниженным качеством жизни. В тех случаях, когда по результатам обследования удавалось установить причину снижения качества жизни, проводилось соответствующее лечение с повторной оценкой качества жизни через полгода (4 точка). В стационаре, кроме рутинных лабораторных методов, применяли фиброгастродуоденоскопию, функциональное ультразвуковое исследование и др.

Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) была выполнена всем пациентам в течение первых суток пребывания в стационаре. Исследование проводили натощак. Обращали внимание на наличие воспалительных язвенных поражений верхнего отдела пищеварительного тракта, присутствие желчи в двенадцатиперстной кишке, ее характер. При осмотре большого дуоденального сосочка оценивали вид продольной дуоденальной складки, наличие папиллярных дивертикулов, цвет и размеры папиллы, поступление желчи в двенадцатиперстную кишку. При явлениях стенозирующего папиллита отмечалась гиперемия БДС, увеличение его размеров в сочетании с трудностями при попытках канюляции папиллы.

Обзорное УЗИ органов брюшной полости было проведено всем больным с помощью аппарата фирмы «Аloka» (Япония) конвексным датчиком с частотой 3,5 МГц. У части пациентов для решения вопроса о функциональной или органической природе нарушения желчеоттока выполнена функциональная сонография по оригинальной методике. Эхография билиарной системы после холецистэктомии нередко затруднена из-за спаечного процесса, выраженного пневматоза кишечника, грубого послеоперационного рубца, что требует проведения тщательной подготовки к УЗИ. Исследование выполнялось утром, натощак. Для подготовки к УЗИ пациентам вечером назначалась очистительная клизма и прием эспумизана по 1 таблетке 3 раза на протяжении суток. В процессе исследования оценивалась ширина общего желчного протока. Считали, что проток не расширен в случаях, когда внутренний диаметр не превышал 6 миллиметров, сомнительно расширен - диаметр 7-8 миллиметров, умеренно расширен - 9-10 миллиметров и безусловно расширен - 11-15 миллиметров. Кроме диаметра обращали внимание на наличие просвета желчевыводящих путей пузырьков газа (аэробилия) и конкрементов. Прямых эхографических признаков, указывающих на воспалительное изменение стенок общего желчного протока после холецистэктомии, не существует. Однако у части больных с соответствующими клиническими симптомами возможны следующие изменения: повышение эхоплотности стенок ге-

патокохоледоха, утолщение стенок холедоха до 3-4 миллиметров, нечеткость контуров протока и их прерывистость, неравномерность просвета общего желчного протока, появление в просвете холедоха гиперэхогенных пристеночных микровключений, повышенная эхогенность жидкостного содержимого холедоха. Считается, что наличие 4 из вышеперечисленных признаков позволяет с высокой долей вероятности предположить наличие холангита. При ПХЭС нередко наблюдаются изменения в поджелудочной железе, чаще всего в виде хронического воспалительного процесса. Обращали внимание на эхоплотность паренхимы поджелудочной железы и ширину Вирсунгова протока. Главный панкреатический проток считали расширенным при внутреннем диаметре свыше 5 миллиметров. Фиксировали наличие сонографических признаков патологии печени, оценивали величину правой и левой долей, эхоплотность, размеры селезенки, наличие расширения воротной и селезеночной вен, а также присутствие жидкости в свободной брюшной полости.

С точки зрения выбора обоснованной лечебной тактики принципиальным является вопрос определения природы (функциональной или органической) нарушения проходимости большого дуоденального сосочка (БДС). Прямых эхопризнаков стеноза или дисфункции БДС не существует. Однако с помощью фармакологического воздействия на интенсивность желчеотделения и тонуса сфинктера Одди с достаточно большой долей вероятности можно установить причину билиарной гипертензии. Для решения этой задачи был разработан способ функциональной сонографии желчевыводящих путей. Суть метода заключается в следующем: утром натощак производилось ультразвуковое исследование желчевыводящих путей, оценивалась ширина холедоха. Затем для повышения тонуса сфинктера Одди подкожно вводили 2 миллилитра 0,05% раствора прозерина, а для стимуляции желчеотделения пациенты выпивали 100 миллилитров теплой воды с растворенными в ней 20 граммами сорбита. В течение последующего часа сонографию с измерением ширины холедоха проводили через каждые 30 минут. Расширение-

общего желчного протока более чем на 2 миллиметра от первоначальных размеров считали проявлением билиарной гипертензии вследствие наличия препятствия в терминальном отделе желчевыводящих путей. После этого больные принимали атропино-новокаиновый коктейль (2 миллилитра 0,1% раствора новокаина и 10 миллилитров 2% раствора новокаина), и в течение последующего часа дважды, через каждые 30 минут, им вновь измеряли ширину холедоха с помощью ультразвукового сканера. При функциональных дисфункциях сфинктера Одди ширина холедоха уменьшалась до первоначальных размеров, а при стенотическом поражении БДС общий желчный проток оставался «расширенным». Пациентов с сомнительными результатами (уменьшение диаметра холедоха после приема атропина в пределах 1 миллиметра, которое может быть обусловлено ошибкой измерения) относили к группе дисфункции сфинктера Одди смешанной этиологии.

2.5. Методы лечения

В тех случаях, когда снижение качества жизни после холецистэктомии было обусловлено функциональными нарушениями в желчевыводящей системе, больным назначали патогенетическое лечение, направленное на устранение патологии желчевыводящих путей, восстановление моторики кишечника, коррекцию ферментативной недостаточности, кишечного биоценоза, гепатопротекцию. Программа лечения включала изменение пищевого поведения: ограничение приема пищи в течение первых суток пребывания в стационаре, затем переход на 4-разовое питание с исключением из рациона жирных, жареных, острых и кислых продуктов, однократное внутривенное введение смеси Сальникова с но-шпой, назначение препаратов, обеспечивающих снижение тонуса сфинктера Одди (дюспаталин ретард капсулы по 200 миллиграммов, по 1 капсуле 2 раза в сутки за 20 минут до еды в течение 14 дней), ферментотерапию (креон 10000 по 1 капсуле во время еды в течение 2 недель), восстановление функции печени (гепабене по 1 капсуле 3 раза в

сутки после еды), селективную деконтаминацию толстого кишечника (ципрофлоксацин 250 миллиграммов, по 1 таблетке 2 раза в сутки после еды в течение 5-7 дней). После завершения курса антибиотикотерапии назначали пребиотики и пробиотики (линекс по 1 капсуле 3 раза в сутки после еды в течение 1 недели в сочетании (у пациентов с диареей) с хилаком форте по 40 капель 3 раза в сутки в течение 1 недели, а у пациентов с запорами - с дюфалаком (по 5 миллилитров 3 раза в сутки до еды).

У части больных в результате комплексного обследования были выявлены органические причины нарушения желчеоттока - стеноз папиллы, парапапиллярные дивертикулы. В этих случаях применяли эндоскопическую папиллосфинктеротомию. Для профилактики постпапиллотомических осложнений до и после проведения ЭПСТ назначали подкожное введение 100 миллиграммов сандостатина. С целью премедикации за 30 минут до операции вводили 1 мл раствора бускопана, 1 мл 2% раствора промедола, 2 мл раствора реланиума и 1 мл 1 % раствора димедрола. ЭПСТ выполняли с помощью дуоденоскопа JF-1T10 фирмы «Olympus» (Япония) эндоскопы этой серии снабжены оптикой с обратным обзором под углом 150, что позволяет уверенно визуализировать большой дуоденальный сосочек. Для электрохирургических манипуляций в области БДС использовался аппарат серии PSD также выпускаемый фирмой «Olympus» (Япония). Выбор конструкции папиллотома зависел от техники предполагаемого вмешательства. В большинстве случаев операция была произведена канюляционным способом. В большой дуоденальный сосочек вводился катетер папиллотома, выполнялось контрастирование желчевыводящих путей, затем натягивалась токопроводящая струна и выполнялось электрохирургическое рассечение папиллы длиной до 25 миллиметров (в среднем 15-17 миллиметров). Неподвижное положение дистального конца папиллотомического катетера в общем желчном протоке позволяло проводить рассечение в строго заданном направлении, а возможность

сочетать степень натяжения токопроводящей струны с различными режимами высокочастотного тока - дозировать скорость и длину разреза.

Для лечения когнитивных нарушений у пациентов использован «Проноран», который обладает не только когнитивсберегающим действием, но и когнитиввосстанавливающим эффектом. Такая послеоперационная стратегия обеспечивает сохранение и даже улучшение соматического и психического статусов, а, следовательно, и качества жизни пациентов среднего и пожилого возраста в отдаленном послеоперационном периоде. Препарат нами использован, согласно инструкции, больным среднего возраста по 50 мг в день, пожилого возраста - по 50 мг 2 раза в сутки.

Для лечения диастолической дисфункции левого желудочка использован препарат телмисартан, благоприятное действие которого на ДДЛЖ связано с воздействием на ремоделирование миокарда и уменьшение его массы, обратное развитие фиброза и повышение эластичности стенки левого желудочка. Относится также к группе цереброактивных средств, проявляет ноотропные, противоишемические и антиоксидантные свойства, фармакологический эффект препарата обусловлен взаимопотенцирующим действием. Воздействуя непосредственно на головной мозг, улучшает такие функции, как обучение, память, внимание и сознание, не оказывая седативного или психостимулирующего воздействия. Гемореологические эффекты препарата связаны с его влиянием на эритроциты, тромбоциты и стенку сосудов. Телмисартан улучшает интегративную и когнитивную деятельность мозга, способствует процессу обучения, устраняет амнезию, повышает показатели кратковременной и долговременной памяти. Улучшение диастолической функции ЛЖ наблюдается в достаточно короткие сроки, как правило, уже через 8-16 недель терапии. Применяют внутрь, за 30 мин до еды 40 мг - 1 таблетку.

Для ликвидации возникшей после холецистэктомии дисфункции желудочно-кишечного тракта части больных предложена диета № 5, химический состав и калорийность – углеводы 400-500 г (70-80 г сахара), белки 80-100 г,

жиры 60% (животные) и 30% (растительные); 2800-3900 ккал, натрий хлор-10 г, свободная жидкость 1,5-2,0 литра. Другим пациентам назначен пантопрозол, который снижает уровень кислотности желудка, что пропорционально приводит к повышению содержания гастрина. Для лечения рефлексной болезни легкой и тяжелой степеней применяли 1 таблетку (20 мг), при этом через 3-4 недели исчезали симптомы. Пантопрозол также обладает антибактериальной активностью в отношении *Helicobacter pylori* и способствует проявлению антихеликобактерного эффекта других препаратов. Третьей группе пациентов для лечения дисфункции ЖКТ использована комбинация пантопрозола с гастрином. Последний состоит из различных экстрактов: тыквы, который улучшает работу печени, заметно активизируется моторика тонкого кишечника, нормализуется кишечная микрофлора, ликвидируется болевой и диспепсический синдромы, оказывает регенерирующий эффект при гастритах и гастродуоденитах; масляный экстракт укропа оказывает благоприятное действие на микрофлору всего пищеварительного тракта и улучшает перистальтику кишечника, тонизируя и укрепляя его мускулатуру; масляный экстракт фенхеля обладает спазмолитическим и мочегонным действиями; экстракт кориандра обладает желчегонным, болеутоляющим, антисептическими свойствами. Препарат полезен при гастритах, а также язве желудка и 12-перстной кишки.

ГЛАВА 3. СТЕПЕНЬ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА, КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА, ДО ОПЕРАЦИИ

Неблагоприятные неврологические исходы при операции у пациентов преклонного возраста включают нарушения со стороны центральной нервной системы (ЦНС) в виде ухудшений когнитивной дисфункции[202]. Частота неврологических осложнений варьируется в зависимости от вида хирургического вмешательства, сопутствующей патологии и возраста пациента. Неблагоприятные последствия со стороны ЦНС после операции ассоциируются со смертностью [Richards T. 2011]. Несмотря на это, многие вопросы диагностики и лечения когнитивных нарушений ЦНС до сих пор остаются неразрешенными[67]. В литературе мало освещены вопросы, касающиеся психоневрологического статуса и диастолической дисфункции левого желудочка сердца, а также их влияния на качества жизни до операции у больных ЖКБ с учетом возраста. Часто лечащие врачи встречаются с больными, которые перед операцией не жаловались на наличие психоневрологической дисфункции и диастолической дисфункции левого желудочка сердца. При их установлении требуется коррекция обнаруженной патологии.

Всем больным проводилось комплексное общесоматическое, лабораторное, инструментальное обследование и показателей изменения качества жизни опросником SF-36. Психологический статус по опроснику MMSE и когнитивные дисфункции исследовались тестом произвольного внимания по Векслеру; концентрация внимания, коэффициент точности внимания, продуктивность внимания - по Бурдону; распределение и переключение внимания - по Шульте, избирательность внимания - по Мюнстербергу.

При исследовании качества жизни у пациентов желчнокаменной болезнью до операции прослеживается значимое снижение физических и психических компонентов шкал пациентов пожилого и старческого возрастов при

сравнении с идентичными показателями шкал среднего возраста (табл. 2, рис. 11, 12).

Таблица 2

Показатели шкал опросника SF-36 у обследованных пациентов до операции

Шкалы	Средний возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст
PF	74,5±2,2	67,8±2,0*	56,4±1,9*+
RP	76,4±2,4	58,7±2,3*	49,6±2,0*+
BP	31,4±2,2	30,7±2,1	29,4±1,8
GH	67,6±2,4	64,8±2,3	52,8±2,2*+
VT	76,4±2,6	49,4±2,1*	38,7±1,8*+
SF	76,7±2,3	60,6±2,1*	42,6±2,3*+
RE	78,6±2,6	60,8±2,7*	50,7±2,5*+
MH	71,9±2,4	54,7±1,6*	49,6±2,8*

Примечание - достоверность показателей по отношению к группе среднего возраста * - $p < 0,05$; +достоверность показателей больных старческой группы по отношению к пожилой ($p < 0,05$).

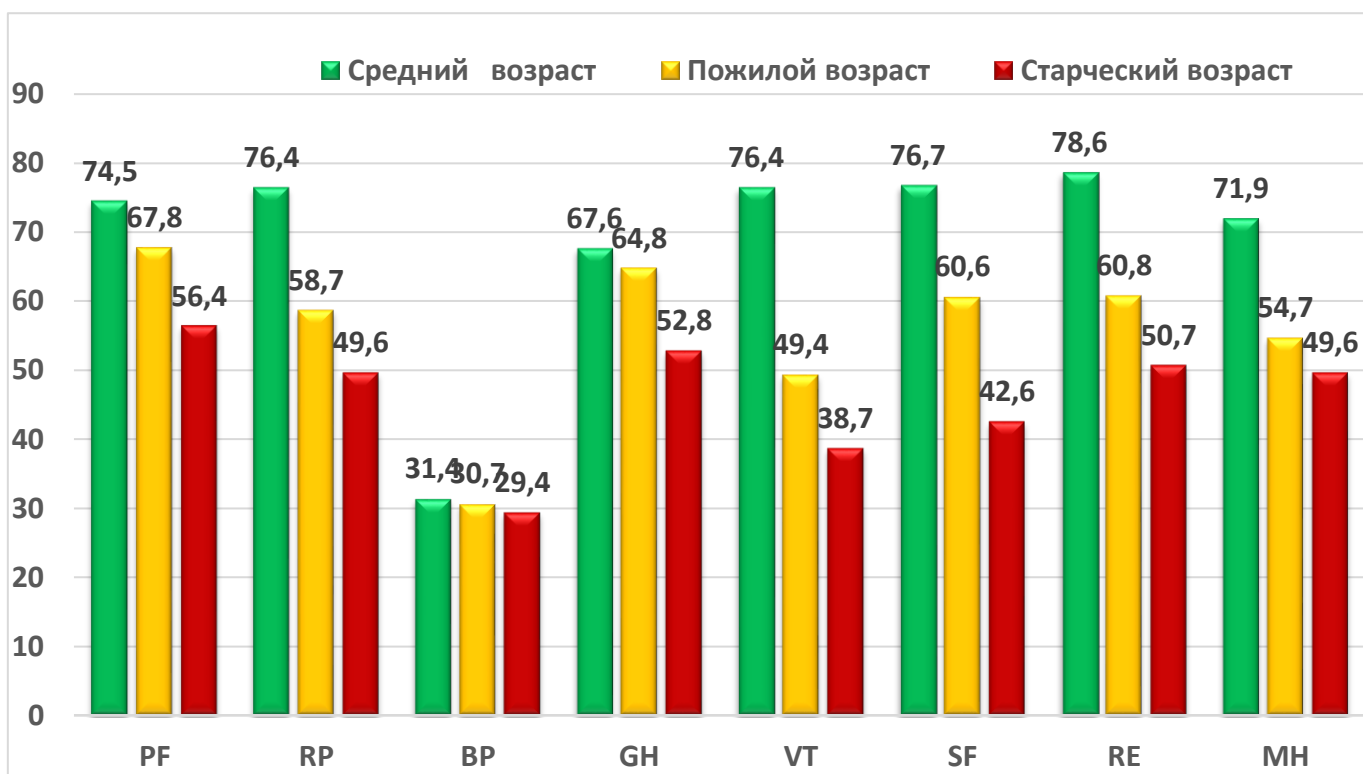


Рис. 11. 1-средний возраст, 2- пожилой возраст, 3-старческий возраст

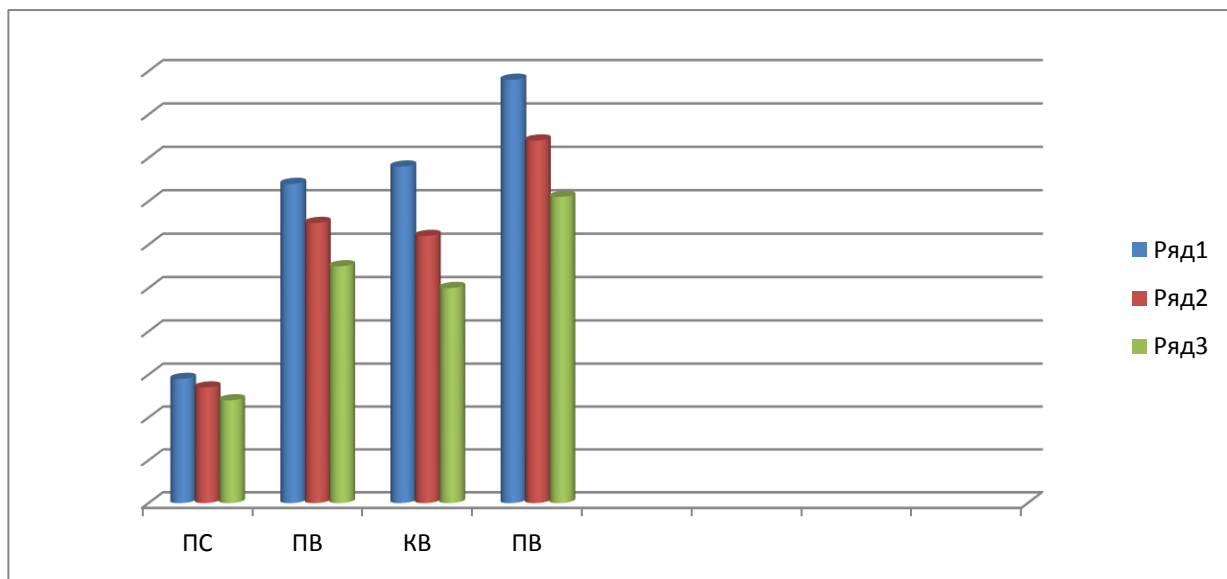


Рис. 12. Психоневрологический статус пациентов до операции: ПС-психоневрологический статус,ПВ- произвольное внимание; КВ-концентрация внимания;ПВ-продуктивность внимания; 1- средний возраст, 2-пожилой возраст, 3 -старческий возраст.

При сопоставлении физических и психических шкал опросника отмечается снижение их показателей в группе преклонного возраста, эти данные

более выражены у респондентов старческих лет при сравнении с показателями среднего возраста. При сопоставлении по показателям, физическая нагрузка, ограничивающая состояние здоровья (PF), снижена у респондентов пожилого возраста, по сравнению со средним, на 9,9%, со старческой группой - на 32,1% ($p < 0,05$). Ограничение повседневной деятельности (RP) снижено у респондентов пожилого возраста на 30,1%, старческого возраста - на 54,0%, по сравнению с показателями средней группы ($p < 0,01$). Болевые ощущения (BP), ограничивающие повседневную деятельность, у пациентов пожилого возраста увеличены на 2,2%, у больных старческой группы - на 6,8%, по сравнению со средней группой. Оценка шкалы общего состояния здоровья (GH) у респондентов пожилого возраста снижена на 4,3%, у респондентов старческого возраста - на 28,0% соответственно со средней группой ($p < 0,05$). Субъективная оценка своего тонуса (VT) также снижена у респондентов пожилого возраста на 54,6%, старческого возраста - на 97,4% в сравнении со средней группой ($p < 0,01$). Уровень взаимоотношений с друзьями, родственниками и коллегами (SF) был снижен у респондентов пожилого возраста на 26,5%, у респондентов старческого возраста - на 80,0%, со средней группой ($p < 0,05$), степень ограничения своей повседневной деятельности (RE) снижена у респондентов пожилого возраста на 29,3%, у респондентов старческой группы - на 55,0%. Показатель субъективной оценки своего настроенная (MH) был снижен у респондентов пожилого возраста на 31,4%, у респондентов старческого возраста - на 44,9%, сравнительно со средней группой ($p < 0,01$). Исследование психического статуса по методике «MMSE» у респондентов среднего возраста с наличием ЖКБ в среднем оценено в $29,21 \pm 0,48$ балла, что указывает на отсутствие когнитивной дисфункции. У респондентов пожилого возраста этот показатель равен в среднем $27,11 \pm 0,39$ балла, что указывает на наличие КД легкой степени; у респондентов старческого возраста эта цифра в среднем составляла $24,45 \pm 0,62$ балла и характеризует КД тяжелой степени или деменцию легкой степени. У пациентов пожи-

лого возраста психоневрологический статус был снижен на 13,3%, у пациентов старческого возраста - на 34,3% при сопоставлении с результатами больных среднего возраста ($p < 0,01$). При исследовании произвольного внимания по Векслеру у пациентов среднего возраста оно равнялось $74,64 \pm 1,81\%$, пожилого возраста - $65,88 \pm 1,54\%$, старческого - $55,58 \pm 1,25\%$; концентрация внимания по Бурдону в среднем возрасте равнялась $78,51 \pm 1,81\%$, пожилым - $62,21 \pm 1,25\%$, старческом - $50,93 \pm 1,34\%$; коэффициент точности внимания у пациентов среднего возраста составлял $0,88 \pm 0,016\%$, у пациентов пожилого возраста - $0,78 \pm 0,023\%$ и в старческом возрасте - $0,67 \pm 0,024\%$; продуктивность внимания у пациентов среднего возраста составляла $98,87 \pm 1,32\%$, пожилого возраста - $84,01 \pm 1,09\%$, старческого - $71,27 \pm 1,37\%$; распределение и переключение внимания по Шультеу пациентов среднего возраста равнялись $8,74 \pm 0,51$ баллам, пожилого - $7,26 \pm 0,37$ и у пациентов старческого возраста - $6,12 \pm 0,31$; избирательность внимания по Мюнстербергу у пациентов среднего возраста составляла $8,42 \pm 0,68$ балла, у пациентов пожилого возраста - $6,21 \pm 0,31$ балла, у пациентов старческого возраста - $4,82 \pm 0,34$ ($p < 0,05$). Интеллектуальная способность у пациентов среднего возраста составляла $4,15 \pm 0,3\%$, у пациентов пожилого возраста - $5,82 \pm 0,7\%$ и у пациентов старческого возраста - в среднем $6,64 \pm 0,8\%$.

Таким образом, исследование состояния нейропсихического статуса и оценка его влияния на качество жизни по опроснику SF-36 пациентов с ЖКБ с учетом возраста до операции показали, что у них наблюдается сочетание в различной степени когнитивных расстройств. Изменения нарушений высших психических функций могут достигать значительной выраженности, существенно ограничивая качество жизни пациентов, глубина их зависит от возраста пациента.

При исследовании психоневрологического статуса по методике «MMSE» у пациентов с желчнокаменной болезнью среднего возраста выявлено в среднем $29,21 \pm 0,48$ балла и констатировано удовлетворительное со-

стояние нейропсихического статуса. В исходном периоде отмечено умеренное снижение показателей по шкалам (PF),(RP),(BP), (GH),(VT),(SF),(RE) и (MH) вследствие наличия болевого синдрома, однако, на фоне хорошей интеллектуальной способности. У пациентов пожилого возраста нейропсихический статус равнялась в среднем $27,11 \pm 0,39$ баллам, что соответствует умеренной степени когнитивных нарушений, был снижен на 13,3% при сопоставлении с данным больных среднего возраста ($p < 0,05$). У больных пожилого возраста прослеживается изменение психоневрологического статуса в зависимости от истощения адаптационных и компенсаторных ресурсов, характеризующее умеренным проявлением модально неспецифических мнестических нарушений с дисфункцией произвольного, концентрационного, продуктивного внимания. Качество жизни снижено более значительно у больных на фоне выраженного болевого синдрома, по сравнению со средним возрастом пациентов, как физической, так и психологической сфер качества жизни у пациентов пожилого возраста, на фоне умеренного снижения интеллектуальной лабильности. У пациентов старческого возраста изменение психоневрологического статуса в среднем равнялась $24,45 \pm 0,62$ баллам, диагностировалась КД тяжелой степени или деменция легкой степени, она была на 34,3% балла ниже при сопоставлении с результатом среднего возраста ($p < 0,01$). Характеризовалась выраженностью нарушений произвольного, концентрационного, продуктивного, избирательного и точного внимания.

Описанные нарушения свидетельствуют о несостоятельности регуляторной и контрольной деятельности пациентов. Качество жизни у данной группы пациентов характеризовалось выраженным снижением физических и психологических компонентов шкал социального уровня взаимоотношений (SF) и эмоционального ограничения своей повседневной деятельности (RE) здоровья пациентов, по сравнению с группами среднего и пожилого возрастов ($p < 0,05$), кроме психологического (MH) и болевого синдромов (BP). Общие инволюционные изменения органов и систем при соче-

тании с сопутствующими заболеваниями ухудшают прогноз и снижают качество жизни больных пожилого и старческого возрастов.

3.1. Состояние гомеостаза у больных желчнокаменной болезнью с ишемической болезнью сердца и учетом возраста, до операции

У пациентов в пожилом возрасте в 6-10% встречаются заболевания системы кровообращения, и это является частой причиной стационарного лечения. За последние 15 лет число госпитализированных по поводу сердечной недостаточности утроилось, а риск внезапного летального исхода у данной категории пациентов в 5 раз выше [Кузнецова С.А. 2009]. На данный период доказанным является факт влияния ишемии миокарда на процесс несостоятельности диастолического кровенаполнения левого желудочка [3]. Так как расслабление левого желудочка в раннюю диастолу является собой активный энергозависимый процесс, дефицит энергии способствует возрастанию жесткости и ригидности левого желудочка. Выявлена прямая связь между выраженностью гипоксии и интенсивностью липопероксидации [Желнов В.В., и др. 2000].

Некоторые авторы [Владимиров Ю.А., и др. [2000 А.П. Власов и др. [1999]] указывают на нарушение липидного обмена, в том числе и процессов ПОЛ, при остром холецистите. Интенсификация ПОЛ, выявленная у обследованных больных с ЖКБ, обусловлена как наличием собственного холецистаза, так и присутствием сопутствующих заболеваний, активирующих свободнорадикальные процессы. Сопоставление клинических данных и результатов инструментальных и лабораторных исследований в исследуемых группах больных желчнокаменной болезнью представлено в таблице 3. Всего было обследовано 2 пациента: 1-я группа - 15 больных среднего возраста, 2-я - 20 больных пожилого возраста, 3-я - 27 пациентов старческого возраста с ЖКБ. Группы пожилого и старческого возрастов были сформированы по нозологическим критериям ИБС, диагно-

зустановленврачом-кардиологомвсоответствииисМКБ-10. В группу пожилого возраста вошли пациенты с диагнозом:«ИБС, стабильная стенокардия напряжения II (подгруппа 1А - 20 человек) старческого возраста, подгруппу1Б составили27человекссердечно-сосудистой недостаточностью II и III функциональными классами ИБС.

Концентрация кислорода в артериальной и венозной крови у респондентов средних лет была в пределах физиологических норм (рис. 12). При сопоставлении pO_2 в артериальной кровиУпациентов пожилого возрастаона была снижена на 5,6% в артериальной и на 10,0% в венозной крови, по сравнению с больными предыдущей возрастной группы. При этом у респондентов старческого возрастаона 6,9% и 13,17% ($p<0,05$) - соответственно.

Концентрация углекислого газа (CO_2) в артериальной крови у респондентов пожилого возраста, по сравнениюсосредним, была повышенной на 6,6%, старческим- на 8,8% ($p>0,05$), концентрация углекислого газа в венозной крови соответственно на 7,2% ($p>0,05$) и 13,5% ($p<0,05$)при сопоставлении с данными группы больных среднего возраста. На фоне выявленных изменений концентрации газов в артериальной и венозной крови, мы исследоваликислотно-основное состояние (КОС) у данной категории пациентов. Согласно полученным данным, прослеживается тенденция к возрастанию активности крови у пожилыхреспондентов на 1,1%, старческого возраста- на 1,4%, посравнению с данных группы средних лет. Умеренное повышение активности крови сопровождается снижением концентрации бикарбоната у пожилых респондентов на 11,1%, старческого возраста лет на 29,0%, при сравнении с данным пациентов средних лет- $22,61\pm 2,31$ ммоль/л ($p>0,05$). Отмечается значимый сдвиг буферного эквивалента в сторону ацидоза, при этом он был повышенупожилых больных на 44,6%, старческого возраста - на 67,4% при сравнении с показателями группы средних лет ($p<0,05$).

Таблица 3

Состояние кислородного режима и кислотно-основного состояния у больных ЖКБ с ИБС с учетом возраста в момент госпитализации (M±m)

Параметры	Возраст		
	Средний n= 15	пожилой n=20	старческий n=27
Pa O ₂ , мм рт.ст.	84,12±1,34	79,36±1,96	78,29±1,64*
PvO ₂ , ммрт.ст.	40,21±1,16	36,52±1,36	35,36±1,94*
PaCO ₂ , ммрт.ст.	36,24±1,36	38,64±1,49	39,44±1,98
PvCO ₂ , мм рт.ст	44,36±2,04	47,56±2,01	50,38±2,14*
pH, усл. ед.	7,39±0,04	7,31±0,06	7,29±0,03*
AB, моль/л	22,61±2,31	20,34±1,84	17,52±1,66
BE, моль/л	1,41±0,96	- 2,04±0,79	- 2,36±0,84

Примечание - достоверность показателей по отношению к группе среднего возраста * - p<0,05

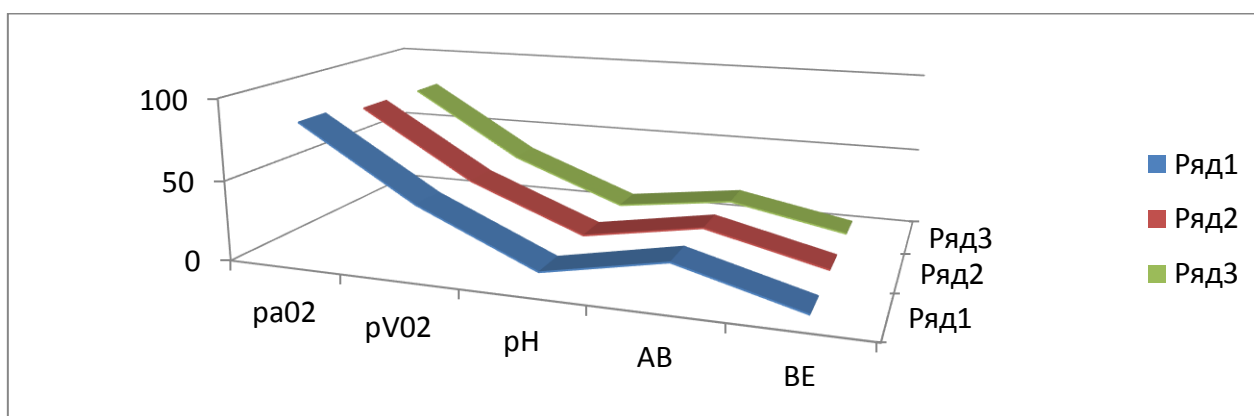


Рис. 13. Показатели кислотно-основного состояния и газов в артериальной и венозной крови; 1 - средний возраст, 2- пожилой возраст, 3- старчески

Следовательно, у больных пожилого и старческого возраста до операции на желчном пузыре имелась умеренная гипоксемия в артериальной и смешанной венозной крови на фоне компенсированного метаболического ацидоза. Интегральным показателем состояния оксигенации тканей является величина концентрации кислорода в венозной крови. Уровень кислоро-

да(PvO_2), составляющий в норме 39-42 мм рт.ст. и определяющий его градиент между тканями и кровью, косвенно отражая величину напряжения кислорода в тканях, т.е. степень гипоксии. Концентрация в PvO_2 у больных пожилого возраста составляет $36,52 \pm 1,36$, старческого - $35,37 \pm 1,94$ мм рт.ст., что свидетельствует об имеющейся у данной категории пациентов гипоксии тканей легкой степени.

Исследование состояния перекисного окисления липидов в венозной крови (табл. 4), а именно его первичного продукта в виде диеновых конъюгатов (ДК), выявило, что у пожилых пациентов, по сравнению с группой средних лет, отмечается значимое повышение на 37,9%, в старческом возрасте - на 59,2% ($p < 0,05$). Концентрация малонового диальдегида (МДА) в венозной крови была повышена на 43,0% у пожилых больных ($p > 0,05$), старческого возраста - на 65,2 % ($p < 0,05$), по сравнению с показателями группы больных средних лет. Отмечается снижение концентрации водорастворимых антиоксидантов на 26,6% в пожилом возрасте ($p > 0,05$) и на 38,3% - в старческом ($p < 0,05$), по сравнению со средневозрастным периодом лет. Концентрация жирорастворимых антиоксидантов в пожилом возрасте снижена на 9,5% ($p > 0,05$), в старческом - на 19,0% ($p < 0,05$), по сравнению с показателями группы средних лет.

Таблица 4

Интенсивность перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у больных ЖКБ и ИБС разного возраста в момент госпитализации ($M \pm m$)

Показатели	Возраст		
	средний n=15	пожилой n=15	старческий n=27
ДК, Е 232, мл	$2,11 \pm 0,21$	$2,910,42$	$3,36 \pm 0,51^*$
МДА, ммоль/л	$1,93 \pm 0,35$	$2,76 \pm 0,43$	$3,19 \pm 0,61^*$
АО, водор./л	$0,6 \pm 0,03$	$0,44 \pm 0,05$	$0,37 \pm 0,06^*$
АО, жирор., мэкв/л	$0,21 \pm 0,01$	$0,19 \pm 0,04$	$0,17 \pm 0,03$

Следовательно, согласно полученным данным (табл. 4), повышение концентрации липопероксидации в венозной крови у больных пожилого и старческого возрастов, по сравнению с данными группы среднего возраста, сопровождается подавлением обеих фракций антиоксидантной системы на фоне легкой гипоксемии и гиперкапнии. Снижение общего буфера и повышение буферного эквивалента крови до операции на желчном пузыре указывают на нарушение физико-химических свойств мембран клеток у лиц пожилого и старческого возраста.

Исследование состояния нейропсихического статуса и его влияния на жизнеспособность по опроснику SF-36 у пациентов с желчнокаменной болезнью с учетом возраста до операции свидетельствует об удовлетворительном состоянии нейропсихического статуса у пациентов средних лет. В преклонном возрасте отмечаются его изменения в зависимости от степени тяжести, истощения адаптационных и компенсаторных ресурсов. Инволюционные изменения органов и систем при наличии сопутствующих заболеваний ухудшают прогноз, снижают жизнеспособность пациентов преклонных лет.

У больных среднего возраста исследование нейропсихического статуса по методике MMSE показало удовлетворительные данные, которые равнялись в среднем $29,21 \pm 0,48$ балла. Исследование произвольного внимания по Векслеру составляло $74,64 \pm 1,81\%$, концентрация внимания по Бурдону - $78,51 \pm 1,41\%$, распределение и переключение внимания по Шульте - $8,74 \pm 0,51$ балла, избирательность внимания по Мюнстербергу - $8,32 \pm 0,68$ балла, т.е., они были удовлетворительными на фоне хорошей интеллектуальной способности. Оценивая качество жизни, отмечается неограниченность состоянием здоровья пациентов среднего возраста. Ролью физического функционирования (PF) характеризуется полноценностью выполнения работы или повседневных обязанностей без проблем со здоровьем. Интенсивность болевого синдрома (BP) не ограничивает ролью физическую активность (RP).

Общее состояние здоровья (GH) выражает убежденность пациентов удовлетворительном состоянии своего здоровья. Социальное функционирование (SF) отражает способность пациента полноценно общаться с родственниками, друзьями, семьей, возможность адекватного профессионального общения. Роль эмоциональное функционирование (RP) оценивается отсутствием проблем с работой и другой привычной активностью из-за эмоциональных проблем. Респонденты чувствуют себя спокойными, умиротворенными в течение последнего месяца.

У пациентов пожилого возраста психоневрологический статус по шкале MMSE равнялся в среднем $27,11 \pm 0,39$ балла, т.е. был снижен при сравнении с показателями средних лет на 7,3% ($p < 0,05$), при этом диагностированы умеренные когнитивные нарушения. Исследование произвольного внимания по Векслеру у больных пожилого возраста составило $65,88 \pm 1,54\%$, концентрация внимания по Бурдону - $62,21 \pm 1,25\%$, коэффициент точности внимания - $0,78 \pm 0,023\%$, коэффициент продуктивности внимания - $84,01 \pm 1,09\%$, распределение и переключение внимания по Шульте - $7,21 \pm 0,37$ балла и избирательность внимания по Мюнстербергу - $6,21 \pm 0,31$ балла. Для данной группы снижения памяти были незначительными в стадии модально-неспецифического характера. Нарушения в равной степени затрагивали как объем, так и прочность памяти. Материал, объединенный в смысловые системы, запоминался лучше, чем неорганизованный по смыслу. Более выраженными оказались расстройства произвольного внимания. У большинства пациентов выявлялись трудности абстрагирования в пробе на объяснения переносного смысла пословиц. Отмечалась недостаточность активного внимания, при этом ошибки пациенты исправляли самостоятельно без врача. У больных пожилого возраста прослеживаются нарушения психоневрологического статуса с умеренными модально-неспецифическими мнестическими нарушениями. С дисфункцией произвольного, концентрационного продуктивного внимания. Качество жизни было сниженным на фоне выраженного

болевого синдрома, по сравнению с пациентами средних лет. В исходном периоде отмечено умеренное снижение повседневной физической нагрузки (PF), ограничение повседневной нагрузки (RP), повышение болевого синдрома (BP), снижение оценки общего здоровья (GH), снижение жизненной энергичности (VT), снижение взаимоотношения (SF), ограничение повседневной деятельности (RE), снижение настроения (MH) вследствие болевого синдрома на фоне удовлетворительной интеллектуальной способности. Нейропсихические расстройства могут проявляться как в форме пограничных нейропсихических расстройств, так и в виде выраженных расстройств психики, грубых расстройств памяти, слабоумия и др. Психоневрологические нарушения проявляются подавленностью, изменчивостью настроения, временами нарушениями сна из-за неприятных сновидений, неустойчивого настроения и волнения за благополучие близких и своё здоровье и пр. Интеллектуальные процессы утрачивают свою яркость, ассоциации становятся бедными. Новая информация усваивается с трудом или усваивается частично.

У больных старческого возраста нейропсихический статус по шкале MMSE равнялась в среднем $24,45 \pm 0,62$ балла, т.е. был снижен при сравнении с показателем средних лет на 16,3% ($p < 0,01$), пожилых лет - на 10,7% ($p < 0,05$). У них диагностированы когнитивные нарушения тяжелой степени или деменция легкой степени. Исследование произвольного внимания по Векслеру равнялось в среднем $55,58 \pm 1,81\%$, концентрация по Бурдону - $50,93 \pm 1,34\%$, коэффициент точности внимания - $0,67 \pm 0,024\%$, коэффициент продуктивности внимания - $71,27 \pm 1,37\%$, распределение и переключение внимания по Шульте - $6,12 \pm 0,31$ балла и избирательность внимания по Мюнстербергу - $4,82 \pm 0,34$. Их нейропсихический статус характеризовался выраженностью нарушения произвольного, концентрационного, продуктивного, избирательного и точного внимания. Данные нарушения свидетельствуют о несостоятельности регуляторных и контрольных деятельности пациентов. Качество жизни у пациентов старческого возраста характеризовалось значи-

мым снижением физической нагрузки (PF), ограничением повседневной деятельности (RP), общего состояния (GH), снижением бодрости и энергии (VT), своих взаимоотношений (SF), ограничением повседневной деятельности (RE), по сравнению с пациентами средних лет ($p < 0,05$). Одним из факторов снижения КЖ является наличие болевого синдрома (BP). При сопоставлении последнего с данными больных средних лет прослеживается снижение на 15,8%, а с группой пожилого возраста - на 28,4% ($p < 0,01$). У них отмечаются умеренные сложности при решении задач и анализе сходства и различий, которые оказывают негативное влияние на повседневную работу, препятствуют социальному взаимодействию (SF) за пределами дома. Они отмечают самостоятельные трудности в поиске слов, забывчивость имен людей, с которыми знакомятся. Эти люди не могут найти, куда положили важный предмет. Самостоятельно отмечается нарушение серийного счета. Нарушения могут сказываться и в семье. Респондент начинает отрицать имеющиеся у него нарушения. Проявляется умеренное беспокойство. Неспособны самостоятельно выполнить сложные задачи. В то же время, умеренно сохранена информация о себе и окружающих. Респонденты не забывают собственное имя, имя супруги и детей, однако, могут не знать по именам всех внуков, иногда путать их количество. Им не требуется посторонняя помощь при приеме пищи и отправлении естественных нужд, временами могут возникнуть трудности при одевании. Интеллектуальные процессы утрачивают свою яркость, ассоциации становятся бледными. Новая информация вообще не усваивается.

Таким образом, развитие нарушений кислородного режима, КОС, активация процессов перекисного окисления липидов, угнетение системы антиоксидантной защиты способствуют углублению инволюционных процессов в организме больных преклонного возраста, обуславливая развитие недостаточности транзитного кровотока у данной группы пациентов. А возникший вследствие гипозергоза метаболический ацидоз, активация процессов

перекисного окисления липидов на фоне угнетения систем антиоксидантной защиты определяют тяжесть состояния пациентов с желчнокаменной болезнью в этом возрасте сопутствующей ишемической болезнью сердца в момент госпитализации. Так, у 18 из 20 больных пожилого возраста и у 25 из 27 старческого диагностирована диастолическая дисфункция левого желудочка.

ГЛАВА 4. ВЛИЯНИЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И СТЕПЕНИ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ И ДОСТУПА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ НА ШЕСТОЙ МЕСЯЦ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

4.1. Психоневрологическое состояние и качество жизни пациентов среднего возраста с учетом доступа холецистэктомии спустя шесть месяцев после операции

На сегодняшний день психоневрологические осложнения в абдоминальной хирургии в основном представлены нарушениями когнитивных функций. Когнитивные функции -это психические процессы восприятия, памяти, а также обработки информации, которые позволяют приобретать знания, решать проблемы и создавать планы на будущее; эти процессы необходимы для нормальной повседневной жизни. Исходя из определения, послеоперационная когнитивная дисфункция (ПОКД) является нарушением данных процессов [Левиков Д.И., и др. 2013]. Несмотря на большое количество исследований и публикаций в области изучения причин этой проблемы, факторы риска и предикторы развития ПОКД до сих пор остаются до конца не выявленными. В литературе мало работ, касающихся влияния психоневрологического статуса на качество жизни и их зависимости от оперативного доступа и возраста больных ЖКБ. Состояние психоневрологического статуса по методике «MMSE» у пациентов среднего возраста на 6-ом месяце после холецистэктомии в среднем оценивалось в $26,82 \pm 0,64$ балла, что соответствует когнитивным нарушениям легкой степени. При сопоставлении этих данных после лапароскопической и минихолецистэктомии произвольное внимание по Векслеру у пациентов среднего возраста равнялась $58,36 \pm 1,25\%$ и $53,82 \pm 1,97\%$ соответственно операциям, с разницей $-7,7\%$; концентрация внимания по Бурдону - $48,21 \pm 1,16\%$ и $46,16 \pm 1,68\%$, разница $-4,3\%$; точность внимания - $0,56 \pm 0,011\%$ и $0,51 \pm 0,046\%$, разница $-8,9\%$ ($p < 0,05$); про-

дуктивность внимания - $51,14 \pm 1,32\%$ и $49,18 \pm 1,72\%$, разница-3,8%; распределение и переключение внимания по Шульте - $5,72 \pm 0,41$ и $5,52 \pm 0,51$, разница -3,5%, избирательность внимания по Мюстербергу - $5,81 \pm 0,51$ и $5,42 \pm 0,61$ балла соответственно с разницей -6,7% ($p > 0,05$).

Таблица 5

Показатели КЖ до и спустя 6 месяцев после операции у пациентов среднего возраста с учетом оперативного доступа (M±m)

Шкалы	До операц.	ЛХЭ	МХЭ	ТХЭ
PF	74,5±1,8	70,4±1,2	68,8±1,4*	64,1±1,2*
RP	76,4±1,5	71,4±1,9*	70,3±1,4*	65,9±1,7*
BP	31,4±1,4	30,3±1,7	29,4±1,2	28,3±1,6
GH	67,6±1,7	61,4±1,4*	60,6±1,6*	58,4±2,1*
MH	71,9±1,8	67,4±1,5	64,2±1,5*	60,3±1,3*
RE	78,6±1,4	71,1±1,6*	69,4±1,7*	66,3±1,7*
SF	76,7±1,5	70,7±1,5*	69,2±1,4*	65,0±1,8*
VT	76,4±2,6	70,1±2,8	68,1±2,5*	63,4±2,7*

Примечание: достоверность показателей по отношению к группе до операции * - $p < 0,05$

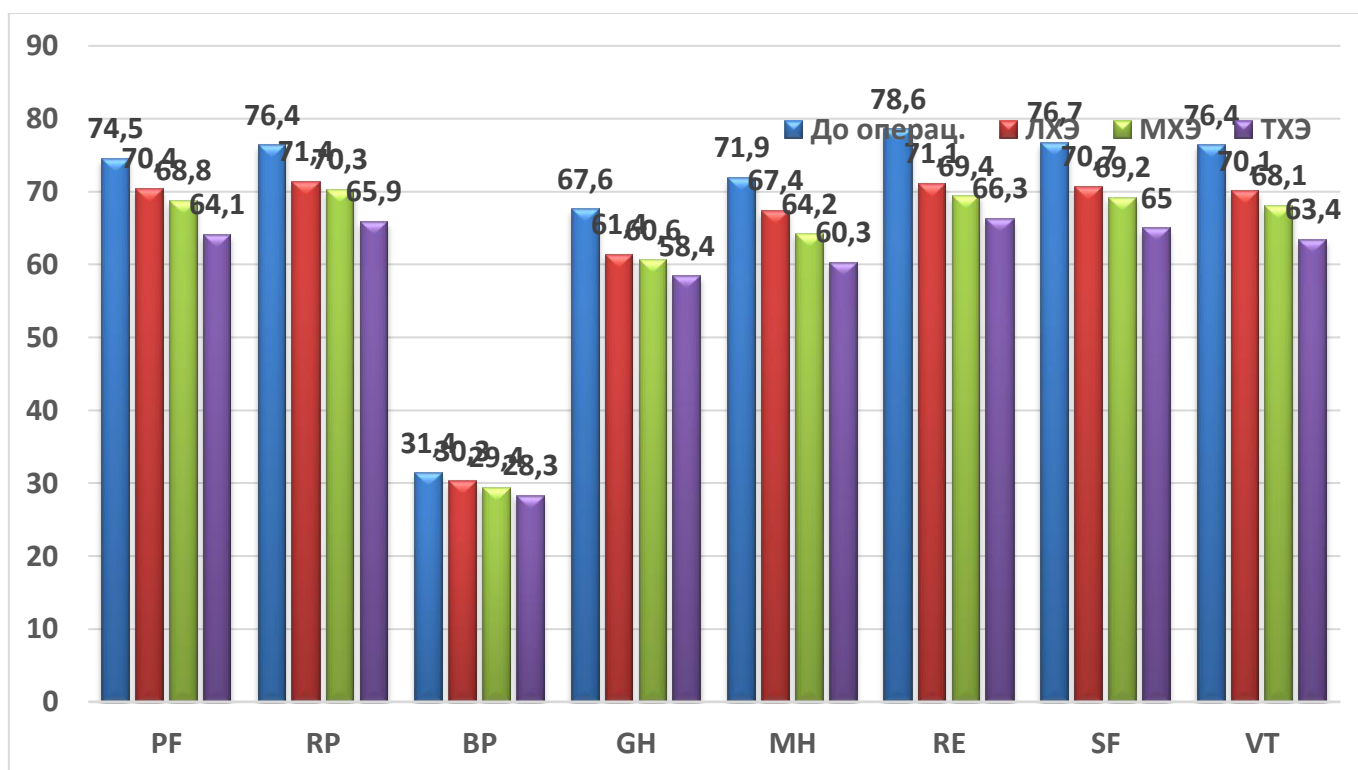


Рис. 13. Показатели КЖ до и на 6-ом месяце после операции пациентов среднего возраста с учетом оперативного доступа (достоверность показателей по отношению к группе до операции * - $p < 0,05$; 1- до операции; доступы 2-ЛХЭ, 3-МХЭ, 4 – ТХЭ)

При оценке КЖ у респондентов после ЛХЭ и МХЭ отмечалось его снижение после МХЭ: по выполнению объема физической нагрузки (PF) на 2,2%, ограничению повседневной деятельности (RP) - на 1,5%, повседневной деятельности респондента из-за болевого синдрома (BP) - на 2,9%, субъективной оценке общего состояния (GH) - на 1,3%, оценке настроения (MH) - на 4,7%, степени ограничения повседневной деятельности из-за эмоциональной проблемы (RE) - на 2,4%, оценке уровня взаимоотношений (SF) - на 2,1%, оценке бодрости и энергии (VT) - на 2,8%, по сравнению с лапароскопической холецистэктомией.

При сравнении операции минидоступом и традиционной холецистэктомии на 6-ом месяце у пациентов среднего возраста произвольное внимание по Векслеру составляло $53,82 \pm 1,97$ и $43,44 \pm 1,82$ с разницей -19,3%; концентрация внимания по Бурдону - $46,16 \pm 1,68\%$ и $38,61 \pm 1,69\%$ с разницей -16,3% ($p < 0,01$); точность внимания - $0,51 \pm 0,043$ и $0,44 \pm 0,046$ с разницей -13,7%; продуктивность внимания - $48,18 \pm 1,72$ и $44,61 \pm 1,81$ с разницей -9,3%, распределение внимания по Шульте - $5,52 \pm 0,51$ и $4,11 \pm 0,56$ с разницей -5,5%, избирательность внимания по Мюнстербергу - $5,42 \pm 0,61$ и $4,61 \pm 0,51$ с разницей 16,8% ($p > 0,05$) соответственно указанным видам операций. При сопоставлении МХЭ с ТХЭ на 6-ом месяце после операции у пациентов среднего возраста по опроснику SF-36 по шкале выявлено снижение оценки физической нагрузки (PF) на 6,8%, ограничение повседневной деятельности (RP) на 6,2% ($p < 0,05$), ограничение повседневной деятельности из-за болевого синдрома (BP) на 3,7%, снижение общего состояния здоровья (GH) на 3,9%, снижение эмоциональности (RE) на 4,5% ($p > 0,05$), подавленность настроенная (MH) на 6,0%, снижение бодрости и энергии (VT) на 6,9%, снижение уровни взаимоотношений (SF) на 6,1% ($p < 0,05$). Результаты исследования позволили сделать заключение о том, что через 6 месяцев после операции

КЖ пациентов среднего возраста после ЛХЭ значительно лучше, чем в группе после МХЭ, что подтверждается тенденцией к снижению качества жизни по физическим (RP), (GH) ($p > 0,5$) и психологическим (SF) (VT) (MH) ($p < 0,05$) шкалам. При сравнении шкал качества жизни пациентов, оперированных из мини-доступа, с показателями оперированных из традиционного доступа, отмечается разница по шкалам как физических (PF, RP) ($p < 0,05$), так и психическим (SF, MH) ($p > 0,05$) компонентов здоровья. Снижение качества жизни пациентов среднего возраста, оперированных традиционным доступом, обусловлено наличием болевого синдрома после удаления желчного пузыря, на почве чего развивается синдром психического торможения. Этот процесс утраты повседневной физической активности, физической нагрузки, взаимоотношения с родственниками, друзьями, коллегами, проблемами со здоровьем проявляется симптомами эмоционального и умственного истощения.

Таким образом, результаты оценки состояния психического статуса по методике «MMSE» у респондентов среднего возраста позволили сделать заключение о том, что через 6-месяцев после операции холецистэктомии их удовлетворенность жизнью после лапароскопической операции значительно выше, чем в группе после оперативного минидоступа. Это подтверждается тенденцией к возрастанию повседневной деятельности (RP), улучшением настроения, спокойствием (MH) ($p > 0,05$), значимым повышением общего состояния здоровья (GH), улучшением взаимоотношений с родственниками, друзьями, коллегами (SF), повышением энергичности, бодрости, жизнеспособности (VT) ($p < 0,05$). При сопоставлении этих данных с показателями больных, оперированных из минидоступа, отмечается выраженное снижение объема повседневной физической нагрузки из-за ухудшения состояния здоровья (PF), ограничения повседневной деятельностью вследствие проблем со здоровьем (RP), ухудшения общего состояния здоровья (GH) ($p < 0,05$), отсутствия настроения (MH), выраженного ограничения своей повседневной деятельности вследствие ухудшения здоровья (RP), отрицатель-

ного взаимоотношения с друзьями, родственниками и коллегами(SF), отсутствия бодрости, энергичности (VT) на фоне возрастания болевого синдрома (BP) ($p<0,05$). Снижение качества жизни пациентов среднего возраста, оперированных из традиционного доступа, обусловлено наличием болевого синдрома после оперативного удаления желчного пузыря, на почве чего развивается синдром психического торможения, постепенная утрата интереса к жизни, отрицание связи с родственниками, друзьями, коллегами, эмоциональная замкнутость, проявляющаяся симптомами эмоционального, умственного, физического утомления, личной отстраненности и снижением удовлетворения от исполнения работы.

4.2. Психоневрологическое состояние и качество жизни пациентов пожилого возраста с учетом доступа холецистэктомии спустя шесть месяцев после операции

Оценка психического статуса при помощи опросника MMSE у пациентов пожилого возраста на 6-м месяце после операции составляла $23,44\pm 0,73$ балла, что соответствовало когнитивным нарушениям легкой степени.

При сопоставлении данных после лапароскопической и мини холецистэктомии получены следующие данные: произвольное внимание по Векслеру у пациентов пожилого возраста равнялось $46,71\pm 1,32$ и $40,46\pm 1,11$, разница 13,4% ($p<0,05$); концентрация внимания по Бурдону - $44,61\pm 1,56$ и $38,19\pm 1,32$, разница 14,4% ($p<0,05$); точность внимания - $0,50\pm 0,014$ и $0,43\pm 0,013$, разница 14,0% ($p<0,05$); продуктивность внимания - $44,19\pm 1,21$ и $38,16\pm 0,24$, разница 13,6% ($p<0,05$); распределение и переключение внимания по Шульте - $3,91\pm 0,32$ и $3,21\pm 0,25$, разница 17,9%; избирательность внимания по Мюнстербергу - $4,54\pm 0,56$ и $3,91\pm 0,51$, разница 13,8% - соответственно названным видам операций. При сопоставлении с показателями опросника SF-36 после ЛХЭ и МХЭ отмечается снижение практически всех показателей после МХЭ: шкалы физического функционирования (PF) на 3,0%, ролевого физического функционирования (RP) на 1,7%, общего состояния здоровья

(GH) на 2,1%, психологического здоровья (MH) на 2,1%, ролевого эмоционального функционирования (RP) на 1,7%, социального функционирования (SF) на 2%, жизнеспособности (VT) на 2,3% ($p > 0,05$) на фоне повышения болевого синдрома на 4,1%.

При сравнении результатов МХЭс ТХЭ спустя 6 месяцев после операции у пациентов пожилого возраста произвольное внимание по Векслеру равнялось $40,46 \pm 1,11$ и $32,21 \pm 1,14$ с разницей - 20,4% ($p < 0,05$); концентрация внимания по Бурдону - $38,19 \pm 1,32$ и $30,51 \pm 1,11$ с разницей -20,1%, точность внимания - $0,43 \pm 0,014$ и $0,33 \pm 0,018$ с разницей 23,2% ($p < 0,05$), продуктивность внимания - $38,16 \pm 0,24$ и $31,16 \pm 1,34$ с разницей 18,3% ($p < 0,05$), распределение и переключение внимания по Шульте - $3,21 \pm 0,26$ и $2,61 \pm 0,24$ с разницей 18,6, избирательность внимания по Мюнстербергу - $3,91 \pm 0,51$ и $3,16 \pm 0,43$ с разницей 19,2% ($p < 0,05$) – соответственно видам операционного доступа. По результатам опроса больных после МХЭ через 6 месяцев после операции в общем плане выявлены низкие показатели шкал опросника с разной динамикой течения в зависимости от оперативного доступа (табл. 6, рис. 14).

Таблица 6

Показатели КЖ до и на 6-м месяце после операции с учетом оперативного доступа у пациентов пожилого возраста ($M \pm m$)

Шкалы	До операции	ЛХЭ	МХЭ	ТХЭ
PF	$67,8 \pm 1,9$	$62,1 \pm 1,6^*$	$60,2 \pm 1,6^*$	$55,0 \pm 1,8^*$
RP	$58,7 \pm 1,8$	$53,3 \pm 1,5^*$	$52,4 \pm 1,2^*$	$48,0 \pm 1,3^*$
BP	$30,3 \pm 1,6$	$29,4 \pm 1,4$	$28,2 \pm 1,4$	$27,1 \pm 1,6$
GH	$64,8 \pm 1,5$	$57,4 \pm 1,6^*$	$56,2 \pm 1,5^*$	$54,0 \pm 1,5^*$
MH	$54,7 \pm 1,7$	$48,1 \pm 1,7^*$	$47,1 \pm 1,4^*$	$45,1 \pm 1,4^*$
RE	$60,8 \pm 1,6$	$54,2 \pm 1,4^*$	$52,1 \pm 1,7^*$	$48,3 \pm 1,7^*$
SF	$50,6 \pm 1,5$	$45,1 \pm 1,3^*$	$44,2 \pm 1,4^*$	$42,0 \pm 1,4^*$
VT	$49,4 \pm 1,4$	$44,0 \pm 1,5^*$	$43,0 \pm 1,5^*$	$41,0 \pm 1,5^*$

Примечание: достоверность показателей по отношению к группе до операции
* - $p < 0,05$

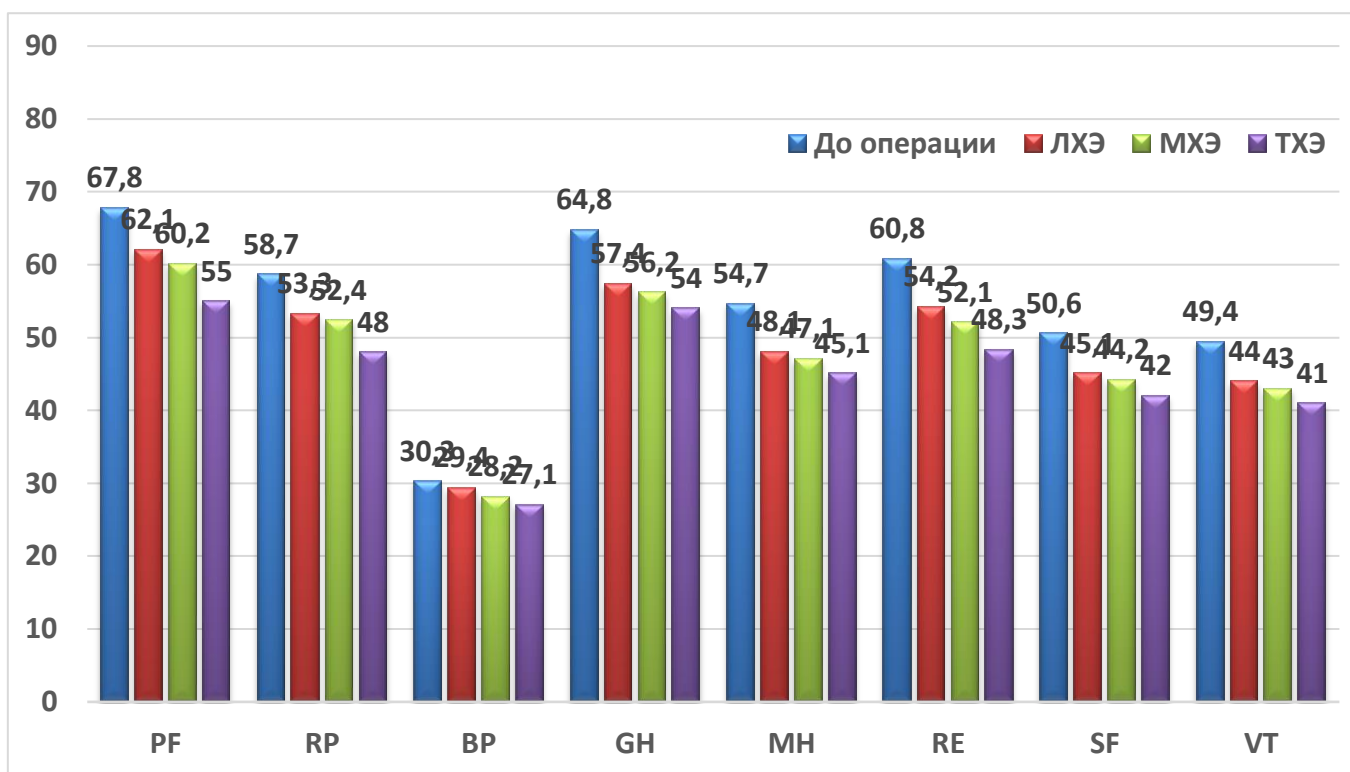


Рис. 14. Показатели КЖ до и спустя 6 месяцев после операции у пациентов пожилого возраста с учетом оперативного доступа (1 – до операции; доступы 2 –ЛХЭ, 3- МХЭ, 4 – ТХЭ; КЖ до и после операции на 6-м месяце с учетом оперативного доступа)

При сравнении результатов после операции из минидоступа с традиционной холецистэктомией на 6-м месяце у пациентов пожилого возраста произвольное внимание по Векслеру равнялось $40,46 \pm 1,11$ и $32,21 \pm 1,14$ с разницей 20,4% ($p < 0,05$), концентрация внимания по Бурдону - $38,19 \pm 1,32$ и $30,51 \pm 1,11$ с разницей -20,1% ($p < 0,05$), точность внимания - $0,43 \pm 0,014$ и $0,33 \pm 0,018$ с разницей -23,2%, продуктивность внимания - $38,16 \pm 0,24$ и $31,16 \pm 1,34$ с разницей -18,3%, распределение и переключение внимания по Шульте - $3,21 \pm 0,26$ и $2,61 \pm 0,24$ с разницей -18,6, избирательность внимания $3,91 \pm 0,51$ и $3,16 \pm 0,43$ с разницей -19,2% ($p < 0,05$) – соответственно операциям. При сопоставлении с исходными показателями опросника SF-36 после МХЭ и ТХЭ отмечается всех снижение показателей после ТХЭ: по шкале физического функционирования (PF) на 8,6%, ролевого физического функционирования (RP) –на 8,4%, общего состояния здоровья (GH) на 3,9%, психологического здоровья (MH) на 4,2%, ролевого эмоционального функцио-

нирования (RE) на 7,3%, социального функционирования (SF) на 4,9%, жизнеспособности (VT) на 4,6% ($p > 0,05$) на фоне повышения болевого синдрома на 7,8% ($p < 0,05$). На почве описанных изменений развивается холистическая модель психологических предикторов, в которой рассматривается в общем системном единстве биологический, психический, социальный и духовный уровни функционирования человека [Носачев Г.Н. 2003; Смулевич А.Б. Сыркин А.Л., и др. 2005]. Психические симптомы бывают в виде двух степеней: легкой степени проявляются нарушением сна, неприятными ощущениями в теле; тяжелая степень - неустойчивым настроением, раздражительностью, безотчетностью респондента, опасением о благосостоянии близких, своим здоровьем. Ограничение повседневной деятельности, обусловленной проблемами со здоровьем, часто наводит этих пациентов на мысль о присутствии неизлечимого заболевания. Изменяется характер респондента, происходит утривание им отдельных понятий. Недоверчивость переходит в подозрительность, бережливость - в скупость, настойчивость - в упрямство. С трудом вспоминаются события прошедшего дня. Снижена критика, возникает неправильная оценка своего психического состояния. Интеллектуальные процессы утрачивают окраску, она становится бедной. Сообщения не усваиваются или усваиваются с большим трудом.

Таким образом, состояние психоневрологического статуса, определенного при помощи опросника MMSE у пациентов пожилого возраста на 6-й месяц после операции составляло $23,44 \pm 0,73$ балла и соответствовало когнитивным нарушениям легкой степени. При сопоставлении лапароскопической и минихолецистэктомии отмечается снижение всех результатов исследования психической деятельности, более выраженное после МХЭ. При сопоставлении результатов шкал опросника SF-36 у респондентов, оперированных ЛХЭ и МХЭ, также прослеживается отрицательная динамика после МХЭ: имеется снижение объема повседневной физической нагрузки, ограничение повседневной деятельности, общего состояния здоро-

вья, настроения, повседневной деятельности, уровня взаимоотношений с родственниками, друзьями, коллегами, субъективной оценки здоровья на фоне повышения болевых ощущений. Т.е., в группе пациентов, оперированных традиционным доступом, отмечается достоверная отрицательная динамика КЖ при сопоставлении с результатами из группы минидоступа ($p < 0,05$).

Психический диссонанс проявляется у них либо в виде легкой степени - имеются нарушения сна, неприятные ощущения в теле, либо тяжелой - неустойчивость настроения, раздражительность, безотчетность респондента, опасения о благосостоянии близких, своим здоровьем. В целом, отмечается ограничение повседневной деятельности, обусловленной, в том числе, и проблемами со здоровьем.

4.3. Психоневрологическое состояние и качество жизни пациентов старческого возраста с учетом доступа холецистэктомии на шестом месяце после операции

При исследовании психоневрологического статуса пациентов старческого возраста на 6-м месяце после холецистэктомии по методике «MMSE» он равнялся $20,55 \pm 0,81$ баллам, что соответствовало когнитивной дисфункции тяжелой степени или деменции легкой степени.

При сопоставлении данных, полученных после ЛХЭ и МХЭ, результаты выглядели следующим образом: произвольное внимание по Векслеру равнялось $38,34 \pm 1,26$ и $30,75 \pm 1,11\%$, разница $-19,7\%$ ($p < 0,05$); концентрация внимания по Бурдону - $34,16 \pm 0,81\%$ и $28,17 \pm 1,36\%$, разница $-17,5\%$; точность внимания - $0,32 \pm 0,012\%$ и $0,27 \pm 0,019\%$, разница $-15,5\%$; продуктивность внимания - $40,17 \pm 1,61\%$ и $34,21 \pm 1,19$, разница $-24,9\%$; распределение и переключение внимания по Шульте - $2,41 \pm 0,23$ балла и $2,01 \pm 0,23$, разница $-16,6\%$; избирательность внимания по Мюнстербергу - $2,49 \pm 0,77$ и $2,14 \pm 0,49$, разница $14,0\%$ ($p < 0,05$) – соответственно названным оперативным доступам.

При сопоставлении показателей шкал опросника SF-36 между ЛХЭ и МХЭ отмечается отрицательная динамика всех показателей после МХЭ:

объем повседневной физической нагрузки (PF) на 3,9%, оценка повседневной деятельности, обусловленная проблемой со здоровьем (RP), на 3,2%, состояние здоровья (GH) на 2,7%, психическое состояние на 3,9%, повседневная деятельность, обусловленная эмоциональными проблемами (RE), на 3,9%, оценка взаимоотношений с родственниками, друзьями и коллегами (SF) на 2,8% ($p>0,05$), энергичность (VT) на 0,2% на фоне повышения болевых ощущений на 3,1%.

После сопоставления минихолецистэктомии с традиционной производное внимание по Векслеру соответствовало $30,75\pm 1,11$ и $21,76\pm 1,14$ баллам с разницей -29,2%, концентрация внимания по Бурдону - $28,17\pm 1,36$ и $19,51\pm 1,29\%$ с разницей -30,7%, точность внимания - $0,27\pm 0,019\%$ и $0,21\pm 0,016\%$ с разницей -22,2%, продуктивность внимания - $34,21\pm 1,19$ и $25,68\pm 1,21\%$ с разницей -24,9%, распределение и переключение внимания по Шульте - $3,01\pm 0,22$ и $1,48\pm 0,15$ с разницей -26,3%, избирательность внимания по Мюнстербергу - $2,14\pm 0,49$ и $1,56\pm 0,37$ с разницей -27,5% ($p<0,05$) - соответственно названным операциям.

В результате опроса респондентов через 6 месяцев после холецистэктомии выявлены относительно неудовлетворительные показатели шкал опросника, но с разной динамикой, в зависимости от оперативного доступа (табл. 7, рис. 15).

Таблица 7

Показатели КЖ до и на 6-м месяце после операции с учетом оперативного доступа у пациентов старческого возраста ($M\pm m$)

Шкалы	До операции	ЛХЭ	МХЭ	ТХЭ
PF	$56,4\pm 1,9$	$50,1\pm 1,2^*$	$48,3\pm 1,9^*$	$44,1\pm 1,2^*$
RP	$49,6\pm 1,8$	$43,4\pm 1,3^*$	$43,0\pm 1,8^*$	$38,1\pm 1,4^*$
BP	$29,3\pm 1,3$	$28,3\pm 1,5$	$27,4\pm 1,7$	$26,2\pm 1,3$
GH	$52,8\pm 1,4$	$44,4\pm 1,6^*$	$43,2\pm 1,6^*$	$42,2\pm 1,5^*$
MH	$49,6\pm 1,3$	$42,1\pm 1,7^*$	$40,4\pm 1,3^*$	$38,3\pm 1,6^*$
RE	$50,7\pm 1,6$	$43,1\pm 1,5^*$	$41,4\pm 1,4^*$	$39,3\pm 1,7^*$
SF	$42,6\pm 1,5$	$35,6\pm 1,4^*$	$35,6\pm 1,6^*$	$34,3\pm 1,5^*$
VT	$38,4\pm 1,4$	$32,4\pm 1,3^*$	$32,0\pm 1,7^*$	$30,6\pm 1,4^*$

Примечание: достоверность показателей по отношению к группе до операции * - $p<0,05$

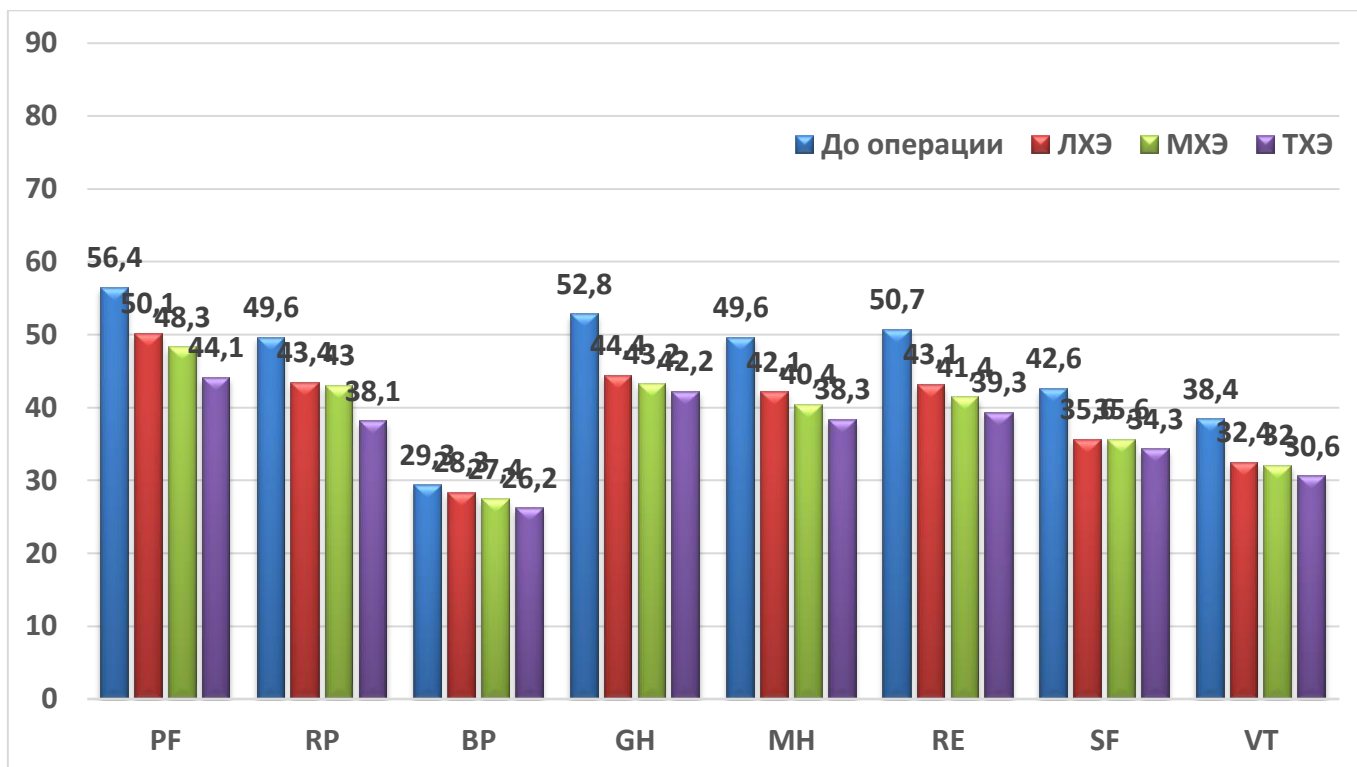


Рис. 15. Показатели КЖ до и спустя 6 месяцев после операции у пациентов старческого возраста с учетом оперативного доступа (1 - до операции, доступы 2-ЛХЭ, 3- МХЭ, 4- ТХЭ)

После сопоставления результатов минихолецистэктомии с традиционным методом у больных старческого возраста прослеживается отрицательная динамика по шкалам опросника после ТХЭ как физических, так и психических компонентов здоровья, что проявляется снижением: субъективной оценки объема повседневной физической нагрузки (PF) на 8,6%, субъективной оценки степени ограничения повседневной деятельности, обусловленной проблемами со здоровьем (RP), на 9,3%, общего состояния здоровья (GH) на 4,7%, настроения (MH) на 5,2%, ограничений, обусловленных проблемами со здоровьем (GH), на 4,6%, уровня взаимоотношений с друзьями, родственниками и коллегами (SF) на 6,6% ($p < 0,05$), энергии и бодрости (VT) на 1,9% ($p > 0,5$) на фоне повышения болевого синдрома, ограничивающего повседневную деятельность (BP), на 4,4%, по сравнению с показателями, полученными после МХЭ. Нередко возникали психические расстройства в виде несистема-

тизированных идей преследования, ущерба, галлюцинаций, спутанности сознания и сокращения отдельных групп мышц, усиливающихся в вечернее и ночное время. Пациенты при этом бездеятельные, безынициативные. Однако, временами они становились инициативными, при одобрении готовы выполнить работу по уходу. У них отмечались расстройства памяти: больные забывали события прошедшего дня, текущие события, не узнавали знакомых лиц, встречая их в непривычной обстановке. Могут заниматься своими делами, не учитывая при этом присутствующих, не понимают смысловое значение тех или иных событий. Как подчеркивают исследователи [102, 218], для большинства пациентов, оперированных по поводу ЖКБ традиционным доступом, характерно снижение эмоциональной устойчивости, подозрительность и психоэмоциональная тревога, вызванные неудовлетворенностью жизненно значимых потребностей. У них также может встречаться склонность к доминантности, повышенная личностная тревожность.

Таким образом, при исследовании психоневрологического статуса пациентов старческого возраста на 6-ом месяце после холецистэктомии по методике «MMSE» им дана оценка $20,55 \pm 0,81$ балла, что соответствовало когнитивной дисфункции тяжелой степени или деменции легкой степени.

После сопоставления результатов психического статуса после операции ЛХЭ и МХЭ отмечается снижение всех основных его показателей на фоне отрицательной динамики по шкалам опросника SF-36. Аналогичная отрицательная динамика прослеживается при сравнении показателей уровней психо-неврологических показателей и КЖ после МХЭ и ТХЭ, наиболее выраженная после традиционного вмешательства.

В настоящее время необходимо пересмотреть характер и методы проведения анестезиологических пособий при удалении желчного пузыря у больных пожилого и старческого возрастов, т.к. как при проведении в этом возрасте анестезиологического и операционного пособий отмечается развитие послеоперационной когнитивной дисфункции. В настоящее время пре-

имущественно повсеместно проводится сбалансированная общая анестезия, при которой используемые анестетики вызывают адекватное торможение коры головного мозга, обеспечивают удовлетворительную работу сердечно-сосудистой и дыхательной систем, при этом устраняя раздражение. Она не вызывает блокаду проведения ноцицептивных импульсов на сегментарном уровне и свидетельствует о выраженной активации раздражения задних рогов спинного мозга, спровоцированной операционной травмой. Проведенные исследования показали, что постоянно применяемые ингаляционные и неингаляционные наркотики не способны блокировать возбужденную операционной травмой активность С-волокон в задних рогах спинного мозга. Даже максимальные дозы анестетиков не способны тормозить спинальный эффект и влиять на механизмы центральной систематизации. Основным фактором, определяющим полную защиту, является анестетическая блокада всех видов импульсов из зоны операционной травмы, блокирующая активацию спинальных структур. Раздражение спинного мозга продолжается во время операции и в раннем послеоперационном периоде [З.К.Косимовым 2007]. При применении местного обезболивания у пациентов по поводу желчнокаменной болезни всех возрастных групп прослеживается торможение ноцицептивной импульсации не только в период операции, но и в послеоперационном периоде при проведении послеоперационной эпидуральной анальгезии.

ГЛАВА 5. ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ВИДОМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ И ВОЗРАСТОМ ПАЦИЕНТОВ

Нами поставлена задача изучить влияние способов анестезиологического пособия на нейропсихическое состояние с учетом возраста при различных способах холецистэктомии. Известно, что нормальное старение само по себе сопровождается снижением памяти [66, 212]. У здоровых пожилых нарушается не только долговременное хранение информации, но и усвоение новой [220]. Кроме того, возможно, что на любое церебральное повреждение у пожилых людей может усиливаться нейрональная дисфункция [76, 166, 167]. Наряду с физиологическими изменениями следует учитывать также факторы, которые могут значительно усугубить психоневрологические расстройства, особенно при операционно-анестезиологической травме [213, 272]. Имеются данные о негативном влиянии на ЦНС терапевтических доз анестетиков и наркотических анальгетиков, в том числе морфина, фентанила, галотана, оксибутирата натрия, кетамина, нембутала, пропофола и др. [162, [Hopkins P.M. 2015](#)]. Предикторами повреждения головного мозга могут быть многие факторы, такие как гипоксия, ацидоз, повышение внутричерепного давления, снижение мозгового кровотока, повышение внутрилегочного давления, ИВЛ и пр. [162, 213].

Современное хирургическое лечение в зоне желчевыводящих путей основано на применении комплекса лечебных мероприятий патогенетического воздействия. Он включает предоперационную подготовку и своевременную лапаротомию и устранением источника заболевания и проводится на фоне обезболивания.

Учитывая наличие предоперационной гиповолемии у больных с патологией желчевыводящих путей [85, 245, 272 [Косимов З.К 2007](#)], инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) проводилась согласно выявленному дефициту. У пациентов среднего возраста с учетом физиологических и патологиче-

ских потерь инфузионная терапия производилась из расчета в среднем $20,0 \pm 8,12$ мл/кг, пожилого - из расчета $25,6 \pm 11,5$ мл /кг и пациентам старческого возраста - $30,6 \pm 21,66$ мл/кг, рассчитывая соотношение кристаллоидов, углеводов и коллоидных растворов. ИТТ осуществлялась под контролем уровня давления правого предсердия, поддерживая его в пределах от 4,0 до 4,5 мм рт.ст.

Больные были подобраны с учетом возраста, независимо от пола, длительности заболевания и выраженности патологического процесса, операционного доступа. Пациенты были разделены на две подгруппы с учетом выбора анестезиологического пособия: в первую группу включены больные, которым хирургическая операция произведена на фоне общей многокомпонентной сбалансированной внутривенной анестезии; второй подгруппе выполняли эпидуральную анестезию. В каждую группу включены по 20 больных, из них 75,0% женщин и 25,0% мужчин. В обеих подгруппах холецистэктомия произведена из минидоступа.

Больным первой группы проводили анестезиологическое пособие с использованием стандартной премедикации - 0,014 мг/кг атропина, по 0,14 мг/кг димедрола и промедола внутривенно. Введение в анестезию усиливалось использованием тиопентала натрия из расчета 3,5 мг/кг. Интубация трахеи осуществляли на фоне введения 1,5 - 2,0 мг/кг дитилина, релаксацию во время операции поддерживали ардуаном по 0,03 мг/кг, поддержание необходимой глубины анестезии производили дробным введением 0,004 мг (кг/ч) фентанила и 0,1 мг/ (кг/ч) дроперидола. ИВЛ осуществлялась аппаратом Savina фирмы Dreger в режиме умеренной гипервентиляции с кислородом в концентрации 33% от объема МОД больного. Для седации во время анестезии использовали внутривенный гипнотик пропофол (дипрован), его сочетали с двумя анальгетиками разного механизма центрального действия. Пациентам второй группы хирургическое лечение выполнялось под эпидуральной анестезией (ЭА). Пункцию эпидурального пространства осу-

ществляли в проекции Th 7-8 по общепринятой методике с помощью набора Portex 16-18 G с применением техники «утери сопротивления» с последующей катетеризацией и фиксацией катетера. Вводили тест-дозу, при отсутствии признаков спинального блока (через 7-10 минут после введение тест-дозы) медленно вводили основную дозу местного анестетика, применяя инфузиомат фирмы Dreger. Эпидуральная анестезия достигалась введением лидокаина из расчета 2,8 мг/кг в сочетании с клофелином из расчета 1 мкг/кг, в последующем проводили болюсное введение пропофола (3,5 мг/кг). Основным этапом анестезии поддерживали введением пропофола через дозатор в дозе 135-280 мкг/кг/мин (в среднем $165 \pm 25,8$ мкг/кг мин) до наступления пика действия анестетика в сочетании с введением 28,5 мкг/кг стадола (бутарфанорла-тартарат) введением в ЭП, поддерживая проведение вспомогательной вентиляции аппаратом Savina с инсуффляцией кислорода в пределах 33% от МОД. Адекватность обезболивания оценивали по общепринятым показателям: минутному диурезу, ширине зрачков, их фотореакции, цвету и влажности кожных покровов. Давление в правом предсердии и эпидуральном пространстве определяли при помощи аппарата «Physioloquae Pressure Transducer CE 0470» и «CaptoSp-844» после их катетеризации; показатели гемодинамики - при помощи монитора DASH 3000, регистрируя УИ, СИ, ОПСС, АДср, рН и газы крови, ВЕ, на аппарате «pH/BloodGass/Elec-trolytes 1650»

5.1. Оценка эффективности общего и эпидурального анестезиологических пособий у больных желчнокаменной болезнью при холецистэктомии минидоступом у пациентов среднего возраста

При сопоставлении показателей сердечно-сосудистой системы у пациентов среднего возраста при проведении многокомпонентного сбалансированного обезболивания было выявлено наличие умеренной тахикардии, начиная с 1-го этапа и до завершения операции (табл. 8). При анализе разовой и минутной производительности сердца, характеризуемой ударным и

сердечным индексами, в процессе анестезиолого-хирургического пособия на этапах оперативного вмешательства прослеживается наличие динамики их величин, направленной на удовлетворение процессов обмена веществ на фоне относительно умеренного напряжения кислорода в артериальной крови. В процессе оперативного вмешательства с учетом его этапов прослеживается наличие динамики показателей постнагрузки, характеризуемой величиной среднего артериального давления и общего периферического сопротивления сосудов, при проведении анестезиолого-операционного пособия. При исследовании показателя, характеризующего величину преднагрузки, т.е. сосудистого ложа малого круга кровообращения, в процессе анестезиолого-хирургической агрессии прослеживается тенденция к возрастанию давления правого предсердия, начиная со второго этапа, т.е. начала хирургического вмешательства, на фоне анестезиологического пособия при сравнении с 1-м этапом, т.е. начала индукции наркотических веществ. Так, величина ДПП на 1 этапе составляет $4,8 \pm 0,1$ мм рт.ст., на 2-ом этапе оно повышено на 6,5%, на 3-ом этапе - на 10,4%, на 4-ом этапа - на 8,3% при сопоставлении с показателем 1-го этапа ($p > 0,5$). При измерении внутричерепного давления прослеживается идентичная картина, созвучная с характером динамики ДПП, т.е., на 1-м этапе отмечается наличие легкой степени внутричерепной гипертензии $4,6 \pm 0,1$ мм рт.ст., на 2-м этапе оно повышено на 13,0%, на 3-м этапе - на 15,2% и на 4-м этапа достигает 21,7% при сопоставлении с показателем 1-го этапа ($p < 0,05$). При исследовании напряжения кислорода в артериальной крови прослеживается идентичная картина с изменениями ДПП и ВЧД, т.е., легкое снижение напряжение кислорода в артериальной крови при сопоставлении с 1-м этапом и на последующих - на 1,5%, 1,2% и 1,8% ($p > 0,5$) (табл. 8). При исследовании активности крови и буферного эквивалента прослеживается тенденция к возрастанию активности крови на фоне повышения буферного эквивалента: на 1-м этапе ВЕ равнялась $-3,0$ ммоль/л, в последую-

щем отмечалось возрастание данного показателя на этапах операции на 13,3%, 20,0% и 15,6% соответственно ($p < 0,05$).

Таблица 8

Показатели гомеостаза при общем и эпидуральном анестезиологическом пособии пациентам среднего возраста при холецистэктомии из минидоступа

Показатели	Группы	1-й этап	2-й этап	3-й этап	4-й этап
ЧСС, мин	1-я группа	91,8 ± 1,4	91,4 ± 1,9	93,6 ± 2,0	92,6 ± 1,9
	2-я группа	81,6 ± 1,6	88,4 ± 2,1	90,4 ± 1,9	91,4 ± 1,8
УИ, мл/м ²	1-я группа	41,4 ± 2,6	41,2 ± 2,6	42,6 ± 3,1	43,6 ± 2,1
	2-я группа	39,6 ± 2,3	39,9 ± 2,4	41,7 ± 2,9	41,4 ± 2,2
СИ, л/мин	1-я группа	4,1 ± 2,4	4,4 ± 1,6	4,6 ± 1,7	4,2 ± 1,6
	2-я группа	3,9 ± 1,7	4,1 ± 1,9	4,2 ± 2,1	4,0 ± 1,9
АД ср., ммНг	1-я группа	78,6 ± 2,1	78,4 ± 3,1	81,6 ± 2,1	82,4 ± 1,7
	2-я группа	74,4 ± 1,9	76,8 ± 2,9	77,9 ± 3,1	79,4 ± 2,2
ОПСС, дин/с/см ⁻⁵	1-я группа	1260,7 ± 81,6	1330,4 ± 76,1	1416,2 ± 69,6	1467,7 ± 71,4
	2-я группа	1188,4 ± 72,4	1284,4 ± 81,4	1491,6 ± 72,4	1409,5 ± 81,2
ДПП, мм рт.ст.	1-я группа	4,8 ± 0,1	5,1 ± 0,3	5,3 ± 0,4	5,2 ± 0,6
	2-я группа	4,0 ± 0,2*	4,0 ± 0,4*	4,2 ± 0,6*	4,1 ± 0,6*
ВЧД, ммрт.ст.	1-я группа	4,8 ± 0,1	5,2 ± 0,2	5,3 ± 0,3	5,6 ± 0,4
	2-я группа	4,0 ± 0,2*	4,4 ± 0,3*	4,0 ± 0,3*	4,1 ± 0,4*
РаО ₂ , ммрт.ст.	1-я группа	81,6 ± 0,6	80,4 ± 0,1	80,6 ± 0,2	80,4 ± 0,4
	2-я группа	86,4 ± 0,4*	84,6 ± 0,6*	84,3 ± 0,5*	84,4 ± 0,9*
рН, ус.ед	1-я группа	7,41 ± 0,01	7,49 ± 0,02	7,47 ± 0,02	7,45 ± 0,02
	2-я группа	7,38 ± 0,03	7,37 ± 0,04	7,38 ± 0,03	7,39 ± 0,02
ВЕ, моль/л	1-я группа	-3,0 ± 0,01	-3,4 ± 0,02	-3,6 ± 0,03	-3,5 ± 0,03
	2-я группа	-2,8 ± 0,01*	-2,9 ± 0,02*	-2,5 ± 0,03*	-2,4 ± 0,04*

Примечание: * - достоверность показателей с первой группой ($p > 0,05$)

При сопоставлении показателей сердечно-сосудистой системы у пациентов среднего возраста при эпидуральной анестезии выявлено, что на этапах исследования отмечается умеренное учащение частоты сердечных сокращений от 1-го этапа до 3-го, а на 4-ом умеренная тахикардия. Разовая и минутная производительности сердца на фоне эпидуральной анестезии соответствуют эукинетическому типу кровообращения при удовлетворительных показателях среднего артериального давления и общего периферического сосудистого сопротивления. При этом отмечается снижение давления правого предсердия при сопоставлении с идентичными показателями пациентов 1-й

группы, которым операция проведена под общим обезболиванием, т.е. на 9,0%; 6,3%; 6,0% и 6,1% соответственно на этапах обезболивания ($p > 0,05$). Исследование внутричерепного давления у пациентов, оперированных под эпидуральной анестезией, выявило достоверное снижение внутричерепной гипертензии на всех этапах анестезиологического и операционного пособия - 6,7%; 8,6%; 6,1% и 6,4% соответственно ($p < 0,05$). Относительное снижение давления в правом предсердии и значимая внутримозговая гипотензия сопровождались достоверным повышением напряжения кислорода в артериальной крови у данной группы пациентов в этапах исследования - на 5,9%; 5,2%; 4,1% и 4,6% соответственно ($p < 0,05$). Нормализация внутрилегочной и внутримозговой гипертензии способствовала повышению напряжения кислорода в артериальной крови, вследствие чего прослеживается снижение активности метаболического ацидоза, проявляющегося регрессией буферного эквивалента: от начала операции на фоне ЭА на 10,7%; 24,1%; 44,0% и 45,0% соответственно до этапа завершения анестезиолого-операционной пособия ($p < 0,01$).

По результатам тестирования когнитивной функции в группе наблюдения пациентов среднего возраста (табл. 9), прооперированных под общим многокомпонентным обезболиванием, получены следующие данные произвольного внимания по Векслеру - из 25 чисел правильно расставлены 14, что составило $58,36 \pm 1,25\%$. У пациентов, оперированных под эпидуральной анестезией, правильная расстановка чисел возрастает в 1,1 раза. Концентрация и точность внимания по Бурдону выражается числом проработанных строк и количеством допущенных ошибок в среднем за 60 секунд, интервал работы у респондентов, оперированных под общим обезболиванием, составил $48,21 \pm 1,16\%$, у пациентов, прооперированных под эпидуральной анестезией, их число возросло в 1,2 раза, т.е. на 26,7% больше ($p < 0,05$). Продуктивность внимания по Бурдону, исходя из результатов концентрации и точности внимания допущенных ошибок за 60 секунд, составляет у пациен-

тов, оперированных под общим обезболиванием, $51,1 \pm 1,3\%$, при холецистэктомии, проведенной под эпидуральной анестезией - $65,18 \pm 1,42\%$, т.е. в 1,2 раза больше. При распределении внимания по Шульте в первой группе получено 18 правильных ответов, что составило $4,84 \pm 0,19$ балла, во второй группе - 24, что составило $5,71 \pm 0,21$ балла, т.е. в 1,2 раза больше. Избирательность внимания по Мюнстербергу вычисляется из оценки времени и пропущенных слов, для пациентов первой группы средний балл составил $5,21 \pm 0,51$, во 2-й группе - $7,32 \pm 0,65$ балла, т.е. на 1,4 балла больше. Свойственные личности качества интеллектуальных процессов сохраняются довольно долго.

Таблица 9

Когнитивная дисфункция у пациентов среднего возраста в зависимости от вида анестезиологического пособия при холецистэктомии минидоступом

Когнитивные дисфункции	Общая анестезия	Эпидуральная анестезия	Достоверность
Производительность внимания по Векслеру	$58,36 \pm 1,25$	$65,16 \pm 0,85$	$p < 0,05$
Концентрация внимания по Бурдону	$48,21 \pm 1,16$	$61,11 \pm 0,75$	$p < 0,05$
Точность внимания по Бурдону	$0,56 \pm 0,011$	$0,68 \pm 0,013$	$p < 0,05$
Продуктивность внимания по Бурдону	$51,14 \pm 1,32$	$65,18 \pm 1,42$	$p < 0,05$
Распределение внимания по Шульте	$4,84 \pm 0,39$	$5,71 \pm 0,41$	$p < 0,05$
Избирательность внимания по Мюнстербергу	$5,81 \pm 0,51$	$7,92 \pm 0,65$	$p < 0,05$
Интеллектуальная способность	$3,66 \pm 0,04$	$3,23 \pm 0,02$	$p < 0,05$

Согласно полученным результатам, после местной анестезии у пациентов прослеживается торможение ноцицептивной системы, т.е. блокада центральной сенситации, что способствует развитию эукинетического типа кровообращения на фоне снижения давления в правом предсердии и давления в малом круге кровообращения, сопровождается достоверным повыше-

нием напряжения кислорода в артериальной крови. Выше изложенные процессы способствуют улучшению когнитивной функции головного мозга.

5.2. Оценка эффективности общего и эпидурального анестезиологических пособий больным желчнокаменной болезнью при холецистэктомии минидоступом у пациентов пожилого возраста

При сопоставлении показателей сердечно-сосудистой системы у пациентов пожилого возраста при проведении многокомпонентного сбалансированного обезболивания было выявлено наличие умеренной тахикардии, начиная с 1-го этапа вплоть до завершения операции (табл. 10). При анализе разовой и минутной производительности сердца, характеризующихся ударным и сердечным индексами, в процессе анестезиолого-хирургического пособия на этапах оперативного вмешательства прослеживается наличие их динамического возрастания, направленного на удовлетворение процессов обмена веществ на фоне относительного умеренного напряжения кислорода в артериальной крови. При анализе показателей постнагрузки, характеризующейся величиной среднего артериального давления и общего периферического сопротивления сосудов, в процессе оперативного вмешательства с учетом этапов прослеживается наличие динамичности их состояния при проведении анестезиолого-операционного пособия. Исследование показателя, характеризующего величину преднагрузки, т.е. состояние сосудистого ложа малого круга кровообращения, в процессе анестезиолого-хирургической агрессии показало, что прослеживается тенденция к возрастанию давления правого предсердия на фоне проведенного общего обезболивания, начиная с первого этапа, т.е. начала проведения анестезиологического пособия, при сравнении с 1-м этапом, т.е. начала индукции наркотических веществ. Так, величина ДПП на 1 этапе составляет $5,0 \pm 0,3$ мм рт.ст., на 2-м этапе - $5,8 \pm 0,2$ мм рт.ст., на 3-м этапе - $5,2 \pm 0,1$ мм рт.ст., на 4-м - $5,7 \pm 0,2$ мм рт.ст. При измерении внутричерепного давления прослеживается идентичная картина, т.е. на 1-м этапе отмечается наличие легкой степени внутричерепной гипертензии $5,0 \pm 0,2$ мм рт.ст.,

на 2-ом этапе- $5,6 \pm 0,3$ мм рт.ст., на 3-ом этапе- $5,5 \pm 0,1$ мм рт.ст., на 4-м- $5,3 \pm 0,4$ мм рт.ст.

Таблица 10

Общее и эпидуральное анестезиологические пособия
пациентам пожилого возраста при холецистэктомии минидоступом

Показатели	Группы	1-й этап	2-й этап	3-й этап	4-й этап
ЧСС, Мин	1-я группа	$94,4 \pm 3,1$	$100,6 \pm 2,6$	$95,4 \pm 1,9$	$92,4 \pm 2,1$
	2-я группа	$84,6 \pm 2,8$	$86,4 \pm 2,9$	$90,1 \pm 2,1$	$88,6 \pm 2,3$
УИ, мл/м ²	1-я группа	$43,6 \pm 1,9$	$47,8 \pm 1,6$	$45,2 \pm 1,6$	$47,4 \pm 2,2$
	2-я группа	$40,6 \pm 1,7$	$44,1 \pm 1,5$	$42,6 \pm 1,8$	$43,1 \pm 2,1$
СИ, л/мин	1-я группа	$3,9 \pm 0,1$	$4,1 \pm 0,2$	$4,3 \pm 0,3$	$4,1 \pm 0,4$
	2-я группа	$3,4 \pm 0,3$	$3,7 \pm 0,4$	$4,0 \pm 0,2$	$4,3 \pm 0,3$
АД ср, мм рт.ст.	1-я группа	$88,4 \pm 2,3$	$90,6 \pm 1,9$	$92,2 \pm 1,9$	$91,4 \pm 1,7$
	2-я группа	$83,6 \pm 1,6$	$84,4 \pm 2,0$	$85,4 \pm 1,8$	$85,1 \pm 1,6$
ОПСС, дин/с/см ⁵	1-я группа	$1384,6 \pm 74,1$	$1360,4 \pm 68,1$	$1326,9 \pm 72,4$	$1294,5 \pm 69,4$
	2-я группа	$1304,7 \pm 69,1$	$1190,6 \pm 71,4$	$1229,4 \pm 81,4$	$1362,3 \pm 84,1$
ДПП, мм рт.ст.	1-я группа	$5,0 \pm 0,3$	$5,8 \pm 0,2$	$5,2 \pm 0,1$	$5,7 \pm 0,2$
	2-я группа	$4,5 \pm 0,4^*$	$4,2 \pm 0,3^*$	$4,4 \pm 0,3^*$	$4,5 \pm 0,2^*$
ВЧД мм рт.ст.	1-я группа	$5,0 \pm 0,2$	$5,6 \pm 0,3$	$5,5 \pm 0,2$	$5,3 \pm 0,3$
	2-я группа	$4,0 \pm 0,1^*$	$4,1 \pm 0,5^*$	$4,0 \pm 0,3^*$	$4,2 \pm 0,3^*$
РаО ₂ , мм рт.ст.	1-я группа	$80,4 \pm 0,3$	$80,3 \pm 0,4$	$79,6 \pm 0,2$	$80,4 \pm 0,2$
	2-я группа	$84,1 \pm 0,2^*$	$83,4 \pm 0,5^*$	$84,3 \pm 0,3^*$	$83,4 \pm 0,3^*$
рН ус.ед	1-я группа	$7,39 \pm 0,03$	$7,39 \pm 0,02$	$7,40 \pm 0,02$	$7,40 \pm 0,04$
	2-я группа	$7,36 \pm 0,02$	$7,37 \pm 0,03$	$7,38 \pm 0,03$	$7,38 \pm 0,04$
ВЕ ммоль/л	1-я группа	$-3,2 \pm 0,01$	$-3,5 \pm 0,02$	$-3,6 \pm 0,01$	$-3,7 \pm 0,02$
	2-я группа	$-2,8 \pm 0,02^*$	$-2,9 \pm 0,01^*$	$-2,9 \pm 0,02^*$	$-2,8 \pm 0,03^*$

Примечание: *-достоверность показателей с первой группой ($p > 0,05$)

При исследовании напряжения кислорода в артериальной крови отмечается наличие минимально допустимой физиологической дозы напряжения кислорода в артериальной крови, составляющее $80,4 \pm 0,3$ мм рт.ст., такая же величина напряжения кислорода сохраняется на 2-м и 4-м этапах, однако, на третьем этапе всередине операции наблюдается его снижение, составляя $79,1 \pm 0,3$ мм рт.ст. При исследовании активности крови и буферного эквивалента прослеживается тенденция квозрастанию активности крови на фоне повышения буферного эквивалента: на 1-м этапе ВЕ равен $3,2$ ммоль/л с по-

следующим возрастанием на этапах операции на 9,3%,12,5% и 15,6% соответственно ($p<0,05$).

При сопоставлении показателей сердечно-сосудистой системы у пациентов пожилого возраста при эпидуральной анестезии выявлено, что на этапах исследования отмечается умеренное учащение частоты сердечных сокращений от 1-го этапа до 3-го, а на 4 на - наличие умеренной тахикардии. Разовая и минутная производительности сердца на фоне эпидуральной анестезии соответствуют эукинетического типу кровообращения при удовлетворительных показателях среднего артериального давления и общего периферического сосудистого сопротивления. При этом отмечается снижение давления правого предсердия при сопоставлении с идентичными показателями пациентов, оперированных под общим обезболиванием, - на 26,6%, 38,1%, 35,0% и 26,6% соответственно на этапах обезболивания ($p<0,05$).

При исследовании внутричерепного давления у пациентов, оперированных под эпидуральной анестезией отмечается достоверное снижение внутричерепной гипертензии на всех этапах анестезиологического и операционного пособий - на 35,0%, 35,0%, 35,0% и 35,0% соответственно ($p<0,05$). Относительное снижение давления в правом предсердии и значимая внутримозговая гипотензия сопровождалась достоверным повышением напряжения кислорода в артериальной крови у данной группы пациентов на этапах исследования - 4,6%, 3,8%, 3,4% и 3,6% соответственно ($p<0,05$). Легкие внутрилегочная и внутримозговая гипотензия и достоверное повышение напряжения кислорода в артериальной крови способствуют снижению активности метаболического ацидоза, что проявляется регрессией буферного эквивалента на всех этапах операции - 21,7%;17,2%; 22,0% и 25,4% соответственно до завершения анестезиолого-операционной пособия ($p<0,01$).

Результаты тестирования когнитивной функции в группе пациентов пожилого возраста, прооперированных под общим многокомпонентным обезболиванием (табл. 11), оказались следующими. Произвольное внимание

по Векслеру: из 25 чисел правильно расстановлены 14, что составило $45,52 \pm 1,17\%$. При этом у пациентов, оперированных под эпидуральной анестезией, правильно расставленных чисел оказалось $51,41 \pm 1,11\%$, т.е. на 12,9% больше ($p < 0,05$). Концентрация и точность внимания по Бурдону у больных, оперированных под общим обезболиванием, соответствовали $39,16 \pm 1,18\%$, у пациентов, прооперированных под эпидуральной анестезией, - $41,14 \pm 1,21\%$, т.е. на 5,0% больше ($p > 0,05$). Продуктивность внимания по Бурдону, исходя из результатов концентрации и точности внимания допущенных ошибок за 60 секунд, составляет $42,16 \pm 1,46\%$ и $42,61 \pm 1,46\%$ соответственно, т.е. на 1,01% больше при эпидуральной анестезии ($p > 0,5$). Распределение и переключение внимания по Шульте в первой составило 18 правильных ответов - $4,84 \pm 0,19$ балла, во второй группе - 24, что составило $5,71 \pm 0,21$ балла, т.е. на 17,9% больше ($p < 0,05$). Избирательность внимания по Мюнстербергу у пациентов первой группы $5,21 \pm 0,51$, второй - $7,32 \pm 0,65$ балла, т.е. на 40,1% баллов больше ($p < 0,05$).

Таблица 11

Когнитивная дисфункция у пациентов пожилого возраста в зависимости от вида анестезиологического пособия при холецистэктомии минидоступом

Когнитивные дисфункции	Общая анест.	Эпид. анестез.	Достоверность
Производительность внимания по Векслеру	$45,52 \pm 1,17$	$51,41 \pm 1,11$	$p < 0,05$
Концентрация внимания по Бурдону	$39,16 \pm 1,18$	$44,14 \pm 1,21$	$p < 0,05$
Точность внимания по Бурдону	$0,46 \pm 0,013$	$0,49 \pm 0,017$	$p < 0,05$
Продуктивность внимания по Бурдону	$42,16 \pm 1,51$	$44,61 \pm 1,46$	$p > 0,05$
Распределение внимания по Шульте	$3,94 \pm 0,39$	$4,11 \pm 0,41$	$p > 0,05$
Избирательность внимания по Мюнстербергу	$4,71 \pm 0,54$	$4,92 \pm 0,57$	$p > 0,05$
Интеллектуальная способность	$7,35 \pm 0,3$	$6,44 \pm 0,4$	$p > 0,05$

Интервал работы в тесте Бурдона у пациентов, оперированных под общим обезболиванием, составил $39,16 \pm 1,18\%$, у пациентов, прооперирован-

ных под эпидуральной анестезией, - $41,14 \pm 1,21\%$, т.е. на 5,0% больше ($p > 0,05$). Продуктивность внимания по Бурдону, исходя из результатов концентрации и точности внимания по допущенным ошибкам за 60 секунд, составляет в 1 группе пациентов $42,16 \pm 1,46\%$, во второй - $42,61 \pm 1,46\%$, т.е. на 1,01% больше ($p > 0,5$). Распределения и переключение внимания по Шульте в первой группе получено 18 правильных ответов - $4,84 \pm 0,19$ балла, во второй группе - 24, что составило $5,71 \pm 0,21$ балла, т.е. на 17,9% больше ($p < 0,05$). Избирательность внимания по Мюнстербеку у пациентов первой группы - $5,21 \pm 0,51$, второй - $7,32 \pm 0,65$ балла, т.е. на 40,1% балла больше ($p < 0,05$).

Таким образом, согласно полученным результатам, после местной анестезии у пациентов пожилого возраста прослеживается торможение ноцицептивной системы, т.е. блокада центральной сенситации, что способствует развитию эукинетического типа кровообращения на фоне снижения давления в правом предсердии и давления в малом круге кровообращения, сопровождается достоверным повышением напряжения кислорода в артериальной крови. Вышеизложенные процессы способствовали улучшению когнитивной функции головного мозга исследуемых больных на фоне ухудшения интеллектуальных процессов.

5.3. Оценка эффективности общего и эпидурального анестезиологических пособий у больных желчнокаменной болезнью при холецистэктомии минидоступом у пациентов старческого возраста

При сопоставлении показателей сердечно-сосудистой системы пациентов старческого возраста при проведении многокомпонентного сбалансированного обезболивания было выявлено наличие выраженной тахикардии, начиная с 1-го этапа и до завершения операции (табл. 12). При анализе разовой и минутной производительности сердца, характеризуемой ударным и сердечным индексами, в процессе анестезиолого-хирургического пособия на этапах оперативного вмешательства прослеживается тенденция к возрастанию их величин вследствие легкой гипоксии, что направлен на удовлетворе-

ние потребности организма кислородом вследствие развития умеренной гипоксии в артериальной крови. Анализ показателей постнагрузки, характеризуемой величиной среднего артериального давления и общего периферического сопротивления сосудов в процессе оперативного-анестезиологического пособия прослеживается развитие умеренной гипертензии.

При исследовании состояния сосудистого ложа малого круга кровообращения в процессе анестезиолого-хирургического пособия отмечается наличие умеренного повышения давления в правом предсердии на фоне общего обезболивания, начиная с первого этапа, т.е. с анестезиологического пособия. Так, величина ДПП на 1-этапе составляет $5,6 \pm 0,4$ мм рт.ст., на 2-м этапе - $6,1 \pm 0,2$ мм рт.ст., на 3-м - $6,8 \pm 0,3$ мм рт.ст. и на 4-м - $7,2 \pm 0,4$ мм рт.ст.

Таблица 12

Общее и эпидуральное анестезиологические пособия пациентам старческого возраста при холецистэктомии минидоступом

Показатели	Группы	1-й этап	2-й этап	3-й этап	4-й этап
ЧСС, мин	1-я	$97,7 \pm 3,8$	$110,4 \pm 3,9$	$98,3 \pm 2,3$	$99,4 \pm 1,8$
	2-я	$90,2 \pm 2,6$	$92,3 \pm 2,3$	$90,4 \pm 2,8$	$94,5 \pm 2,1$
УИ, мл/м ²	1-я	$45,9 \pm 2,6$	$46,2 \pm 1,9$	$44,7 \pm 1,6$	$46,3 \pm 1,7$
	2-я	$41,6 \pm 1,7$	$42,8 \pm 1,8$	$42 \pm 1,9$	$44,9 \pm 1,8$
СИ, л/мин	1-я	$4,4 \pm 0,3$	$4,9 \pm 0,4$	$4,6 \pm 0,5$	$4,4 \pm 0,4$
	2-я	$3,4 \pm 0,2$	$3,2 \pm 0,3$	$3,2 \pm 0,4$	$3,2 \pm 0,3$
АД ср., ммрт.ст.	1-я	$95,1 \pm 2,1$	$96,6 \pm 2,2$	$97,4 \pm 2,4$	$95,5 \pm 2,1$
	2-я	$90,2 \pm 2,3$	$90,2 \pm 2,4$	$90,3 \pm 2,1$	$90,4 \pm 1,9$
ОПСС, дин/с/см ⁵	1-я	$1641,1 \pm 54,1$	$1610,2 \pm 49,4$	$1664,7 \pm 61,1$	$1584,1 \pm 56,2$
	2-я	$1436,1 \pm 57,4$	$1416,6 \pm 62,1$	$1398,4 \pm 61,0$	$1381,6 \pm 55,1$
ДПП, ммрт.ст.	1-я	$5,6 \pm 0,4$	$6,1 \pm 0,2$	$6,8 \pm 0,3$	$6,6 \pm 0,3$
	2-я	$4,8 \pm 0,2^*$	$4,8 \pm 0,3^*$	$5,2 \pm 0,4^*$	$5,3 \pm 0,2^*$
ВЧД, ммрт.ст.	1-я	$6,5 \pm 0,4$	$6,8 \pm 0,3$	$6,6 \pm 0,5$	$6,4 \pm 0,3$
	2-я	$4,4 \pm 0,5^*$	$4,1 \pm 0,2^*$	$4,0 \pm 0,4^*$	$4,7 \pm 0,3^*$
РаО ₂ , ммрт.ст.	1-я	$79,4 \pm 0,3$	$79,5 \pm 0,5$	$78,5 \pm 0,4$	$79,3 \pm 0,2$
	2-я	$83,1 \pm 0,3^*$	$84,4 \pm 0,4^*$	$84,6 \pm 0,3^*$	$83,3 \pm 0,2^*$
рН, усл.ед	1-я	$7,46 \pm 0,03$	$7,47 \pm 0,04$	$7,48 \pm 0,04$	$7,46 \pm 0,05$
	2-я	$7,38 \pm 0,05$	$7,39 \pm 0,03$	$7,39 \pm 0,03$	$7,38 \pm 0,04$
ВЕ, Единиц	1-я	$-3,4 \pm 0,02$	$-3,7 \pm 0,01$	$-3,8 \pm 0,03$	$-4,0 \pm 0,02$
	2-я	$-2,8 \pm 0,02^*$	$-2,9 \pm 0,01^*$	$-2,5 \pm 0,02^*$	$-2,6 \pm 0,01^*$

Примечание: * - достоверность показателей с первой группой ($p > 0,05$)

При измерении внутричерепного давления прослеживается идентичная картина: т.е. на 1-м этапе отмечается наличие легкой степени внутричерепной гипертензии $6,5 \pm 0,4$ мм рт. ст., на 2-м этапе - $6,8 \pm 0,4$ мм рт. ст., на 3-м этапе - $6,6 \pm 0,5$ мм рт. ст., на 4-м - $6,4 \pm 0,4$ мм рт. ст. При исследовании напряжения кислорода в артериальной крови отмечается умеренная гипоксия: на 1-м этапе $79,3 \pm 0,4$ мм рт. ст., на 2-м - $79,5 \pm 0,3$ мм рт. ст., на 3-м - $79,5 \pm 0,3$ и на 4-м - $79,3 \pm 0,4$ мм рт. ст. При исследовании активности крови и буферного эквивалента прослеживается тенденция к возрастанию активности крови на фоне повышения буферного эквивалента: на 1-м этапе ВЕ $3,4$ ммоль/л, на 2-м - на $3,7\%$, на 3-м - на $3,8\%$, на 4-м этапе - на $4,0\%$ ($p < 0,05$). При сопоставлении показателей сердечно-сосудистой системы у пациентов старческого возраста при эпидуральной анестезии выявлено, что на всех этапах исследования отмечается компенсированное учащение частоты сердечных сокращений. Разовая и минутная производительность сердца на фоне эпидуральной анестезии соответствуют эукинетическому типу кровообращения при удовлетворительных показателях среднего артериального давления и общего периферического сосудистого сопротивления. При этом отмечается достоверное снижение СИ при эпидуральной анестезии, по сравнению с общим обезболиванием, на всех этапах лечения, составляя поэтапно $26,5\%$; $53,1\%$; $43,7\%$ и $31,2\%$ ($p < 0,05$) соответственно. При этом отмечается снижение давления правого предсердия при сопоставлении с идентичными показателями пациентов, оперированных под общим обезболиванием, на $16,6\%$; $17,3\%$; $19,2\%$ и $13,3\%$ соответственно на этапах обезболивания ($p < 0,05$).

При исследовании внутричерепного давления у пациентов, оперированных под эпидуральной анестезией, отмечается достоверное снижение внутричерепного давления на всех этапах анестезиологического и операционного пособия на $47,7\%$; $65,8\%$; $50,0\%$ и $36,5\%$ соответственно ($p < 0,05$). Снижение давления в правом предсердии и внутричерепной гипертензии со-

проводилось достоверным повышением напряжения кислорода в артериальной крови у данной группы пациентов на этапах исследования на 4,6 мм рт. ст.; 3,8 мм рт. ст.; 3,4 мм рт. ст. и 3,6 мм рт. ст. соответственно ($p < 0,05$). Нормализация систем гемодинамики, внутрилегочного и внутричерепного давления способствовала достоверному повышению напряжения кислорода в артериальной крови, снижению активности крови и сдвигу буферных оснований с регрессом буферного эквивалента на всех этапах операции на 25,0%; 19,2%; 17,8% и 17,2% соответственно до завершения анестезиолого-операционного пособия ($p < 0,01$).

Результаты тестирования когнитивных функций в группе наблюдения пациентов старческого возраста, прооперированных под общим многокомпонентным обезболиванием (табл. 13), были следующими. При изучении произвольного внимания по Векслеру из 25 чисел правильно расстановлено 9 чисел, что составило $11,26 \pm 1,16\%$. При этом у пациентов, оперированных под эпидуральной анестезией, правильная расстановка чисел составила $11,91 \pm 1,8\%$, т.е. нет существенной разницы ($p > 0,5$). При изучении концентрации внимания по Бурдону число проработанных строк и количество допущенных ошибок в среднем за 60 секунд составило $9,51 \pm 1,29\%$, а у пациентов, прооперированных под эпидуральной анестезией, - $10,23 \pm 1,37\%$, т.е. точность внимания ускорена на 4,7% ($p > 0,05$). Продуктивность внимания у пациентов, оперированных под общим обезболиванием, составляет $31,68 \pm 1,21\%$, при холецистэктомии проведенной под эпидуральной анестезией, - $32,78 \pm 1,24\%$, т.е. на 3,4% больше ($p > 0,5$). Распределение и переключение внимания по Шульте в первой группе, где получено 18 правильных ответов, составило $1,22 \pm 0,15$ балла, во второй группе - 24, что составило $1,29 \pm 0,21$ балла, т.е. на 5,7% больше ($p < 0,05$). Избирательность внимания по Мюнстербегу для пациентов первой группы в среднем составляла $1,46 \pm 0,37$ баллов, во второй группе - $1,68 \pm 0,49$ баллов, т.е. на 4,2% больше ($p > 0,05$) (табл. 13).

Таблица 13

Когнитивная дисфункция у пациентов старческого возраста в зависимости от вида анестезиологического пособия при холецистэктомии минидоступом

Когнитивные дисфункции	Общая анест.	Эпидуральная анестезия	Достоверность
Производительность внимания по Векслеру	11,26±1,16	11,91±1,11	p>0,5
Концентрация внимания по Бурдону	9,51±1,29	10,03±1,37	p>0,5
Точность внимания по Бурдону	0,21±0,016	0,22±0,021	p>0,5
Продуктивность внимания по Бурдону	31,68±1,21	32,78±1,24	p>0,5
Распределение внимания по Шульте	1,22±0,15	1,29±0,21	p>0,5
Избирательность внимания по Мюнстербергу	1,46±0,37	1,68±0,49	p>0,5
Интеллектуальная способность	15,51±0,3	14,11±0,4	p<0,05

У пациентов старческого возраста после местной анестезии на фоне умеренного снижения давления в малом круге кровообращения и внутричерепной гипертензии отмечается нивелирование гипоксии в артериальной крови, активация активности крови и буферного эквивалента. Однако, не имеется достоверной динамики улучшения произвольного, концентрационного, распределительного и избирательного внимания. Возможно снижение эмоциональной действенной активности пациентов в результате органических изменений головного мозга вследствие наличия дисциркуляторной энцефалопатии тяжелой степени. Интеллектуальная способность пациентов данной группы не в состоянии передать смысл сюжетных изображений и ограничивается лишь простым перечислением компонентов.

Таким образом, проводимое исследование диктует необходимость проведения нейрозащитных профилактических мероприятий в отношении профилактики и развития в послеоперационном периоде когнитивных наруше-

ний, возникающих у пациентов, оперированных под общим многокомпонентным обезболиванием, особенно в преклонном возрасте, когда отмечено снижение резерва внутричерепной гемодинамики, гемодинамики малого круга кровообращения и метаболизма из-за инволюционных процессов. Полноценная защита организма пациента от анестезиолого-хирургической агрессии при операции на желчевыводящих путях возможна только при проведении сочетанного обезболивания, так как эпидуральная анестезия вызывает блокаду ноцицептивных импульсов на сегментарном уровне спинного мозга. Проведение общего многокомпонентного обезболивания не устраняет раздражения на уровне спинного мозга, что является фактором развития нейropsychических осложнений в послеоперационном периоде у пациентов преклонного возраста. Согласно полученным результатам, при проведении сочетанной общей и эпидуральной анестезии у пациентов среднего и пожилого возрастов в процессе анестезиологического и хирургического пособий прослеживается торможение ноцицептивных импульсов, что способствует развитию эукинетического типа кровообращения на фоне снижения давления в малом круге кровообращения. Названные процессы сопровождаются достоверным повышением напряжения кислорода артериальной крови, что способствует улучшению когнитивной функции головного мозга больных. У пациентов старческого возраста после сочетанного обезболивания (общая в сочетании с эпидуральной) на фоне умеренного снижения давления в малом круге кровообращения и внутричерепной гипертензии отмечается нивелирование гипоксии артериальной крови, активация активности крови и буферного эквивалента. Однако, при этом не прослеживается достоверной динамики улучшения произвольного, концентрационного, распределительного и избирательного внимания. У этих больных возможно снижение эмоциональной действенной активности в результате инволюционных изменений в головного мозга вследствие дисциркуляторной энцефалопатии.

ГЛАВА 6. ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО ОПРОСНИКАМ SF-36ИMLHFQС УЧЕТОМ ВОЗРАСТА И ДОСТУПА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Согласно проводимым исследованиям, ИБС является нейропсихическим заболеванием, она удерживает первенство среди всех сердечно-сосудистых заболеваний не только по инвалидности, но и летальности, особенно в экономических развитых странах [91, 144, 148, 200, **Чазов Е.И. 2003**]. Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, особенно среди лиц молодого и среднего возрастов, из-за социальной нестабильности значительно увеличиваются эмоционально-поведенческие факторы риска, такие как экономическое напряжение, стресс, депрессия [10, 161, 192, **Сысоева Н.Ю. 2000**]. Клинические проявления ишемической болезни сердца, связанные с физическими и социальными ограничениями, значительно ухудшают качество жизни больных. В связи с этим оценка КЖ может быть использована для характеристики тяжести патологического процесса и выявления наиболее значимых проявлений ИБС.

Таблица 14

Клиническая характеристика обследованных пациентов с ИБС

Стенокардия	Пожилой возраст	Старческий возраст
I функциональный класс	10 (21,7%)	0
II функциональный класс	16 (34,8%)	30 (45,5%)
III функциональный класс	20 (43,5%)	36 (54,5%)
ГБ II - III стадий	41 (84,1%)	53 (80,3%)
Всего	46 (100,0%)	66 (100,0%)

Согласно данным таблицы 14, у пациентов пожилого возраста диагностировано наличие ИБС в виде стенокардии всех функциональных классов, в том числе у 10 (21,7%) пациентов - первого, у 16 (34,8%) - второго и у 20 (43,5%) - третьего функциональных классов. Диагноз ИБС выставлялся в со-

ответствии с положениями Национального руководства по кардиологии (Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г., 2007) (табл. 14). У всех пациентов имелась гипертоническая болезнь II-III стадий. У пациентов старческого возраста диагностирована стенокардия второго - 30 (45,5%), третьего функциональных классов - 36 (54,5%) на фоне гипертонической болезни - 53 (80,3%) второй и третьей стадий. Из 308 пациентов пожилого возраста наличие ИБС со стенокардией I-II и III функциональных классов отмечено у 46 (14,9%), наличие гипертонической болезни II и III стадий - у 41 (84,1%). Из 159 пациентов старческой группы желчнокаменной болезнью ИБС диагностирована у 66 (41,5%), стенокардия II функционального класса - у 30, III функционального класса - у 36, гипертоническая болезнь II и III стадий - у 53 больных.

6.1. Оценка качества жизни пациентов с сопутствующей ишемической болезнью сердца по опроснику SF-36 с учетом возраста и доступа холецистэктомии

Согласно полученным результатам (табл. 15, рис. 16), оценка КЖ по шкале SF-36 у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) пожилого и старческого возрастов значительно отличалась от аналогичных группы относительно здоровых. При сопоставлении их с данными больных среднего возраста, без наличия ИБС, у пациентов пожилого возраста с ИБС прослеживаются неоднородные показатели по шкалам: отмечается снижение сферы физического работ (PF) в 1,8 раза, физического состояния (RP) в 1,6 раза, социальной роли (SF) в 1,3 раза, эмоциональной роли (RE) в 2,1 раза и психического здоровья (MH) в 1,5 раза ($p < 0,01$), по сравнению с идентичными показателями пациентов среднего возраста. При сопоставлении названных показателей больных старческого возраста с ИБС с идентичными данными больных с ИБС пожилого возраста прослеживается значимое снижение показателей по всем шкалам, кроме болевого синдрома, т.е. по шкалам PF, RP, GH, VT, SF, RE и MH ($p < 0,05$).

Таблица 15

Исходные показатели КЖ больных с ИБС в зависимости от возраста

Группы	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Средний	86,4±2,1	73,4±2,8	78,4±2,1	71,4±2,6	68,4±2,6	55,4±2,8	71,4±2,6	69,4±2,1
Пожилой	46,4±2,2*	46,1±2,0*	50,2±2,1*	57,4±2,3*	54,6±2,2*	41,1±2,4*	34,6±2,1*	46,4±2,3*
Старческий	39,4±1,9*	34,4±2,2*	48,4±1,8*	42,4±2,2*	42,6±2,1*	29,1±1,9*	24,1±2,4*	29,1±2,4*
	+	+		+	+	+	+	+

Примечание: * - достоверность показателей со средним возрастом, + - достоверность показателей старческого возраста с пожилым

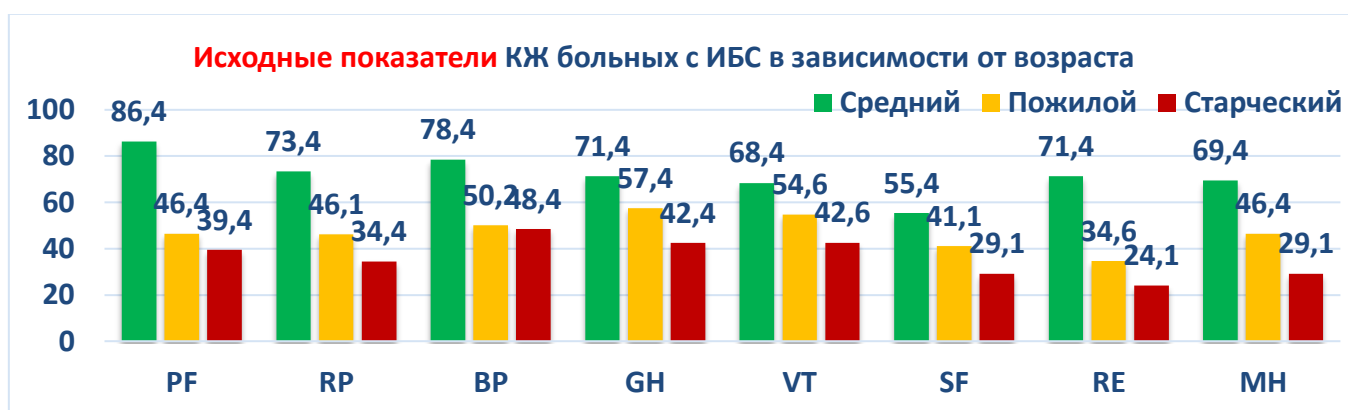


Рис. 16. Исходные показатели качества жизни больных ИБС в зависимости от возраста (1-й ряд - средний, 2 ряд - пожилой, 3 ряд - старческий возраст)

Снижение качества жизни у больных с ИБС многие исследователи связывают преимущественно с клиническими предикторами ишемической болезни сердца, особенностями клинического течения заболевания; перенесенным инфарктом миокарда, нарушением сердечного ритма, хронической сердечной недостаточностью и внутренней картиной болезни, т.е. то, как пациент переживает своё заболевание. С состоянием когнитивной функции связан процесс ресоциализации субъекта в ситуации болезни. За последние годы получены доказательства «патологического сродства» и развития параллельных изменений церебральных и коронарных сосудов с тяжелыми исходами сочетанных поражений сердца и мозга при ишемической болезни сердца. Одной из причин ресоциализации и инвалидизации больных является связь с формированием дисциркуляторной энцефалопатии при ишемической болезни сердца и возникновением когнитивной дисфункции [Кром И.Л. и др. 2015].

Когнитивные нарушения(расстройства памяти, концентрации, точности, избирательности, восприятия мышления различной степени тяжести), возникающее у больных ИБС с установленной группой инвалидности, страдающих дисциркуляторной энцефалопатией, инициируют ограничение жизнедеятельности (способности к обучению, общению, трудовой деятельности) и ухудшают социальную интеграцию субъекта. Снижение шкал оценки качества жизни у больных с ИБС многие исследователи связывают с некоторыми особыми факторами. Лапароскопические операции характеризуются минимальной травматичностью оперативного доступа и хирургического приема, однако требуют создания продолжительного пневмоперитонеума. Продолжительная инсуффляция углекислого газа в брюшную полость и его нахождение там под давлением сопровождается изменениями гомеостаза, среди которых важное клиническое значение имеет реакция систем гемодинамики и др.

В послеоперационном периоде произведено исследование КЖ и показателей системы гемодинамики для определения влияния анестезиолого-хирургического стресса на названные показатели у пациентов с ИБС. При сопоставлении показателей шкал опросника SF-36 после МХЭ (табл. 16) отмечено, что в группе пациентов пожилого возраста с ИБС показатели шкал неоднозначны, т.е. отмечаются достоверные различия в сфере физического функционирования (PF), социальной роли (SF) на фоне незначимых сдвигов в ролевом физическом функционировании (RP), болевой шкале (BP), общем состоянии здоровья (GH), эмоциональной роли (RE) и психического здоровья (MH) ($p < 0,05$), по сравнению с идентичными показателями исходных данных.

Таблица 16

Показатели КЖ пациентов пожилого возраста с ИБС до и после МХЭ

PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
до 46,4±2,2	46,1±2,0	50,2±2,1	57,4±2,3	54,6±2,2	41,1±2,4	34,6±2,1	46,4±2,3
P<0,05	P>0,5	P>0,05	P>0,5	P>0,05	P>0,05	P<0,05	P< 0,05
после 39,1±2,4	44,2±2,1	48,1±2,3	55,6±2,3	52,1±2,0	34,3±2,1	25,4±2,3	38,4±2,1

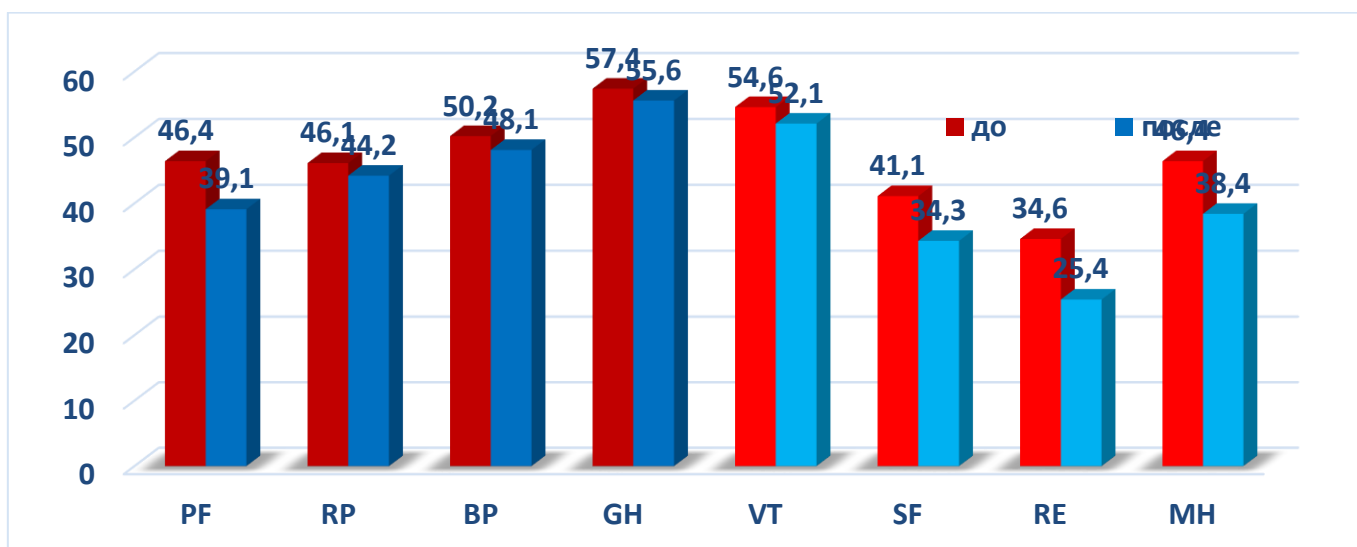


Рис.17. Динамика показателей КЖ пациентов пожилого возраста с ИБС до и после МХЭ

При анализе показателей качества жизни у пациентов старческого возраста после МХЭ (табл. 17) выявляется достоверная разница показателей по шкалам физического функционирования (PF), ролевого физического функционирования (RP), болевого (BP), социального функционирования (SF), эмоционального функционирования (RE) и психического здоровья (MH) при отсутствии достоверных результатов по шкалам общего здоровья (GH) и жизнеспособности (VT).

Таблица 17

Показатели КЖ пациентов старческого возраста с ИБС до и после МХЭ

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Исход	39,4±1,9	34,4±2,2	48,4±1,9	42,4±2,2	42,6±2,1	29,1±1,9	24,1±2,4	29,1±2,4
	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p>0,5	p>0,5	p<0,05	p<0,05	p<0,05
После ЛХЭ	32,1±2,1	26,1±2,3	39,1±2,1	39,1±2,3	40,5±1,9	21,4±2,4	16,5±2,1	22,6±2,3

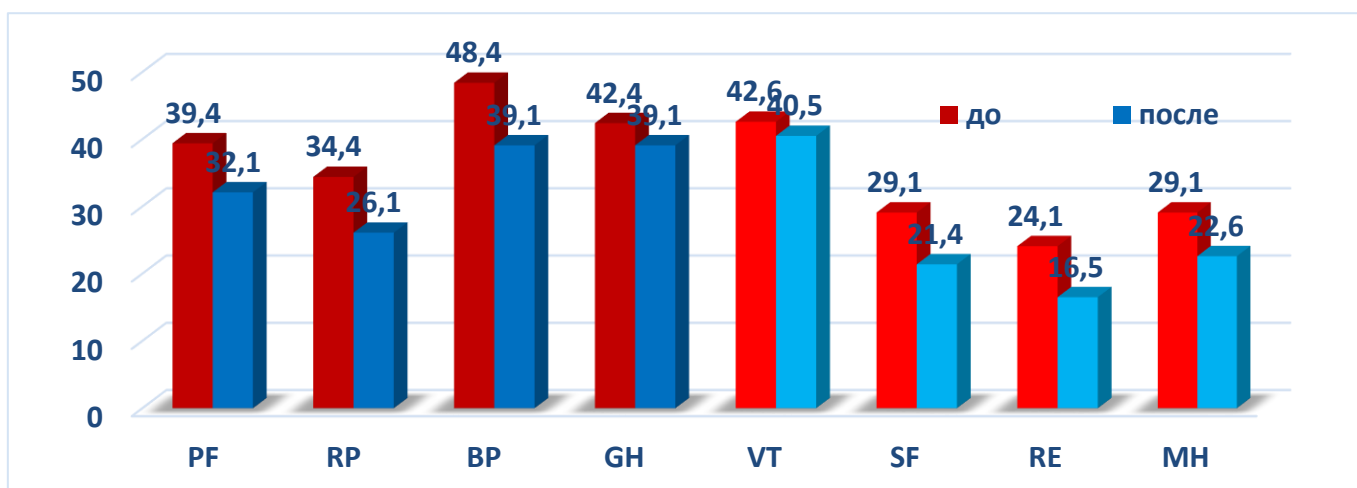


Рис. 18. Динамика показателей КЖ пациентов старческого возраста с ИБСдо и после МХЭ

При изучении показателей центральной гемодинамики у пациентов среднего возраста прослеживается эукинетический тип кровообращения (табл. 18). При анализе разовой и минутной производительности сердца, характеризуемой ударным и сердечным индексами и объемом сердечного выброса, прослеживается наличие динамики их величин, направленной на удовлетворение процессов обмена веществ. Анализ показателей постнагрузки, характеризуемой величиной среднего артериального давления, соответствует нормокинетическому этапу кровообращения на фоне удовлетворительного инотропного механизма левого и правого отделов сердца. При удовлетворительном объеме циркулирующей крови у них прослеживается инотропный механизм, направленный на поддержание контрактильной способности сердца, что сохраняет нормальный трансмитральный кровоток.

При анализе параметров центральной гемодинамики (табл. 18) отмечается наличие умеренного гипокинетического типа кровообращения как у пациентов пожилого, так и старческого возрастов. При анализе разовой и минутной производительности сердца отмечается сердечная недостаточность, обусловленная снижением сократимости миокарда.

Таблица 18

Показатели центральной гемодинамики пациентов после ЛХЭ

Показатели	Средний возраст	Пожилой Возраст	Старческий Возраст
УИ, мл/мин	42,2±2,5	30,5±2,3*	22,4±2,6*
СИ, л/мин /м ²	3,2±0,08	2,8±0,05*	2,1±0,02*
ОСВ, мл/с	246,7±7,1	196,4±7,6*	147,6±6,1*
АД ср., ммрт. ст.	88,6±2,3	92,4±1,2*	76,4±2,1*
СДЛА, мм рт. ст.	15,6±6,7	19,4±5,9	22,8±6,8
ИУРЛЖ, кГм	68,3±2,6	46,4±2,3*	34,6±2,4*
ИУРПЖ, кГм	18,36±2,4	10,5±2,1*	4,8±3,4*
Ve, м/с	0,71±0,05	0,76±0,06	0,78±0,03
Va, м/с	0,84±0,04	0,68±0,03	0,61±0,03
Ve/Va	1,16±0,03	1,11±0,04	1,27±0,06
ОЦК, мл/кг	74,6±6,3	70,8±5,2	72,6±6,6

Примечание: - * достоверность показателей со средней группой

Так, у пациентов пожилого возраста УИ снижен, по сравнению с идентичным показателем среднего возраста на 38,3%, у пациентов старческого возраста - на 88,4% ($p < 0,01$), объем сердечного выброса снижен у пациентов пожилого возраста на 25,3%, у пациентов старческого возраста - на 66,8% ($p < 0,01$). Постнагрузка у пациентов среднего возраста характеризуется наличием нормокинетического типа кровообращения, при этом у пациентов пожилого возраста - умеренного гиперкинетического типа, у пациентов старческого возраста - гипокинетического типа при удовлетворительном объеме циркулирующей крови у всех исследуемых групп.

При анализе внутрилегочного давления отмечается наличие удовлетворительной преднагрузки у пациентов среднего возраста на фоне удовлетворительной сократимости левого и правого отделов сердца. У пациентов пожилого возраста наличие внутрилегочной гипертензии способствует снижению сократимости левого и правого отделов сердца, а у пациентов старческого возраста на фоне выраженного внутрилегочного давления отмечается резкое снижение сократимости левого и правого отделов сердца ($p < 0,01$). Импедансометрическое исследование систем кровообращения характеризует несо-

стоятельность систем кровообращения большого и малого кругов, учитывая снижение разовой и минутной производительности сердца, и учетом воле- мии.

Для дифференциации вида несостоятельности сердечно-сосудистой си- стемы произведено определение трансмитрального кровотока доплероэхо- кардиографически. При этом определено наличие сердечной недостаточности (по результатам отношения раннего к позднему кровенаполнению желудоч- ков сердца). У пациентов пожилого возраста система кровообращения харак- теризуется повышенной постнагрузкой и изменением кровенаполнения пра- вого предсердия, приводящих к развитию недостаточности левого желудоч- ка сердца по гипертрофическому типу; у пациентов старческой возраста кар- тина кровенаполнения характеризуются развитием сердечной недостаточно- сти левого желудочка по псевдонормальному типу. Тип нарушения кровена- полнения желудочков сердца является важнейшим предиктором коронарной недостаточности пациентов в стрессовых ситуациях.

Таким образом, клинические проявления ишемической болезни сердца связаны с двигательным и социальным ограничением, что способствует ухудшению КЖ больных. В связи с этим оценка качества жизни использова- на для характеристики тяжести патологического процесса, выявления наибо- лее значимых проявлений ИБС. Мы исследовали КЖ с помощью опросника SF-36 у пациентов с наличием ИБС и сопоставляли их с контроль- ной группой пациентов среднего возраста, у которых ИБС отсутствует. По- сле холецистэктомии минидоступом у пациентов пожилого возраста с ИБС отмечается значимое снижение КЖ по шкалам (PF), (RE), (BP), (MH), (VT), (SF) при сопоставлении с исходным данным, при этом нет разницы между шкалами ограничения жизнедеятельности по физическим проблемам (RP) и оценки общего состояния здоровья (GH). При сопоставлении данных КЖ групп пациентов пожилого возраста со старческим после МХЭ отмечается достоверная разница по шкалам (PF), (BP), (SF), (RE), (MH) при отсутствии

разницы по шкалам оценки общего состояния здоровья (GH) и субъективной оценки общего состояния здоровья (VT) ($p > 0,5$). Снижение КЖ у больных с ИБС многие исследователи связывают преимущественно с клиническими предикторами ишемической болезни сердца, особенностями клинического течения заболевания и тем, как сам пациент переживает своё заболевание. Получены доказательства «патологического сродства» и развития параллельных изменений церебральных и коронарных сосудов с исходами сочетанных поражений сердца и мозга при ишемической болезни сердца. При анализе разовой и минутной производительности сердца просматривается наличие сердечной недостаточности, обусловленной снижением сократимости миокарда. Так, у пациентов пожилого возраста УИ снижен на 38,3%, у пациентов старческого возраста - на 88,4% ($p < 0,01$), объем сердечного выброса у пациентов пожилого на 25,3%, у пациентов старческого возраста на 66,8% на фоне внутрилегочной гипертензии у обеих групп, по сравнению с идентичными показателями среднего возраста ($p < 0,01$) отмечается резкое снижение сократимости левых и правых отделов сердца. Для дифференциации вида несостоятельности гемодинамики произведено определение функционального состояния сердечно-сосудистой системы. У пациентов пожилого возраста система кровообращения характеризуется повышением постнагрузки и изменением кровенаполнения предсердия, приводящих к развитию недостаточности левого желудочка сердца по гипертрофическому типу, у пациентов старческого возраста картина кровенаполнения характеризуется развитием сердечной недостаточности левого желудочка по псевдонормальному типу. Тип нарушения кровенаполнения желудочков сердца является важнейшим предиктором коронарной недостаточности пациентов в стрессовых ситуациях [Беляков Ю.Н. 2000]. Учитывая наличие у пациентов преклонного возраста сердечной недостаточности, произведено исследование КЖ поопроснику MLHFQ.

6.2. Качество жизни пациентов с сопутствующей ишемической болезнью сердца с учетом возраста, согласно опроснику MLHFQ

Многие исследователи признают тот факт, что лечащего врача интересуют аспекты качества жизни преимущественно по шкале физического функционирования, однако, в последнее время выявляется, что больных в большинстве психические компоненты интересуют больше, чем физические, т.к. они больше влияют на состояние качества жизни. При этом личностные отношения при ИБС у данной категории пациентов недостаточно изучены, хотя именно личное поведение пациента сказывается на развитии психических реакций. В связи с вышеизложенным, перед нами была поставлена задача изучить структуру изменения качества жизни пациентов с ИБС в контексте их индивидуальных особенностей. При проведении анализа КЖ (табл.19) установлено, что в группе больных преклонного возраста в наибольшей степени изменены психические, физические компоненты и социальные взаимоотношения. Респонденты старческого возраста по отдельным сферам несколько хуже оценивают свое качество жизни, по сравнению с предыдущей группой, физическая сфера снижена у них преимущественно за счет «сферы жизненной активности», «сферы болевого синдрома» и «сферы дискомфорта». В ходе беседы, несмотря на относительно удовлетворительное состояние, больные предъявляли интенсивные жалобы на болевой синдром в области сердца, который являлся причиной снижения жизненной активности, повышенную утомляемость. Выяснялось, что именно паника вызывала страх смерти.

Таблица 19

Качество жизни согласно опроснику MLHFQ у пациентов с ИБС после ЛХЭ

Возраст	Сферы						
	физическая	психическая	независимость	социальные взаимоотношения	окружающая среда	духовная	общее КЖ
Средний	16,7±2,7	16,3±1,5	19,6±1,3	18,3±2,1	16,3±2,0	16,4±2,8	97,5±6,8
Пожилой	13,3±1,5*	13,8±2,3*	14,3±1,3*	12,8±1,4	13,3±1,4*	16,7±1,4	68,4±4,1*
Старческий	11,1±1,4*	11,4±2,1*	11,8±1,4*	13,8±2,4	12,6±1,6	15,8±2,1	60,8±4,4*

Примечание: * - отличие аналогичных показателей среднего возраста $p < 0,05$

Проведенным анализом установлено, что в группе преклонного возраста наиболее значимо снижены сферы физических, психологических и социальных взаимоотношений. При сопоставлении результатов обследования респондентов старческого возраста отмечается, что результаты «физической сферы» у них снижены в результате понижения «жизненной активности», энергичности, наличия дискомфорта, плохого самочувствия, по сравнению с пожилыми, несмотря на относительно удовлетворительное состояние и менее тяжелую клиническую картину у старых пациентов. В ходе беседы установлено, что нередко у пациентов этой группы чувства страха, иногда паника становились причиной возникновения болевого синдрома. Уровень независимости у пожилых и старых пациентов был идентичным и сниженным, в пожилом возрасте в основном за счет лекарственной терапии, в группе старческого возраста вследствие снижения способности к выполнению повседневных дел. Очень важным для обеих групп было качество доступности к медицинской помощи и общественной жизни. У пациентов средних лет показатели по физическим и психическим сферам были достоверно выше, чем результаты в группе старческого возраста. У пожилых результаты физической сферы были снижены за счет снижения общего состояния

здоровья, большинство из них не были удовлетворены качеством сна вследствие различного беспокойства. У плохо запоминающих временами возникала тяжесть в области сердца, которая снималась различными препаратами, но чувство тяжести в области сердца еще долго беспокоило респондентов. Изменения в нейропсихической сфере обусловлены недостатком положительных эмоций и избытком отрицательных при неэффективном самоконтроле. В группе пациентов с наличием стенокардии были значимо снижены показатели субъективной оценки уровня своих взаимоотношений с родственниками, друзьями, коллегами, отсутствовало взаимопонимание с коллегами. В ходе бесед с респондентами устанавливаются обстоятельства их жизни, они желают иметь более конструктивные личные отношения и получать практическую общественную помощь. Уровень субсферы - сексуальной активности - пациенты обеих групп оценивали относительно удовлетворительно. Средние показатели «духовной сферы» у пациентов с ИБС в обеих группах и в группе контроля отличались. Эта сфера характеризует то, что индивидуальные взгляды, интересы и убеждения в определенном смысле обеспечивают пациенту чувство благополучия, помогая справляться с проблемами, в том числе и болезнью. Полученные данные свидетельствуют о том, что удовлетворительность КЖ при ишемической болезни сердца возрастает при наличии таких личностных черт, как высокий уровень коммуникбельности, эмоциональной устойчивости, ответственности, организованности, принятия общественных правил и норм, высокий уровень к стрессу, толерантность, экспрессивность, эмоциональная яркость, хорошее развитие волевых качеств - уверенность в себе, тактичность, практическая направленность. Низкая удовлетворительность КЖ и различными его сферами имеет взаимосвязь с такими личностными особенностями пациентов, как высокий уровень независимости, упрямства, склонность к агрессивному поведению, высокая эмоциональная чувствительность, погруженность в свой внутренний мир, увлечение собственными иллюзиями, повышенное чувство вины,

радикальная наклонность, повышенный уровень эргонапряженности, замкнутость, отчужденность, импульсивность, осторожность с партнерами по общению, подверженность влиянию чувств, низкая дисциплинированность.

В группе пациентов среднего возраста (контрольная группа) значимых корреляционных взаимосвязей было меньше, а коэффициенты корреляции были ниже, чем в основных группах, пожилой и старческий возраст. Однако положительные и отрицательные взаимосвязи были установлены с теми же факторами, что и в основной группе больных. Данный факт может свидетельствовать о возрастании значимости тех или иных личностей в болезни.

Таким образом, функциональные заболевания оказывают влияние непосредственно на качество жизни пациента и вносят в его жизнь различные ограничения органического характера, а вместе с ними и нейропсихические изменения, которые возникают вследствие наличия болезни, ограничивая социальные взаимодействия, тем самым позиционируя себя как симптомы основного заболевания, приобретая в последующем признаки основного заболевания. Анализ субсфер позволяет установить, в каких именно сферах жизни респондент замечает выраженное неблагополучие и какое из них является органическим. Изучение качества жизни пациентов с ишемической болезнью сердца во взаимосвязи с эмоционально-личностными особенностями позволяет более подробно оценить значение психических факторов в ситуации здоровья болезни, а также обозначить дополнительные «мишени» психокоррекционной работы в общем комплексе восстановительных и профилактических мероприятий в течении ишемической болезни сердца. Следовательно, при сравнении качества жизни в подгруппах выявлено, что выраженные ухудшения качества жизни в пожилом и старческом возрасте возникают при нарастании сердечной недостаточности. Люди в старческом возрасте минимально удовлетворены качеством своей жизни, в сравнении с пожилым. Это можно объяснить преимуществом функционального ограничения вследствие заболевания, более плохим самочувствием у пациентов

старческого возраста. Результаты свидетельствуют о следующем. Удовлетворительность качеством жизни при наличии ишемической болезни сердца возрастает при наличии таких личностных черт, как высокий уровень коммуникативной компетентности, эмоциональной устойчивости, ответственности, организованности, принятия общественных правил и норм, экспрессивности, эмоциональной яркости, хорошем развитии волевых качеств - уверенности в себе, тактичности, практической направленности.

ГЛАВА 7. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАПАРАСКОПИЧЕСКОЙ, МИНИДОСТУПОМ И ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА

В арсенале хирурга имеются три вида хирургического вмешательства, позволяющих дифференциально подходить к выбору оперативной методики лечения желчнокаменной болезни. Многими авторами представлены результаты изучения отдаленных результатов после оперативного вмешательства. Однако важными являются не только объективные клинико-лабораторные данные о состоянии пациента в отдаленном послеоперационном периоде, но и субъективная оценка больным влияния результатов оперативного лечения на свое физическое, эмоциональное состояние, социальные взаимоотношения и т.д., т.е. качество жизни. Остается актуальной сравнительная оценка показателей КЖ больного в зависимости от вида операции, возраста, психоневрологического статуса, наличия ИБС до и после хирургического вмешательства, а также в зависимости от характера отдаленных результатов с учетом возраста пациентов и сроков наблюдения(81%).

7.1. Отдаленные результаты лечения и качество жизни больных после лапароскопической холецистэктомии с учетом возраста и психоневрологического состояния

Исходя из задач, поставленных для достижения цели данной научной работы, нами был проанализирован собственный опыт лечения 300 пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, с учетом возраста. Из них 130 больных среднего, 110-пожилого и 60- старческого возрастов. Отдаленные результаты и показатели качества жизни пациентов были изучены через 24 месяца после оперативного вмешательства. Следует отметить, что благодаря быстрой реабилитации и косметическому эффекту после ЛХЭ в данной группе больных результаты операций были удовлетворительными у всех 300 пациентов.

При исследовании характера отдаленных результатов больных, перенесших ЛХЭ, среднего, пожилого и старческого возрастов были получены следующие результаты (рис. 19, 20).

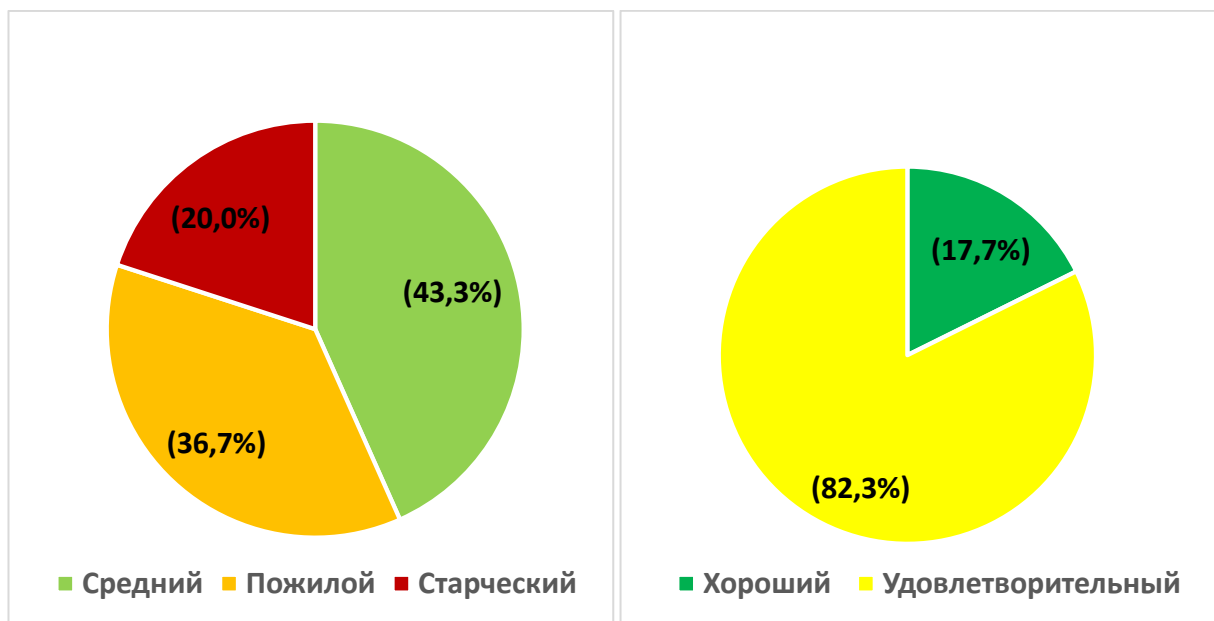


Рис. 19. Количество и возраст пациентов, перенесших ЛХЭ. Рис. 20. Характер отдаленных результатов пациентов, перенесших ЛХЭ, на 24 месяца

В группу с хорошими отдаленными результатами после ЛХЭ вошли 247 (82,3%) пациентов. Все больные чувствовали себя полностью здоровыми, отмечали хорошее самочувствие, не придерживались строгой диеты. Сопутствующие заболевания в этой группе носили стабильный характер. Удовлетворительный результат был констатирован в группе, состоящей из 53 (17,7%) больных. Состояние их оценивалось как удовлетворительное ввиду наличия жалоб на боли в животе и диспепсические расстройства. Данные проявления вынуждали больных придерживаться диеты. Самостоятельно лечились 5 больных среднего возраста, 7 – пожилого, 9 - старческого. Остальные 10, 14 и 13 соответственно возрастным категориям пациентов обратились за медицинской помощью по месту жительства и наблюдались у гастроэнтеролога. Отмечались жалобы на боли, локализующиеся в правом подреберье и эпигастрии, которые предъявляли 4 пациентов среднего возраста, 5 -

пожилого и 7- старческого. У оставшихся 6 боль локализовалась в левом подреберье: 1 – среднего возраста, по 3 - пожилого и старческого. Опясывающую боль отмечали 7 из средней группы, 6- из пожилой и 5-из старческой группы больных. Периодический болевой синдром отмечали 15 пациентов, из них 4 – среднего возраста, 6 – пожилого, 5 - старческого. Все пациенты указывали на различные сроки появления вышеуказанных жалоб после оперативного вмешательства. Частота пациентов с удовлетворительными результатами в зависимости от времени возникновения болевого синдрома приведена в таблице 20.

Таблица 20

Частота обращений пациентов в зависимости от времени возникновения болевого синдрома после ЛХЭ с учетом возраста

Возраст	Количество	<10 дней	10дней - 1мес.	1 месяц - 6 месяцев	6 месяцев - 1 год	>2 лет
Средний	N= 28	3 (10,7%)	4 (14,4%)	10 (35,7%)	6 (21,4%)	5 (17,8%)
Пожилой	N=29	3(10,3%)	5(17,3%)	9 (31,0%)	6(20,7%)	6(20,7%)
Старческий	N=31	3(9,7%)	6(19,4%)	10(31,2%)	8(25,8%)	4(12,9%)

У большинства пациентов, оперированных лапараскопическим доступом, болевой синдром появился в период от 1 до 6 месяцев с момента операции. Следует отметить, что у всех больных группы удовлетворительных результатов болевой синдром не сопровождался иктеричностью кожи и склер, потемнением мочи или обесцвечиванием кала. При обследовании в условиях стационара в группе больных с удовлетворительными отдаленными результатами после ЛХЭ причиной болевого синдрома у всех явилась сопутствующая патология ЖКТ. Преобладали пациенты с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости, в основном по гипомоторному типу дискинезии, с наличием гастродуоденита с дуоденогастральным рефлексом и атрофического гастрита, всего у 6, в каждой группе по 2 пациента. Следующей причиной болевого синдрома явился хронический рецидивирующий панкре-

атит - у 6 больных, из них 1 - в группе среднего возраста, 2- пожилого и 3 - старческого. В 6 случаях хронический рецидивирующий панкреатит сочетался с гастродуоденитом и диффузными изменениями в печени (по данным УЗИ), из них 1 - в среднем возрасте, 2 - в пожилом и 3 - в старческом. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки была верифицирована у 3 больных и хронический колит - у 14 пациентов.

Таким образом, в группе удовлетворительных отдаленных результатов болевой синдром не имел билиарного генеза и был связан с сопутствующей патологией органов пищеварительного тракта. Неудовлетворительных отдаленных результатов в группе больных, перенесших ЛХЭ, не обнаружено. Исследование психоневрологического статуса после ЛХЭ у 130 пациентов среднего возраста в отдаленном периоде соответствовало когнитивной дисфункции умеренной степени при MMSE, равному $28,64 \pm 0,71$. Согласно таблице 21, у пациентов среднего возраста, тестирование по всем показателям основной функции мозга, исследованных в дооперационном периоде (как исходное), прослеживается снижение произвольного распределения и избирательности памяти умеренной степени модально-специфического характера. Нарушения в равной степени затрагивали как точность, так и концентрацию памяти. Материал, объединенный в смысловые системы, запоминался лучше, чем неорганизованный по смыслу. Отмечается сохранность узнавания зрительного материала у большинства пациентов, по сравнению с активным воспроизведением. Имелась недостаточность избирательности внимания, при этом ошибки пациенты часто исправляли самостоятельно, без подсказки врача. Исследования интеллектуальной лабильности в группе показали высокую и хорошую способность к обучению и переобучению. Неврологический статус у 110 пациентов пожилого возраста после ЛХЭ соответствует $26,04 \pm 0,86$ баллам по шкале MMSE, т.е. нарушения легкой степени.

Таблица 21

Показатели когнитивной дисфункции у пациентов после лапараскопической холецистэктомии с учетом возраста

Средний возраст			
Разновидности памяти	До операции	После опер.	Достов.
Производное внимание по Векслеру, %	66,21±1,31	65,18±0,86	p>0,5
Концентрация внимания по Бурдону, %	58,18±1,11	56,61±1,21	p>0,5
Точность внимания по Бурдону	0,63±0,014	0,61±0,016	p>0,5
Продуктивность внимания по Бурдону	64,81±1,23	63,26±1,28	p>0,5
Распределение внимания по Шульте	6,47±0,46	6,36±0,51	p>0,5
Избирательность внимания по Мюнстербергу	6,96±0,72	6,74±0,61	p>0,5
Пожилой возраст			
Разновидности памяти	До операции	После опер.	Достов.
Производное внимание по Векслеру, %	57,21±1,13	56,51±1,12	p>0,05
Концентрация внимания по Бурдону, %	50,27±1,76	47,11±1,89	p>0,5
Точность внимания по Бурдону	0,60±0,015	0,57±0,012	p>0,5
Продуктивность внимания по Бурдону	65,67±1,17	61,81±1,31	p>0,5
Распределение внимания по Шульте	6,76±0,61	6,41±0,46	p>0,05
Избирательность внимания по Мюнстербергу	6,16±0,33	5,41±0,54	p>0,05
Старческий возраст			
Разновидности памяти	До операции	После опер.	Достов.
Производное внимание по Векслеру, %	36,63±1,01	33,86±1,14	p>0,05
Концентрация внимания по Бурдону, %	36,76±1,11	34,61±1,01	p>0,05
Точность внимания по Бурдону	0,46±0,019	0,42±0,017	p>0,05
Продуктивность внимания по Бурдону	53,82±1,19	48,91±1,21	p>0,05
Распределение внимания по Шульте	5,01±0,18	4,61±0,21	p>0,05
Избирательность внимания по Мюнстербергу	4,87±0,41	4,47±0,39	p>0,5

Как видно из таблицы 21, наблюдалось легкое нарастание когнитивного дефицита при сопоставлении с данными группы пациентов среднего возраста.

Проявляясь умеренно, отмечались выраженные изменения памяти, внимания, более частые нарушения способности произвольного внимания, концентрировать и распределять внимание, используя разнообразные двигательные навыки. При этом отмечалось снижение точности и избирательности внимания. Клинические проявления эмоционального напряжения у больных отражались в эмоциональной неустойчивости. Это свидетельствовало о

нарастании ипохондрической тенденции, беспокойства за состояние своего физического здоровья, которое возникает на фоне повышенного уровня тревоги. Сопутствующая болезнь является наиболее социально приемлемым способом переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих и оправдать собственную пассивность. При этом отмечаются умеренно выраженные интеллектуально-мнестические нарушения. Интеллектуальная лабильность характеризовалась трудностью к обучению и переработке данных. При исследовании психоневрологического статуса у 60 пациентов старческого возраста после ЛХЭ выявлена тяжелая степень, или деменция легкой степени, нарушений когнитивной функции мозга, что по шкале MMSE составляло $23,36 \pm 0,91$ балла. Для пациентов данной группы была характерна большая выраженность когнитивных нарушений. Нарастала диссоциация между выраженностью нарушения произвольного, концентрационного и точности внимания, запоминание информации ухудшалось в значительно большей степени, чем её распределение и избирательность памяти. Проявлялось нервно-психическая дезадаптация у большинства обследованных. Отмечено достоверное снижение оценки по всем шкалам у пациентов данной группы, характеризующееся снижением показателей личностного профиля эмоциональной лабильности, отражающей конфликтное сочетание стремления нравиться окружающим с эгоистичностью, что свидетельствовало о скупости эмоциональных проявлений. Интеллектуальная способность была резко снижена, способность к обучению и обработке данных отсутствовала.

Полученные нами результаты (табл. 22) свидетельствуют об уменьшении частоты больных с хорошим результатом, увеличении с удовлетворительным в сроки наблюдения 12 - 24 месяца по мере снижения у больных болевого синдрома, диспепсии и других жалоб. Однако обследование группы больных в сроки анкетирования через 24 месяца после операции показало изменение соотношения отдаленных результатов в сторону хороших, что

связано с эффективностью проводимого лечения сопутствующей патологии. Данное обстоятельство свидетельствует о целесообразности диспансеризации пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу желчно-каменной болезни.

Таблица 22

Распределение больных в зависимости от возраста и характера отдаленных результатов после ЛХЭ.

Результаты	Хорошие		Удовлетворительные	
Месяцы	12	24	12	24
Средний	112	120	18	10
Пожилой	88	96	22	14
Старческий	47	52	13	8

При анализе показателей качества жизни больных после ЛХЭ с учетом возраста методом двойного теста до и после оперативного вмешательства в отдаленном периоде были получены следующие результаты (табл. 23). Как видно из таблицы, в отдаленном периоде после ЛХЭ у пациентов среднего возраста, по сравнению с дооперационным периодом, качество жизни достоверно улучшилось на фоне уменьшения болевого синдрома (BP) по таким показателям, как физическая работа (PF), физическое состояние (RP), общее здоровье (GH), при этом отмечается тенденция к улучшению индекса социальной роли (SF), незначимое снижение эмоциональной роли (RE) и психического здоровья (MH) вследствие наличия легкой степени дисфункции психоневрологического статуса.

Таблица 23

Качество жизни пациентов среднего возраста до и после ЛХЭ

PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
74,5±2,2	76,4±2,4	31,4±2,2	67,6±2,4	76,4±2,6	76,7±2,3	78,6±2,6	74,8±2,4
p<0,01	p<0,01	p<0,01	p<0,01	p<0,01	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
89,5±1,8	91,4±1,9	54,6±2,4	78,6±1,9	87,8±2,1	82,4±2,0	85,1±1,9	80,4±1,7

При исследовании психического статуса и когнитивной дисфункции у больных пожилого возраста после 24 месяцев послеоперационного периода

(табл. 24) отмечается значимое возрастание индексов физической работоспособности (PF), физического состояния (RP) на фоне снижения болевого синдрома (BP), улучшения индекса общего здоровья (GH), энергичности (VT), вследствие ухудшения индекса социальной роли (SF) отмечается тенденция к снижению эмоционального (RE) и психического состояния (MH) пациентов при сравнении с данными, полученными до операции, из-за наличия умеренной степени дисфункции психоневрологического статуса.

Таблица 24

Качество жизни пациентов пожилого возраста до и после ЛХЭ

PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
67,8±2,0	58,7±2,3	30,7±2,1	64,8±2,3	49,4±2,1	60,6±2,1	60,8±2,7	54,7±1,6
p<0,05	p<0,05	p<0,01	p<0,05	p<0,05	p>0,5	p>0,5	p>0,05
76,1±1,9	65,4±2,0	46,4±2,1	74,1±2,0	55,3±1,8	58,0±1,9	62,1±2,0	59,4±1,9

Как видно из таблицы 25, в отдаленном периоде после ЛХЭ у пациентов старческого возраста, по сравнению с дооперационным периодом, качество жизни достоверно улучшилось по таким показателям, как физическая работоспособность (PF), физическое состояние (RP), общее здоровье (GH), на фоне умеренного снижения болевого синдрома (BP) и энергичности (RE), при этом отмечается тенденция к ухудшению эмоционального состояния (RE), выраженные изменения психического здоровья (MH) и индекса социальной роли (SF).

Таблица 25

Качество жизни пациентов старческого возраста до и после ЛХЭ

PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
56,4±1,9	49,6±2,0	29,4±1,8	52,8±2,2	38,7±2,2	42,7±1,9	50,7±2,3	49,6±2,2
p<0,01	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p>0,05	p>0,5	p>0,5
68,4±1,6	59,1±1,9	36,6±1,6	59,4±1,5	43,9±1,5	38,4±1,7	49,3±1,8	54,2±1,7

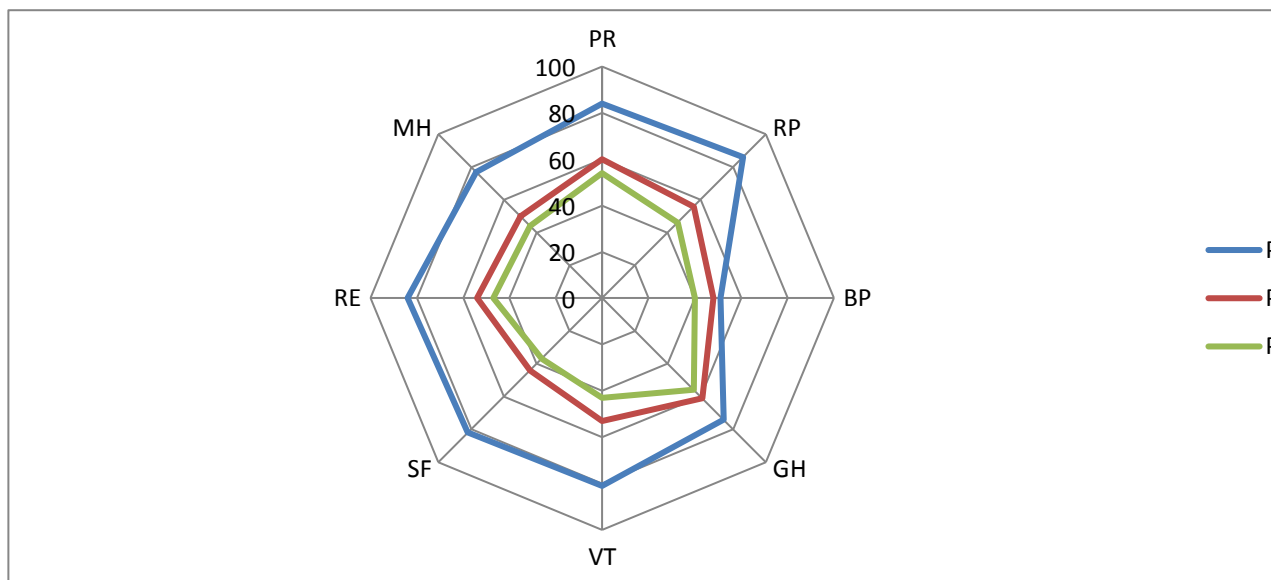


Рис. 21. 1 ряд - средний возраст, 2 ряд - пожилой возраст, 3 ряд - старческий возраст

Причина снижения индексов качества жизни у пациентов, оперированных лапароскопическим доступом, обусловлена наличием несостоятельности психоневрологического состояния легкой степени у пациентов среднего возраста, у пациентов пожилого возраста - умеренной степени и у пациентов старческого возраста - выраженной степени.

Таким образом, при исследовании характера отдаленных результатов больных после ЛХЭ среднего, пожилого и старческого возрастов были получены следующие результаты. Группа с хорошим результатом после ЛХЭ состояла из 247 (82,3%) пациентов, с удовлетворительным результатом - из 53 (17,7%). У большинства пациентов болевой синдром появлялся в период от 1 до 6 месяцев после операции, он имел билиарный генез и был связан с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта. Распределение больных в зависимости от возраста и характера отдаленных результатов после ЛХЭ свидетельствует об увеличении частоты больных с хорошим результатом и снижении с удовлетворительным результатом в сроки наблюдения после 24 месяцев, по мере снижения у пациентов болевого синдрома, диспепсии и других жалоб, что связано с эффективностью проводимого лечения сопутствующей патологии.

При изучении психоневрологического статуса у пациентов среднего возраста после ЛХЭ диагностирована когнитивная дисфункция легкой степени с оценкой в $28,64 \pm 0,71$ балла, у пациентов пожилого возраста когнитивная дисфункция соответствовала $26,04 \pm 0,86$ баллам и у пациентов старческого возраста - $23,36 \pm 0,91$ балла при когнитивной дисфункции тяжелой степени ($p < 0,05$). На 24-м месяце послеоперационного периода после ЛХЭ у пациентов среднего возраста отмечается значимое возрастание КЖ по индексам физической работоспособности (PF), физического состояния (RP) на фоне снижения болевого синдрома (BP), улучшение индекса общего здоровья (GH), энергичности (VT), вследствие ухудшения индекса социальной роли (SF) отмечается тенденция к снижению эмоционального (RE) и психического состояния (MH) пациентов вследствие наличия умеренной степени дисфункции психоневрологического статуса.

У пациентов пожилоговозраста после ЛХЭ отмечается значимое возрастание индексов физической работоспособности (PF), физического состояния (RP) на фоне снижения болевого синдрома (BP), улучшение индекса общего здоровья (GH), жизнеспособности (VT), вследствие ухудшения индекса социальной роли (SF) отмечается тенденция к снижению эмоциональной функционирования (RE) и психического состояния (MH) пациентов.

У пациентов старческого возраста, по сравнению с дооперационным периодом, качество жизни достоверно улучшилось после ЛХЭ по таким показателям, как физическое (PF), ролевое физическое функционирование (RP) общее состояние здоровья (GH) на фоне умеренного снижения болевого синдрома (BP). При этом отмечается тенденция к ухудшению эмоционального состояния (RE), выраженные изменения психического здоровья (MH) и индекса социальной роли (SF).

7.2. Отдаленные результаты и качество жизни больных, оперированных минидоступом, с учетом возраста и психоневрологического состояния

Учитывая наличие быстрой реабилитации и косметического эффекта, у больных после минихолецистэктомии удовлетворительное состояние отмечено у 240. Из них пациентов среднего возраста было 103, пожилого - 90 и старческого - 47.

При изучении характера отдаленных результатов у 146 пациентов отмечены хорошие результаты, они чувствовали себя полностью здоровыми, не придерживались строгой диеты, сопутствующие заболевания носили стабильный характер. Удовлетворительный результат был констатирован у 94 оперированных ранее больных, они предъявляли жалобы на периодические боли в животе, диспепсические расстройства, из-за чего вынуждены были соблюдать диету. Самостоятельно лечились в группе среднего возраста 8, в группе пожилого возраста - 11 и в группе старческого возраста - 9 больных, в общем - 28. Остальные 24 пациента из средней группы, 21- пожилого и 29 старческого возраста обратились за медицинской помощью по месту жительства и наблюдались у гастроэнтеролога. Жалобы на боли, локализующиеся в правом подреберье и эпигастрии, предъявляли 12 пациентов средней группы, 14- пожилого и 9- старческого возраста. У остальных 20 боль локализовалась в левом подреберье, из них 5 пациентов среднего, 7 - пожилого и 8 - старческого возраста. Рецидивный панкреатит диагностирован у 4 пациентов: по два в пожилом и старческом возрасте. Язвенная болезнь желудка - также по два в среднем возрасте; хронический колит - у 3 в пожилом возрасте и 4 - в старческом. Все пациенты указывали на различные сроки появления вышеуказанных жалоб после оперативного вмешательства. Число удовлетворительных результатов в зависимости от времени возникновения болевого синдрома у больных приведена в таблице 26, на рисунках 22, 23. У большинства пациентов, оперированных минидоступом, болевой синдром появился в период от 6 месяцев до 1 года от момента операции. Следует отметить, что при всех удовлетворительных результатах болевой синдром не сопровождался иктеричностью кожи и склер, потемнением мочи или обесцвечиванием кала.

Таблица 26

Частота обращений пациентов в зависимости от времени возникновения болевого синдрома после МХЭ с учетом возраста.

Возраст		<10 дн	10дн-1 мес	1мес-6 мес	6мес-1 год	>2год
Средний	N= 30	4 (13,4%)	5 (16,6%)	7 (23,4%)	11 (36,6%)	3(10,0%)
Пожилой	N=33	5(15,1%)	5(15,1%)	7 (21,2%)	12(36,4%)	4 (12,2%)
Старческий	N=39	6(15,4%)	7(17,9%)	9 (23,1%)	1(28,2%)	6(15,4%)

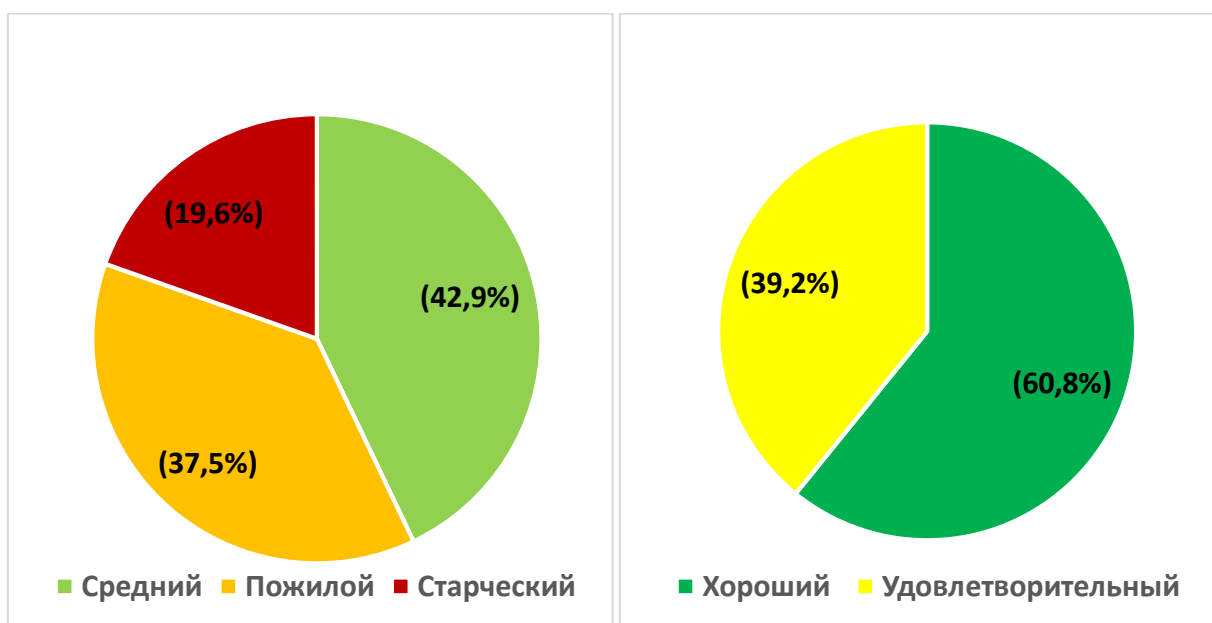


Рис. 22. Возраста пациентов, Рис. 23. Характер отдаленных результатов перенесших МХЭ у пациентов, перенесших МХЭ

При обследовании в условиях стационара в группе больных всех групп с удовлетворительными отдаленными результатами после МХЭ причиной болевого синдрома явилась сопутствующая патология ЖКТ. Преобладали хронические нарушения дуоденальной проходимости, в основном по гипомоторному типу дискинезии, с наличием гастродуоденита с дуоденогастральным рефлексом и атрофическим гастритом - у 11 больных: среднего - 2, пожилого - 4, старческого возраста - 5. Следующей причиной болевого синдрома явился хронический рецидивирующий панкреатит - у 4 больных: по 2 пожилого и старческого возраста. В 6 случаях хронический рецидивирующий

панкреатит сочетался с гастродуоденитом и диффузными изменениями в печени, выявленными при УЗИ: 1 - среднего, 2 - пожилого и 3 - старческого возраста. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки была верифицирована у 4 больных: по 2 пожилого и старческого возраста; хронический колит - у 6 пациентов: по 2 каждой возрастной группы. Таким образом, в группе удовлетворительных отдаленных результатов болевой синдром не имел билиарного генеза и был связан с сопутствующей патологией органов пищеварительного тракта.

Неудовлетворительных отдаленных результатов в группе больных, перенесших МХЭ, не выявлено. Полученные результаты (табл. 27) свидетельствуют об увеличении частоты больных с хорошим результатом, по сравнению с удовлетворительным, в срок наблюдения на 12 месяце, со снижением у больных болевого синдрома, диспепсии и других жалоб. Однако, обследование групп больных в сроки анкетирования на 24 месяце после операции показало изменение соотношения отдаленных результатов в сторону удовлетворительных, что связано давностью сопутствующей патологии.

Таблица 27

Распределение больных в зависимости от возраста и характера отдаленных результатов после МХЭ

Результаты	Хорошие		Удовлетворительные	
Месяцы	12	24	12	24
Сред.возраст	81	32	75	38
Пож. возраст	40	40	36	46
Стар.возраст	25	22	23	25

0

Данное обстоятельство свидетельствует о целесообразности диспансеризации пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу желчнокаменной болезни.

Исследование психоневрологического статуса после МХЭ у 103 пациентов среднего возраста в отдаленном периоде соответствовало когнитивной дисфункции легкой степени при MMSE, равному $28,64 \pm 0,71$. Согласно табли-

це 28, у пациентов среднего возраста при тестировании всех показателей основной функции мозга и сравнении их с дооперационными данными (как исходными) прослеживается снижение произвольного внимания, распределения и избирательности памяти легкой степени модальностноспецифического характера. Нарушения в равной степени затрагивали как точность, так и концентрацию памяти. Материал, объединенный в смысловые системы, запоминался лучше, чем неорганизованный по смыслу. Отмечалась сохранность узнавания зрительного материала у большинства пациентов, по сравнению с активным воспроизведением. Проявлялась недостаточность избирательности внимания, при этом ошибки пациенты часто исправляли самостоятельно, без подсказки врача. Исследования интеллектуальной лабильности в группе показали высокую и хорошую способность к обучению и переобучению. Неврологический статус у 90 пациентов пожилого возраста после МХЭ соответствует $26,04 \pm 0,86$ баллам по шкале MMSE, т.е. нарушения умеренной степени.

Анализ данных таблицы 28 показывает, что отмечалось умеренное нарастание когнитивного дефицита при сопоставлении с данными группы пациентов среднего возраста, а также умеренно выраженные изменения памяти, внимания, более частые нарушения способности произвольного внимания, концентрации и распределения внимания при использовании разнообразных двигательных навыков. При этом отмечалось снижение точности и избирательности внимания. Клинические проявления эмоционального напряжения у больных проявлялись эмоциональной неустойчивостью. Это свидетельствовало о нарастании ипохондрических реакций, беспокойства за состояние своего физического здоровья, которые возникали на фоне повышенного уровня тревоги. Сопутствующая болезнь является наиболее социально приемлемым способом переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих и оправдать собственную пассивность, также, как и в ситуации пациентов предыдущей возрастной группы. При этом отмечает-

ся умеренно выраженные интеллектуально-мнестические нарушения, с отрицательными индексами эмоциональности и психического состояния.

Таблица 28

Показатели когнитивной дисфункции после МХЭс учетом возраста пациентов

Средний возраст			
Разновидности памяти	До опер.	После опер.	Достов.
Производное внимание по Векслеру, %	57,23±1,86	55,01±1,74	p>0,05
Концентрация внимания по Бурдону, %	57,34±1,65	53,46±1,48	p>0,05
Точность внимания по Бурдону	0,63±0,013	0,60±0,046	p>0,05
Продуктивность внимания по Бурдону	64,61±1,19	61,21±1,31	p>0,05
Распределение внимания по Шульте	6,11±0,44	5,85±0,31	p>0,05
Избирательность внимания по Мюнстербергу	5,61±0,69	5,38±0,48	p>0,05
Пожилой возраст			
Разновидности памяти	До опер.	После опер.	Достов.
Производное внимание по Векслеру, %	44,01±1,05	40,45±1,27	p>0,05
Концентрация внимания по Бурдону, %	40,88±1,44	36,81±1,18	p>0,05
Точность внимания по Бурдону	0,40±0,018	0,37±0,016	p>0,05
Продуктивность внимания по Бурдону	59,76±1,96	55,19±1,64	p>0,05
Распределение внимания по Шульте	5,01±1,27	4,59±1,33	p>0,05
Избирательность внимания по Мюнстербергу	4,49±0,64	4,09±0,69	P>0,05
Старческий возраст			
Разновидности памяти	До опер.	После опер.	Достов.
Производное внимание по Векслеру, %	32,92±1,12	28,11±1,16	p>0,05
Концентрация внимания по Бурдону, %	28,66±1,09	24,41±1,45	p>0,05
Точность внимания по Бурдону	0,41±0,019	0,36±0,017	p>0,05
Продуктивность внимания по Бурдону	52,12±1,34	47,19±1,41	p>0,05
Распределение внимания по Шульте	3,84±0,31	3,29±0,22	p>0,05
Избирательность внимания по Мюнстербергу	3,39±0,41	3,06±0,44	p>0,05

При исследовании психоневрологического статуса у 47 пациентов старческого возраста после МХЭ выявлена тяжелая степень нарушений когнитивной функции мозга, оцененная по шкале MMSE в 23,36±0,91 балла. Нарастала диссоциация между выраженностью нарушения произвольного, концентрационного и точного внимания, запоминание информации ухудшалось в значительно большей степени, чем её распределение и избирательность памяти. Прослеживалась нервно-психическая дезадаптация у большинства

обследованных из данной группы, характеризующаяся снижением показателей личностного профиля эмоциональной лабильности, отражающей конфликтное сочетание стремления нравиться окружающим с эгоистичностью, что свидетельствовало о скупости эмоциональных проявлений. Отмечено достоверное снижение индексов социальной роли, эмоционального индекса и психического здоровья пациентов данной группы. Интеллектуальная способность была резко снижена, затруднена способность к обучению и переобучению.

Характер отдаленных результатов после удаления желчного пузыря из минидоступа представлен в таблице 29. Данные таблицы 29 свидетельствуют о снижении частоты хороших отдаленных результатов у пациентов через 24 месяца после операции и повышении удовлетворительных.

Таблица 29

Характер отдаленных результатов респондентов после минихолецистэктомии.

Возраст	12 месяцев		24 месяца	
	хороший	удовлетворительный	хороший	удовлетворительный
Средний	81	32	75	38
Пожилой	40	40	36	46
Старческий	25	22	23	25

При анализе показателей качества жизни больных среднего возраста после МХЭ методом двойного теста до и в отдаленном периоде после оперативного вмешательства были получены следующие результаты.

Таблица 30

Качество жизни пациентов среднего возраста после МХЭ до и после операции

PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
74,5±2,2	77,4±2,4	31,4±2,2	67,6±2,4	76,4±2,6	76,7±2,3	78,6±2,6	71,9±2,4
p<0,05	p<0,05	p<0,01	p<0,05	p<0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
84,3±1,6	86,1±1,9	51,1±1,8	74,4±2,0	82,6±2,2	80,1±2,1	81,2±2,0	77,3±1,7

Результаты таблицы 30 свидетельствуют, что качество жизни пациентов среднего возраста после МХЭ в отдаленном периоде достоверно улучшалось по следующим показателям: повседневной физической нагрузке (PF),

ролевое физическое функционирование (RP), болевой синдром (BP), общее состояние здоровья (GH) и жизнеспособность (VT). Достоверных различий в показателях индекса оценки уровня своих взаимоотношений с родственниками и друзьями (SF), эмоционального функционирования (RE) и психического здоровья (MH) не обнаружены.

Результаты таблицы 31 свидетельствуют о том, что у пациентов пожилого возраста качество жизни после минихолецистэктомии в отдаленном периоде достоверно улучшилось по следующим показателям: болевому синдрому (BP), повседневной физической нагрузке (PF), проблемам физического ограничения жизнедеятельности (RP), общего состояния здоровья (GH), субъективной оценке состояния здоровья (VT). Достоверных различий не отмечено в показателях взаимоотношений с родственниками и друзьями (SF), эмоциональной сфере (RE), в общем, пациенты не ощущали спокойствия (MH).

Таблица 31

Качество жизни пациентов пожилого возраста после МХЭ до и после операции

PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
67,8±2,0	58,7±2,3	30,7±2,1	64,8±2,3	59,4±2,1	62,6±2,1	60,8±2,7	64,7±1,9
p<0,05	p<0,05	p<0,01	p<0,05	p<0,05	p>0,05	p>0,5	p>0,5
75,4±1,9	65,9±1,8	48,6±2,0	70,6±2,1	64,9±1,9	67,3 2,1	64,3±2,0	69,3±1,9

Данные таблицы 32 свидетельствуют, что у пациентов старческого возраста качество жизни после МХЭ в отдаленном периоде достоверно улучшалось по следующим показателям: болевой синдром (BP), энергичность (VT) и индекс взаимоотношений с родственниками и друзьями (SF). Достоверных различий в показателях индекса эмоционального (RE) и психического здоровья (MH), повседневной физической нагрузки (PF), физического состояния (RP), общего здоровья (GH) не обнаружено. Причина снижения индексов качества жизни у респондентов, оперированных минидоступом, в среднем возрасте обусловлена наличием психоневрологической несостоятельности легкой степени, у пациентов пожилого возраста - умеренной степени и у пациентов старческого возраста - выраженной степени.

Таблица 32

Качество жизни пациентов старческого возраста до и после МХЭ

PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
56,4±1,9	49,6±2,0	29,4±1,8	52,8±2,2	38,7±1,8	42,7±2,3	50,7±2,5	49,6±2,3
p >0,5	p >0,5	p <0,01	p >0,5	p <0,05	p <0,05	p >0,5	p >0,5
54,1±1,9	46,3±1,8	40,8±1,6	56,7±2,1	43,4±1,7	37,6±2,1	47,6±1,9	44,4±2,6

При анализе показателей качества жизни больных после МХЭ методом двойного теста до и в отдаленном периоде были получены следующие результаты (рис. 24).

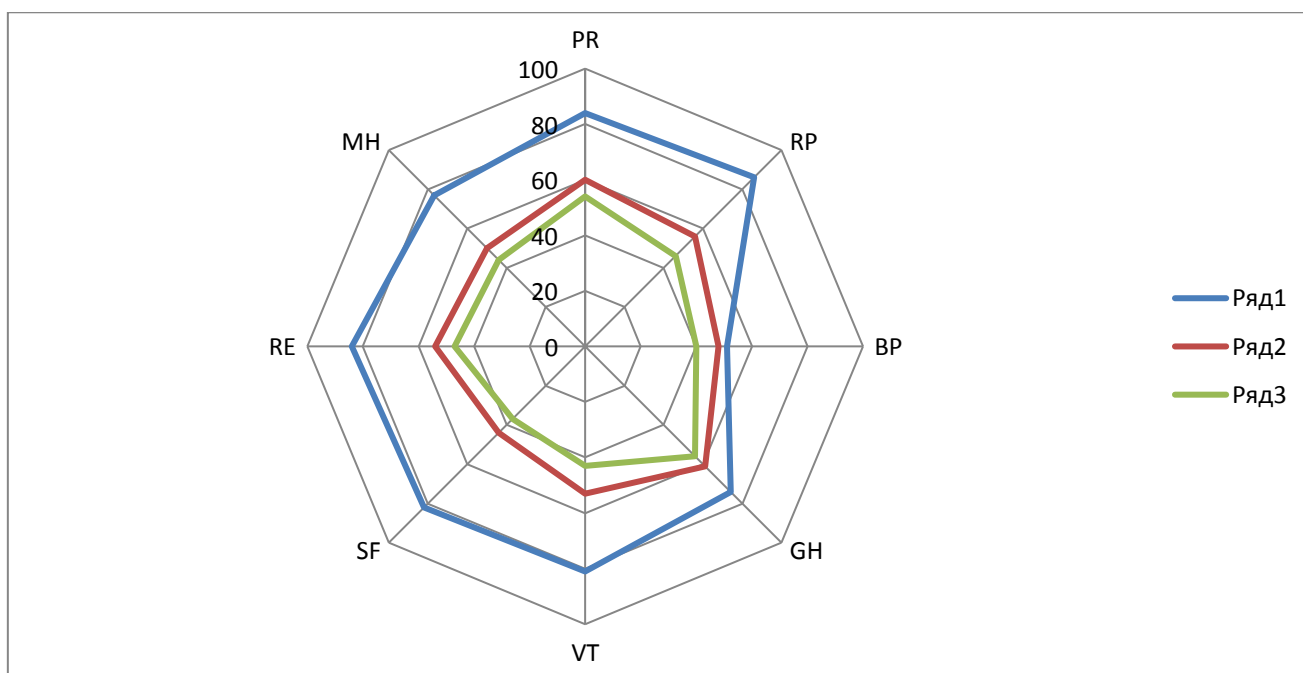


Рис. 24. 1 ряд - средний возраст, 2 ряд - пожилой возраст, 3 ряд - старческий возраст

Согласно проведенным исследованиям, качество жизни респондентов среднего возраста после операции холецистэктомии минидоступом в отдаленном периоде достоверно улучшилось (рис. 23) по следующим показателям: повседневная физическая работа (PF), проблемы в ограничении жизнедеятельности (RP), состояние здоровья (GH), энергичность (VT), взаимодействие с родственниками и друзьями (SF), взаимодействие с родственниками друзьями, коллегами по работе (ST), эмоциональное состояние (RE) и психи-

ческое здоровье (MH). У респондентов пожилого возраста после холецистэктомии из минидоступа в отдаленном периоде достоверно улучшились следующие показатели: повседневная физическая нагрузка (PF), снизились проблемы в ограничении жизнедеятельности (RP), болевой синдром (BP), состояние здоровья (GH), энергичность (VT). Достоверность отсутствовала по индексу взаимоотношений с родственниками, друзьями (SF), эмоциональному состоянию (RE), психическому здоровью (MH). У респондентов старческого возраста в отдаленном периоде после холецистэктомии из минидоступа отмечалось отсутствие достоверности по повседневной физической работе (PF), проблемам ограничения жизнедеятельности (RP), взаимодействия с родственниками, друзьями (SF), общему состоянию здоровья (GH), энергичности (VT), при достоверности по индексу болевого синдрома (BP), в сравнении с исходными показателями.

Таким образом, после МХЭ результатами операции были удовлетворены 240 пациентов: 103 - среднего, 90 - пожилого и 47 – старческого возрастов. С хорошим результатами было 146(61,4%) пациентов, удовлетворительными - 94(39,4%). Состояние их оценивали, как удовлетворительное, ввиду наличия жалоб на боли в животе и диспептические расстройства. Болевой синдром появлялся в период от одного до 12 месяцев. Болевой синдром не сопровождался иктеричностью кожи и склер, потемнением мочи или обесцвечиванием кала. За период спустя 24 месяца отмечалось уменьшение частоты больных с хорошим результатом и увеличение удовлетворительных, по мере снижения у больных болевого синдрома. Психоневрологический статус характеризовался наличием когнитивной дисфункции умеренной степени у пациентов среднего возраста - $28,64 \pm 0,71$ балла, пожилого - $26,04 \pm 0,86$ балла, т.е. когнитивной дисфункции умеренной степени, у пациентов старческого возраста - $23,36 \pm 0,91$ балла, что соответствует когнитивной дисфункции тяжелой степени. КЖ больных среднего возраста после МХЭ в отдаленном периоде достоверно улучшилось по следующим показателям: физическая ра-

ботоспособность (PF), физическое состояние (RP), общее здоровье (GH), энергичность (VT), эмоциональное состояние (RE), социальная роль (SF) при отсутствии достоверности по индексу психического здоровья (MH). У пациентов пожилого возраста в отдаленном периоде после МХЭ вмешательства достоверно улучшились следующие показатели: физическая работоспособность (PF), физическое состояние (RP), болевой синдром (BP), общее здоровье (GH), энергичность (VT) при отсутствии достоверности по индексам социальной роли (SF), эмоционального состояния (RE) и психического здоровья (MH). У пациентов старческого возраста в отдаленном периоде после МХЭ по следующим показателям: физическая работоспособность (PF), физическое состояние (RP), общее здоровье (GH), энергичности (VT), социальная роль (SF), эмоциональное состояние (RE), психическое здоровье (MH) - отсутствует достоверная разница, на фоне достоверной разницы по болевому синдрому (BP), сравнительно с дооперационными данными.

7.3. Отдаленные результаты и качество жизни больных после традиционной холецистэктомии с учетом возраста и психоневрологического состояния

Для проведения малоинвазивной холецистэктомии имеется ряд ограничений и противопоказаний, ее нельзя выполнять пациентам, которым бы ранее произведены операции на органах брюшной полости, из-за наличия спаечных процессов после оперативных вмешательств или перенесенного воспалительного процесса, вентральных грыж, а также при невозможности проведения лапаротомической холецистэктомии из-за повышенного риска конверсии, развития гнойных раневых осложнений, продолжительной операции.

С хорошими отдаленными результатами в группе после традиционной холецистэктомии было 164 пациента, все они чувствовали себя здоровыми, не придерживались строгой диеты. Сопутствующие заболевания у них носили стабильный характер. Удовлетворительные результаты констатируются

ваны у 116 ранее оперированных пациентов ввиду наличия жалоб на боли в животе и диспепсические расстройства. Данные проявления вынуждали больных придерживаться диеты. Самостоятельно лечились в группе 67 человек: в среднем возрасте- 18, в пожилом – 21, в старческом - 28 пациентов. Остальные 118 обратились за медицинской помощью по месту жительства и наблюдались у гастроэнтеролога. Жалобы на боли, локализующиеся в правом подреберье и эпигастрии, предъявляли 26 пациентов: по 9 в среднем и пожилом возрасте, 10 - в старческом. Остальные локализовали боль в левом подреберье – 26: 8 пациентов среднего возраста, 7 - пожилого и 11 - старческого. Периодический болевой синдром отмечал 21 пациент. Все они указывали на различные сроки появления вышеуказанных жалоб после оперативного вмешательства. Частота пациентов с удовлетворительными результатами в зависимости от времени возникновения болевого синдрома приведена в диаграмме(рис. 25, 26).

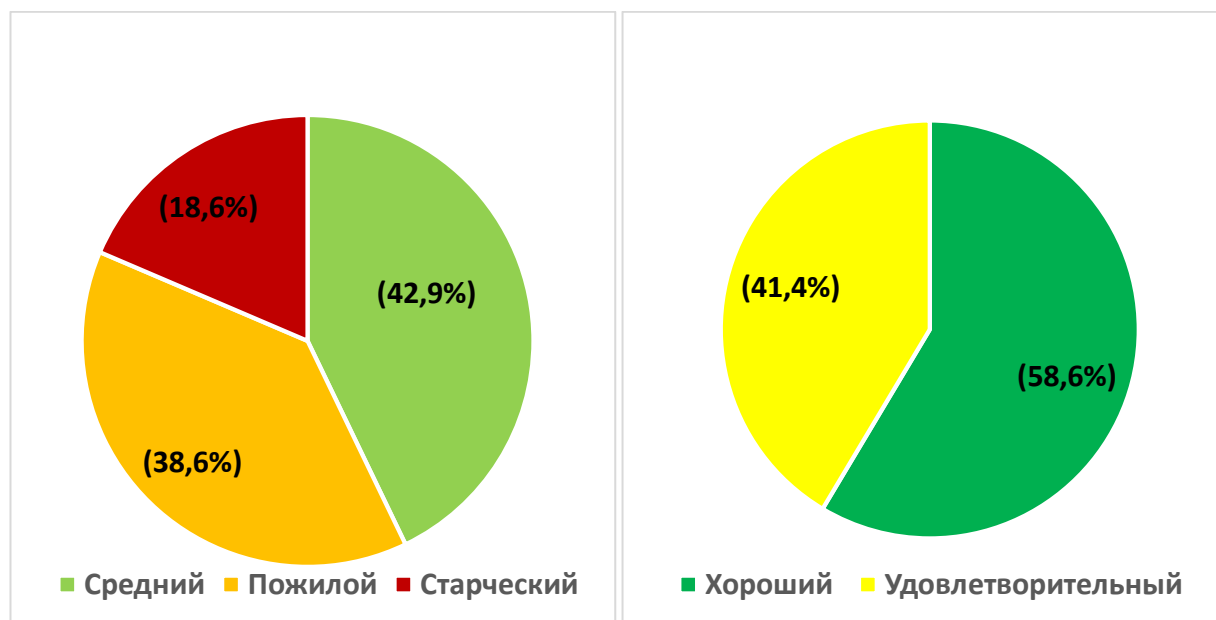


Рис. 25. Возраста пациентов, Рис. 26. Характер отдаленных результатов перенесших ТХЭ у пациентов, перенесших ТХЭ

У большинства пациентов болевой синдром появился в период от 6 до 12 месяцев от момента операции. Следует отметить, что у всех больных с

удовлетворительными результатами не имелось иктеричности кожи и склер, потемнения мочи или обесцвечивания кала. Причиной болевого синдрома у них явилась сопутствующая патология ЖКТ (табл. 32). Преобладали пациенты с хронической дуоденальной непроходимостью, в основном по гипомоторному типу дискинезии, наличием гастродуоденита с дуоденогастральным рефлюксом и атрофическим гастритом - 23. Второй из причин болевого синдрома явился хронический рецидивирующий панкреатит - 16 больных: 4 - среднего, по 6 человек - пожилого и старческого. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки была верифицирована у 5 больных среднего, у 3 пожилого и у 4 старческого возраста. Таким образом, в группе удовлетворительных результатов болевой синдром не имел билиарного генеза и был связан с сопутствующей патологией органов пищеварительного тракта.

Таблица 32

Частота обращения пациентов в зависимости от времени возникновения болевого синдрома после ТХЭ с учетом возраста

Возраст	Число	<10 дней	10 дней – 1 месяц	1 месяц - 6 месяцев	6 месяцев - 1 год	>2 год
Средний	n= 30	4 (13,4%)	5 (16,6%)	7 (23,4%)	11(36,6%)	3(10,0%)
Пожилой	n=33	5(15,1%)	5(15,1%)	7 (21,2%)	12(36,4%)	4 (12,2%)
Старческий	n=39	6(15,4%)	7(17,9%)	9 (23,1%)	11(28,2%)	6(15,4%)

Неудовлетворительный результат отмечен у 2 (1,7%) пациентов. Его причиной стал резидуальный холедохолитиаз. В одном случае остаточные камни общего желчного протока удалось извлечь, применяя эндоскопические методы санации желчевыводящих путей. На втором случае остановимся подробнее.

Больной X., № истории болезни 1039. Через год после выписки из стационара в удовлетворительном состоянии почувствовала периодические боли в правом подреберье и эпигастрии, сопровождающиеся иктеричностью склер, потемнением мочи, просветлением кала. При обследовании в хирургическом отделении при УЗИ было выявлено расширение общего желчного

протока до 1,3 см, в дистальном отделе подозрение на наличие конкремента. При проведении ЭРПХГ контрастировался холедох шириной 1,5 см, в просвете которого имелся конкремент 1,5 см в диаметре. У больного был верифицирован диагноз резидуального холедохолитиаза. Попытка эндоскопической литоэкстракции была неэффективна. В связи с этим пациенту выполнена лапаротомия в правом подреберье косым доступом с иссечением старого рубца, разделение сращений в области гепатодуоденальной связки, холедохолитотомия, наружное дренирование общего желчного протока дренажом Кера. Течение послеоперационного периода протекало гладко. Дренаж удален на 11 сутки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, в группе удовлетворительных отдаленных результатов болевой синдром не имел билиарного генеза и был связан с сопутствующей патологией органов пищеварительного тракта. Неудовлетворительные отдаленные результаты в группе больных, перенесших ТХЭ, выявлены у двоих, им оказана своевременная помощь с удовлетворительным результатом.

Полученные результаты (табл. 33) свидетельствуют об умеренной частоте хороших результатов и относительно удовлетворительными в сроки наблюдения 12 - 24 месяца по мере относительного снижения у больных болевого синдрома, диспепсии и других жалоб. Однако, обследование группы больных в сроки анкетирования на 24 месяца после операции показало относительное изменение соотношения отдаленных результатов в сторону улучшения, что связано с проводимым лечением сопутствующей патологии. Данное обстоятельство свидетельствует о целесообразности диспансеризации пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу желчнокаменной болезни.

Таблица 33

Распределение больных в зависимости от возраста и характера отдаленных результатов после ТХЭ

Результаты	Хорошие		Удовлетворительные	
	12	24	12	24
Месяцы	12	24	12	24

Сред.возраст	60	60	58	62
Пож. возраст	74	34	73	35
Стар.возраст	30	22	30	22

Исследование психоневрологического статуса после ТХЭ у 120 пациентов среднего возраста в отдаленном периоде соответствовало когнитивной дисфункции легкой степени, MMSE $27,82 \pm 0,64$ балла.

Согласно таблице 34, у пациентов среднего возраста при тестировании всех показателей основной функции мозга и сравнение их с дооперационными данными (как исходными) прослеживается снижение произвольного распределения и избирательности памяти умеренной степени модально-специфического характера. Нарушение в равной степени затрагивали как точность, так и концентрацию памяти. Материал, объединенный в смысловые системы, запоминался намного легче, чем неорганизованный по смыслу. Отмечается снижение сохранности узнавания зрительного материала у большинства пациентов по сравнению с активным воспроизведением. Отмечалась удовлетворительная избирательность внимания, при этом ошибки пациенты могли исправлять самостоятельно, без подсказки врача. Исследования интеллектуальной лабильности в группе показали хорошую способность к обучению и переобучению. Неврологический статус у 108 пациентов пожилого возраста после ТХЭ соответствует $24,35 \pm 0,74$ баллам по шкале MMSE, т.е. нарушения легкой степени. Анализ таблицы 35 свидетельствует об умеренном нарастании когнитивного дефицита при сопоставлении с данными группы пациентов среднего возраста, что проявлялось умеренно выраженными изменениями памяти, внимания, более частыми нарушениями произвольного внимания, концентрации и распределения внимания при использовании разнообразных двигательных навыков. При этом отмечалось снижение точности и избирательности внимания.

Таблица 35

Показатели когнитивной дисфункции пациентов после ТХЭ с учетом возраста

Средний возраст			
Разновидности памяти	До опер.	После опер.	Достов.
Производное внимание по Векслеру, %	45,34±0,79	42,75±0,81	P<0,05
Концентрация внимания по Бурдону, %	44,66±0,74	41,21±0,61	P<0,05
Точность внимания по Бурдону	0,44±0,011	0,41±0,014	P<0,05
Продуктивность внимания по Бурдону	56,92±1,49	53,18±1,54	P<0,05
Распределение внимания по Шульте	5,01±0,29	4,61±0,21	P<0,05
Избирательность внимания по Мюнстербергу	2,87±0,29	2,64±0,21	P<0,05
Пожилой возраст			
Разновидности памяти	До операции	После опер.	Достов.
Производное внимание по Векслеру %	33,51±1,16	29,05±1,32	P<0,05
Концентрация внимания по Бурдон %у	30,29±1,45	26,29±1,41	P<0,05
Точность внимания по Бурдону	0,40±0,018	0,34±0,021	P<0,05
Продуктивность внимания по Бурдону	50,17±1,46	44,19±1,24	P<0,05
Распределение внимания по Шульте	3,91±0,21	3,31±0,32	P<0,05
Избирательность внимания по Мюнстербергу	3,86±0,58	3,31±0,72	P<0,05
Старческий возраст			
Разновидности памяти	До опер.	После опер.	Достов.
Производное внимание по Векслеру %	22,63±1,21	18,53±1,19	P<0,05
Концентрация внимания по Бурдон %у	16,76±1,34	13,61±1,31	P<0,05
Точность внимания по Бурдону	0,82±0,019	0,67±0,014	P<0,05
Продуктивность внимания по Бурдону	42,82±1,49	34,61±1,29	P<0,05
Распределение внимания по Шульте	3,01±0,24	1,34±0,17	P<0,05
Избирательность внимания по Мюнстербергу	2,01±0,29	1,64±0,27	P<0,05

Клинические проявления эмоционального напряжения у больных отражались в эмоциональной неустойчивости. Это свидетельствовало о нарастании ипохондрических тенденций, беспокойства за состояние своего физического здоровья, которые возникают на фоне повышенного уровня тревоги. Сопутствующая болезнь является наиболее социально приемлемым способом переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих и оправдать собственную пассивность. При этом у пациентов отмечаются умеренно выраженные интеллектуально-мнестические нарушения, с отрицательными индексами эмоциональности и психического состояния. Интеллектуальная лабильность характеризовалась трудностью к обучению и

обработке информации.

При исследовании психоневрологического статуса у 52 пациентов старческого возраста после ТХЭ выявлена тяжелая степень нарушений когнитивной функции мозга, по шкале MMSE-21,34±0,69 балла. Для пациентов данной группы была характерна большая выраженность когнитивных нарушений. Нарастала диссоциация между выраженностью нарушения произвольного, концентрационного и точности внимания, запоминание информации ухудшалось в значительно большей степени, чем её распределение и избирательность памяти. Прослеживалась явная нервно-психическая дезадаптация у большинства обследованных, что характеризовалось снижением показателей личностного профиля, эмоциональной лабильности, отражающей конфликтное сочетание стремления нравиться окружающим с эгоистичностью, что свидетельствовало о скупости эмоциональных проявлений. Отмечено достоверное снижение индексов социальной роли, эмоционального индекса и психического здоровья всех пациентов. Интеллектуальная способность была резко снижена, затруднена их способность к обучению и переобучению. При анализе показателей качества жизни больных после ТХЭ методом двойного теста до и в отдаленном после оперативного вмешательства были получены следующие результаты (таблицы 36, 37, 38).

Данные таблицы 36 свидетельствуют, что качество жизни пациентов среднего возраста после традиционной операции в отдаленном периоде сопровождается тенденцией улучшения по следующим показателям: на фоне умеренного снижения болевого синдрома (BP) по шкале физической работоспособности (PF), физического состояния (RP), общего здоровья (SF), жизненной способности (VT) при отсутствии достоверности по шкалам социальной сферы (SF), эмоционального функционирования (RE) и психического здоровья (MH).

Таблица 36

Качество жизни пациентов среднего возраста до и после ТХЭ

PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
74,5±2,4	74,4±2,4	31,4±2,2	64,6±2,4	71,4±2,6	70,7±2,3	72,6±2,6	67,9±2,4
p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,5	p > 0,5	p > 0,5
78,6±1,9	78,4±2,1	35,6±2,4	70,4±2,0	74,8±2,1	75,4±2,4	75,4±2,1	73,3±1,7

После традиционной операции при исследовании качества жизни пациентов пожилого возраста в отдаленном периоде отмечается достоверное улучшение (табл. 37) по следующим показателям: шкале физической работоспособности (PF), общесостояния здоровья (GH), ролевого физического состояния (RP), жизнеспособности (VT), на фоне снижения болевого синдрома (BP) при отсутствии достоверности по шкалам: социальная сфера (SF), эмоциональное функционирование (RE) и психическое здоровье (MH).

Таблица 37

Качество жизни пациентов пожилого возраста до и после ТХЭ

PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
65,8±2,0	53,7±2,3	30,7±2,1	60,8±2,3	50,7±2,1	59,6±2,1	58,8±2,7	54,7±1,6
p<0,05	p>0,05	p>0,5	p<0,05	p<0,05	p>0,5	p>0,5	p>0,5
68,1±1,9	57,4±2,2	31,4±2,1	65,5±2,0	53,4±1,8	61,2±1,9	60,1±2,1	52,4±1,9

Исследованием качества жизни у пациентов старческого возраста после традиционной операции в отдаленном периоде выявлено отсутствие достоверности по шкалам физической работоспособности (PF), физического состояния (RP), болевого синдрома (BP), общего состояния здоровья (GH), жизнеспособности (VT), социального (SF) и эмоционального функционирования (RE), психического здоровья (MH) (табл. 38).

Таблица 38

Качество жизни пациентов старческого возраста до и после ТХЭ

PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
52,4±1,9	46,6±2,0	29,4±1,8	50,8±2,2	34,1±1,8	40,1±2,3	48,7±2,5	41,6±2,3
p>0,5	p>0,5	p>0,5	p>0,5	p>0,5	p>0,5	p>0,5	p>0,5
54,4±2,2	44,6±1,9	30,6±2,3	48,4±1,5	32,6±1,7	39,4±1,6	46,4±1,7	40,3±1,9

Вотдаленном периоде после ТХЭ у пациентов среднего возраста, по сравнению с дооперационным периодом, качество жизни (рис. 26) достоверно улучшилось по индексам: физическая работоспособность (PF), физическое состояние (RP) и болевой синдром (BP). При этом достоверная разница отсутствует по шкалам: общее здоровье (GH), энергичность (VT), социальная роль (PF), уровень взаимоотношений с родственниками, друзьями и коллегами (SF), эмоциональное (RE) и психическое здоровье (MH). У пациентов пожилого возраста обнаружена тенденция к ухудшению физической работоспособности (PF), физического состояния (RP), болевого синдрома (BP), общего здоровья (GH), жизнеспособности (VT) и социальной роли (SF). Нет изменений по индексам эмоциональности (RE) и психического здоровья (MH).

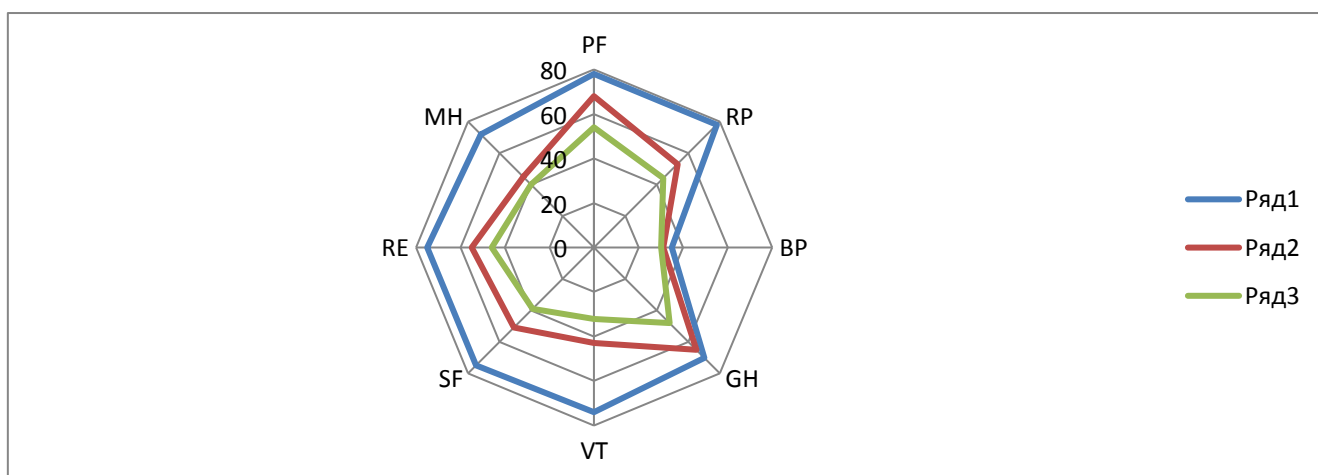


Рис. 27. 1 ряд - средний возраст, 2- пожилой возраст, 3- старческий возраст

У пациентов старческого возраста отмечалось отсутствие достоверности по шкалам физической работоспособности (PF), физического состояния (RP), болевого синдрома (BP), общего здоровья (GH), энергичности (VT) и социальной роли (SF); нет изменений по индексам эмоциональности (RE) и психического здоровья (MH).

Таким образом, после ТХЭ хорошие отдаленные результаты отмечены у 164 (58,6%), удовлетворительные - у 116 (41,4%) пациентов. Удовлетворительное состояние отмечалось при наличии жалоб на боли в животе и дис-

пепсические расстройства. У большинства пациентов болевой синдром появился в период от 6 до 12 месяцев от момента операции. Неудовлетворительные результаты отмечены у 2 (1,7%) пациентов вследствие резидуального холедохолитиаза. Однако, при обследовании этой группы больных через 24 месяца после операции получены относительные изменения соотношения отдаленных результатов в сторону улучшения, что связано с проводимым лечением сопутствующей патологии.

Состояние психоневрологического статуса после ТХЭ у 120 пациентов среднего возраста в отдаленном периоде соответствовало когнитивной дисфункции легкой степени, оценено в $27,82 \pm 0,64$ балла. И у 108 пациентов пожилого возраста имелась когнитивная дисфункция умеренной степени - $24,35 \pm 0,74$ балла, у 52 пациентов старческого возраста когнитивная дисфункция тяжелой степени оценена в $21,34 \pm 0,69$ балла. При исследовании КЖ пациентов среднего возраста после традиционной операции в отдаленном периоде определяется тенденция к его улучшению по следующим показателям: на фоне умеренного снижения болевого синдрома (BP) по шкале физической работоспособности (PF), физического состояния (RP), общего здоровья (SF), жизнеспособности (VT) при отсутствии достоверности по шкалам социальной сферы (SF), эмоционального функционирования (RE) и психического здоровья (MH). У пациентов пожилого возраста после традиционной операции в отдаленном периоде определяется тенденция к улучшению КЖ по следующим показателям: на фоне тенденции снижения болевого синдрома (BP) достоверное улучшение по шкале физической работоспособности (PF), общего состояния здоровья (GH), ролевого физического состояния (RP), жизнеспособности (VT) при отсутствии достоверности по шкалам социальной сферы (SF), эмоционального функционирования (RE) и психического здоровья (MH). КЖ пациентов старческого возраста после традиционной операции в отдаленном периоде характеризуется отсутствием достоверности по шкалам: физической работоспособности (PF), физического состояния (RP), болевого

синдрома (BP), общего состояния здоровья (GH), жизнеспособности (VT), социального функционирования (SF), эмоционального функционирования (RE) и психического здоровья (MH). Многие параметры качества жизни отражают характеристики социально-психического здоровья индивида вследствие истощения психоневрологических резервов и предполагают системное исследование психических и социальных факторов болезни, что по существу отражает содержание интегрального междисциплинарного подхода к личностям больного человека, отношение к нему как к единой биопсихосоциодуховной личности. В основном операторов интересует нивелирование симптомов, с которыми обратился респондент, и его удовлетворенность физическим функционированием. А личностные оценки качества жизни пациентов до настоящего времени недостаточно освещены. Они выступают как параметры, обуславливающие возникновение изменчивости психических реакций и реагирования на болезнь. Выявленные высокие значения физических компонентов шкалы качества жизни у пациентов среднего и пожилого возрастов после лапароскопической холецистэктомии и из минидоступа объясняются такими психологическими свойствами, как общительность, уверенность в себя, сбалансированное эмоциональное состояние. У респондентов старческого возраста после традиционной холецистэктомии отмечается наличие высоких уровней волнения, подавленности, изменчивости и типов отношения к болезни, что, несомненно, сказывается на отдаленных результатах лечения после проведенной холецистэктомии.

ГЛАВА 8. СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДО И ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ

При оценке того или иного метода лечения для пациентов большое значение имеет субъективный фактор, а именно отношение самых больных к новым технологическим явлениям и то, насколько результаты операции оправдывают их ожидания. Удовлетворенность больными результатами изучаемых вариантов холецистэктомии представлены в таблице 39.

Таблица 39

Удовлетворительность пациентов различного возраста результатами операции в зависимости от доступа холецистэктомии

Удовлетворительные Результаты	ЛХЭ	МХЭ	ТХЭ
Да	300 (100,0%)	240 (100,0%)	280 (100,0%)
Нет	0	0	2 (0,71%)
Средний возраст	130 (43,3%)	113(47,1%)	120(42,8%)
Пожилой возраст	110 (36,7%)	80 (33,3%)	108 38,6%)
Старческий возраст	60(20,0%)	47 (19,6%)	52 (18,6%)
Всего	300 (100,0%)	240 (100,0%)	280 (100,0)

Приведенные данные свидетельствуют о том, что все пациенты, перенесшие миниинвазивные варианты холецистэктомии, положительно оценивают результаты операции, в отличие от больных, которым выполнялась традиционная холецистэктомия. Во многом это связано с малой травматичностью миниинвазивных вмешательств, хорошим косметическим эффектом, быстрой активизацией. Данные сравнительного анализа характера отдаленных результатов после лапароскопического, минидоступа и традиционного вмешательств представлены в таблице 40.

Таблица 40

Характер отдаленных результатов в зависимости от доступа и возраста больных

Отдаленные результаты	ЛХЭ	МХЭ	ТХЭ
Хорошие	247(82,3%)	146(61,6%)	164 (58,6%)
Удовлетворительные	53 (17,7%)	94 (39,4%)	116 (41,4%)
Не удовлетворительные	0	0	2(0,7%)

Средний возраст	130 (43,3%)	113 (47,1%)	120 (42,9%)
Пожилой возраст	110 (36,7%)	80 (33,3%)	108 (38,6%)
Старческий возраст	60 (20,0%)	47 (19,6%)	52 (18,5%)
Всего	300 (100,0%)	240 (100,0%)	280 (100,0%)

Анализом характера отдаленных результатов выявлено, что при ЛХЭ ухорошиерезультаты отмечено у 247(82,3%) респондентов среднего возраста, удовлетворительные результаты - у 53 (17,7%), неудовлетворительных не отмечено. Среди них респондентов среднего возраста было 130(43,4%), пожилого возраста - 110(36,7%) и старческого возраста - 60 (20,0%) человек. После МХЭ хороший результат отмечен у 146 (61,6%) больных, удовлетворительный - у 94(39,4%), неудовлетворительных также не зарегистрировано. Возрастное распределение пациентов: среднего возраста 113(47,1%), пожилого 80 (33,3%), старческого возраста 47(19,6%). После ТХЭ хорошие результаты отмечены у 164(58,6%), удовлетворительные - у 116 (41,4%), неудовлетворительные - у 2(0,7%). Среди них пациентов среднего возраста было 120(42,9%), пожилого – 108 (38,6%), старческого – 52(18,5%). В группе респондентов после ТХЭ среднего возраста у 21,5%, у пожилых в 51,6% и в старческом возрасте у 38,5% отмечено появление болевого синдрома в течение первого месяца после операции, что в разы больше, чем у пожилых респондентов в сравнении с группой среднего возраста.

Результаты сравнительного изучения показателей качества жизни до и после различных видов холецистэктомии (ЛХЭ, МХЭ, ТХЭ) с учетом возраста представлены в таблице 41.

Таблица 41

Параметры изменения качества жизни после различных холецистэктомий у больных с учетом возраста

Р	Средний Возраст			Пожилой возраст			Старческий возраст		
	ЛХЭ	МХЭ	ТХЭ	ЛХЭ	МХЭ	ТХЭ	ЛХЭ	МХЭ	ТХЭ

P<0,05	PF RP BP GH VT SF	PF RP BP VT GH SF	PF RP BP GH VT	PF RP BP GH VT	PF RP BP GH	PF RP BP	PF RP BP VT	PF RP BP V T	
P> 0,5	RE MH	RE MH	SF RE MH	SF RE MH	SF RE MH	GH VT SF RE MH	GH SF RE MH	GH SF RE MH	PF RP BP GH SF VT RE MH

Анализируемые данные пациентов среднего возраста свидетельствуют о том, что удовлетворительные результаты преобладают в группе больных после лапараскопической и холецистэктомии из минидоступа. При этом отмечается достоверное улучшение по параметрам: оценки физического состояния (PF) и активности (RP), общего здоровья (GH), жизненного тонуса (VT), социальной роли (SF), субъективных болевых ощущений (BP), при этом имеются в наличии эмоциональные (RE) и психические (MH) проблемы в результате легкой степени когнитивной дисфункции. У оперированных традиционным доступом отмечается наличие достоверного улучшения оценки своего физического состояния (PR) и активности (RP), общего здоровья (GH), жизненного тонуса (NH) и субъективных ощущений (VT), при этом отмечают наличие социальных (ST), эмоциональных (RE), психических (MH) проблем из-за наличия легкой степени когнитивной дисфункции.

Анализ данных пациентов пожилого возраста, оперированных при помощи миниинвазивной технологии, т.е. холецистэктомия, произведенная лапараскопическим и минидоступом, выявил наличие достоверной разницы по шкалам физической работы (PF), физического состояния (RP), общего здоровья (GH), энергичности (VT) на фоне снижения болевого синдрома (BP), при этом наблюдаются недостоверные результаты по шкалам социальной (SF), эмоциональной (RE) роли и психического здоровья (MH) в результате когни-

тивной дисфункции умеренной степени. В группе пациентов пожилого возраста, оперированных традиционным доступом, отмечается наличие достоверной разницы по шкалам физической работы (PF), физического состояния (RP) на фоне снижения болевого синдрома (BP), при этом по шкалам общего здоровья (GH), энергичности (VT), социальной (SF), эмоциональной роли (RE) и психического здоровья (MH) динамика результатов недостоверна. Наличие ИБС у пациентов преклонного возраста, для которых характерно снижение эмоциональной устойчивости и склонность к подозрительности и доминантности, тревожности, эмоциональному дискомфорту, способствует снижению КЖ. У респондентов старческого возраста, оперированных лапароскопическим и минидоступом, отмечается достоверное улучшение по шкале физической работы (PF), физического состояния (RP), болевого синдрома (BP) и общездоровья (SH). При этом динамика результатов по шкалам энергичности (VT), социальной роли (SF), эмоциональности (RE) и психического здоровья (MH) недостоверна. У оперированных традиционным доступом отмечаются недостоверные сдвиги по всем шкалам как физического так, и психического компонентов качества жизни. Это, возможно, обусловлено наличием сопутствующей патологии со стороны центральной нервной и сердечно-сосудистой систем.

Наличие отрицательных результатов в группе пациентов старческого возраста при традиционной холецистэктомии обусловлено прогрессированием церебральной недостаточности, что сопровождалось снижением возбудимости и действенной активности пациентов: скупость возбужденных проявлений, инертность в принятии решений и пассивность в поведенческом уровне сочетались с возрастанием чувствительности к бредовым воздействиям.

Следовательно, выявлены достоверные различия показателей качества жизни после миниинвазивных от традиционных доступов, а также в зависимости от возраста и характера отдаленных результатов.

Таким образом, в результате проведенного исследования обнаружено, что все пациенты удовлетворены результатами миниинвазивных вмешательств (100%) в отличие от больных, перенесших традиционную холецистэктомию (99,3%). Частота хороших отдаленных результатов после миниинвазивных вмешательств с учетом возраста больше, чем после традиционных: хороший результат при ЛХЭ отмечен в 82,3%, МХЭ - 61,6%, ТХЭ - 58,1%; по возрасту: средний - 43,3%, пожилой - 36,7%, старческий - 20,0%. При МХЭ средний возраст - 47,1%, пожилой - 33,3%, старческий - 19,6%. При ТХЭ средний возраст - 42,9%, пожилой - 38,6%, старческий - 18,5%.

Традиционная операция создает условия для более раннего возникновения болевого синдрома со снижением эмоциональной и первичной активности пациентов, преимущественно преклонного возраста, вызывая удовлетворительные отдаленные результаты оперативного вмешательства. В сроки анкетирования пациентов на 24 месяце после операции число хороших отдаленных результатов после миниинвазивных вмешательств снижается преимущественно у пациентов среднего и пожилого возрастов и приравнивается к показателям старческого возраста. При этом положительная динамика после традиционного доступа не прослеживается. У пациентов среднего возраста преимущественно после ЛХЭ и МХЭ происходит достоверное улучшение показателей качества жизни по шкалам PF, RP, BP, GH, VT, ST и отрицательная динамика - по шкалам BE и MH. После ТХЭ у пациентов среднего возраста отмечается достоверная разница по шкалам PF, RP, BP, GH, VT и недостоверная - по шкалам SF, BE, MH. При холецистэктомии у пациентов пожилого возраста после ЛХЭ и МХЭ отмечается достоверная разница по шкалам PF, RP, BP, GH, VT и недостоверная - по шкалам SF, BE, MH. После ТХЭ у пациентов пожилого возраста достоверная разница отмечена по шкалам PF, RP, BP и отрицательная динамика - по шкалам GH, VT, SF, BE, MH. При ЛХЭ и МХЭ холецистэктомии у пациентов старческого возраста имеется достовер-

ная динамика по шкалам PF, RP, BP, GH и недостоверная - по показателям шкал VT, SF, BE, MH.

При ТХЭ у пациентов данной возрастной группы отмечается незначительная разница показателей по шкалам как физического, так и психического компонентов опросника SF-36. В сроки анкетирования на 24 месяце после оперативного вмешательства улучшение показателей качества жизни отмечено у пациентов среднего возраста по ЛХЭ, МХЭ, неудовлетворительные показатели качества жизни были зафиксированы в шкалах эмоционального и психического компонентов. У пациентов после ТХЭ отмечены достоверные результаты по шкалам физических компонентов и неудовлетворительные - по шкалам социальной, эмоциональной роли и психического здоровья в результате наличия психоневрологического нарушения легкой степени.

При анализе показателей качества жизни на 24 месяце после ЛХЭ и МХЭ у пациентов пожилого возраста отмечаются удовлетворительные результаты по шкалам PF, RP, BP, GH, VT и отрицательные результаты зафиксированы по шкалам SF, RE, MH. После проведения ТХЭ у пациентов пожилого возраста имелась положительная динамика по шкалам качества жизни PF, RP, BP, GH, отрицательная динамика - по шкалам VT, SF, RE, MH в результате наличия психоневрологических нарушений средней степени. Динамическая оценка результатов качества жизни после ЛХЭ и МХЭ у пациентов старческого возраста выявила положительный результат по всемшкалам физических компонентов и отрицательную динамику - по психическим компонентам. Это проявлялось ограничением жизнеспособности, замедлением социальных, эмоциональных, психических реакций в результате наличия психоневрологического дискомфорта средней степени. После ТХЭ у пациентов старческого возраста отмечается отрицательная динамика по всем шкалам как физических, так и психических компонентов по опроснику SF-36. Это проявляется ухудшением физической работоспособности, физического состояния, общего здоровья, снижением энергичности, со-

циальной, эмоциональной роли и психического здоровья в результате наличия психоневрологических нарушений тяжелой степени (или деменции легкой степени).

Клинические проявления ишемической болезни сердца связаны с двигательным и социальным ограничением, способствуют ухудшению КЖ больных. В связи с этим оценка КЖ респондентов пожилых и старческих лет с наличием ИБС использована для характеристики тяжести патологического процесса. Исследовали КЖ опросником SF-36 у пациентов с наличием ИБС и сопоставляли их с условно контрольной группой (средний возраст), у которых ИБС отсутствует. После холецистэктомии минидоступом у пациентов пожилого возраста с ИБС отмечается значимое снижение оценки КЖ по шкалам PF, RE, BP, MH, VT, SF при сопоставлении с данными контрольной группы, при этом нет разницы между шкалами RP и GH. При сопоставлении данных КЖ группы пожилого возраста со старческим возрастом после МХЭ отмечается наличие достоверной разницы по шкалам PF, BP, SF, RE, MH и отсутствии разницы по шкалам GH и VT ($p > 0,5$).

Снижение уровня баллов по шкалам КЖ у больных с ИБС многие исследователи связывают преимущественно с клиническими предикторами ишемической болезни сердца и особенностями клинического течения заболевания; то, как пациент переживает своё **заболевание** []. Получены доказательства «патологического сродства» и развития параллельных изменений церебральных и коронарных сосудов с исходами сочетанных поражений сердца и мозга при ишемической болезни сердца.

Анализ данных, полученных с помощью опросника SF-36, позволяет детально установить, в каких областях жизни пациент испытывает выраженное неблагополучие, а какие из них являются сохраненными. Изучение качества жизни пациентов с ИБС во взаимосвязи с эмоционально личностными особенностями позволяет более подробно оценить значение психологических факторов в ситуации здоровье-болезнь, а также обозначить дополнительные

«мишени» психокоррекционной работы в общем комплексвосстановительных и профилактических мероприятий в клинике ишемической болезни сердца. При проведении сравнительного исследования качества жизни в пожилой и старческой группах при помощи опросника MLHFQ установлено, что причиной ухудшения качества их жизни является наличие сердечной недостаточности, при этом респонденты старческого возраста менее удовлетворены качеством своей жизни, чем пациенты пожилого возраста. Полученные данные свидетельствуют о следующем. Удовлетворенность КЖ больных с ИБС возрастает при наличии таких личностных черт, как высокий уровень коммуникативной компетентности, эмоциональная устойчивость, ответственность, организованность, принятие общественных правил и норм, высокий уровень толерантности, экспрессивность, эмоциональная яркость, хорошее развитие волевых качеств, уверенность в себе, тактичность и практическая направленность.

Таким образом, при оценке того или иного метода лечения пациентов большое значение имеет субъективный фактор, а именно отношение самих больных к новым технологическим явлениям и то, насколько результаты операции оправдывают ожидание пациентов. Т.е. важную и первостепенную роль здесь играют личностные качества пациента до операции и состояние его когнитивных функций. ЛХЭ и операция из минидоступа более положительно сказываются на динамике КЖ пациентов, снижаясь от группы среднего возраста к старческому. Поэтому при выполнении операционного пособия эти пациенты нуждаются в специальной протективной защите центральной нервной системы.

ГЛАВА 9. РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ХОЛИЦИСТЭКТОМИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

На сегодняшний день в России и в Таджикистане остро стоят вопросы реабилитации и возвращения к трудовой деятельности пациентов после хирургического лечения на органах желудочно-кишечного тракта из-за достаточно высокого уровня заболеваемости [107, 112]. Поэтому профилактика утраты трудоспособности от самых распространенных заболеваний органов ЖКТ имеет особое значение [86]. Одним из способов минимизации уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности является долечивание застрахованных граждан в условиях специализированных лечебных учреждений [78, 112, 193]. По данным Российского научного центра восстановительной медицины и курортологии, в реабилитации из числа работающих нуждаются 32% граждан, перенесших острый инфаркт миокарда, и 31,8% - оперированных на органах ЖКТ [8, 112, 178].

Когнитивные нарушения, нередко достигающие степени легкой деменции, являются исключительно важной медико-социальной проблемой современного общества. Как свидетельствуют результаты эпидемиологических исследований, в настоящее время на земном шаре насчитываются 47 млн. пациентов с разными формами деменции [89, 191]. Имеются данные о том, что число больных с тяжелыми когнитивными нарушениями удваивается каждые 10 лет и к 2050 г. составит порядка 130 млн. человек [225, 158].

9.1. Реабилитация больных с дисфункцией желудочно-кишечного тракта в отдаленном периоде после холецистэктомии

Изучены результаты лечения оперированных пациентов по поводу наличия камней в желчном пузыре, осложненных дисфункцией желудочно-кишечного тракта. Рассмотрено 298 историй болезни пациентов пожилого возраста, находившихся на лечении в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи за период 2006-2015 по поводу желчнокаменной болезни. В зависимости от доступа холецистэктомии пациенты распределены на три группы: первая- 100 больных, оперированных ЛХЭ, вторая - 90 человек, оперированных МХЭ, третья - 108 пациентов, оперированных ТХЭ. Развитие дисфункции желудочно-кишечного тракта диагностировано у 30 (10,0%) из 298 оперированных. Из них 8 (7,2%) из 100 оперированных ЛХЭ доступом, 9 (10,0%) из 98 оперированных МХЭ доступом и 13 (12,0%) из 108 оперированных ТХЭ доступом. Качество жизни пациентов изучено по опроснику «SF-36». Анкетирование больных проводилось до и спустя 12 месяцев после начала консервативной поддерживающей терапии.

Учитывая идентичность осложнений, были созданы две группы пациентов. Первая (контрольная группа) - 15 пациентов, которым назначалась специальная общепринятая диета в сочетании с ингибитором протонной помпы Пантопрозол. Вторая группа (сравнения, основная) - 15 больных. Пациенты обеих групп находились в относительно удовлетворительном состоянии, им был прописан Пантопрозол в сочетании с Антилактовом, согласно схеме лечения по аннотации препарата.

Таблица 42

Показатели КЖ до и после лечения пациентов контрольной и основной групп

Группы		VT	SF	MH	RE
Контрольная	Исходное	39,2±1,1	40,6±1,4	61,4±1,5	46,9±1,9
	Пос. лечен.	41,6±1,7	38,5±1,8	63,4±1,4	49,2±2,1
Основная	Исходное	61,9±1,7	61,3±1,2	69,8±1,5	70,6±1,8
	Пос. лечен.	69,4±1,2 *	70,8±1,9*	79,1±1,8*	80,6±1,7*

Примечание: * - достоверность с исходным показателем.

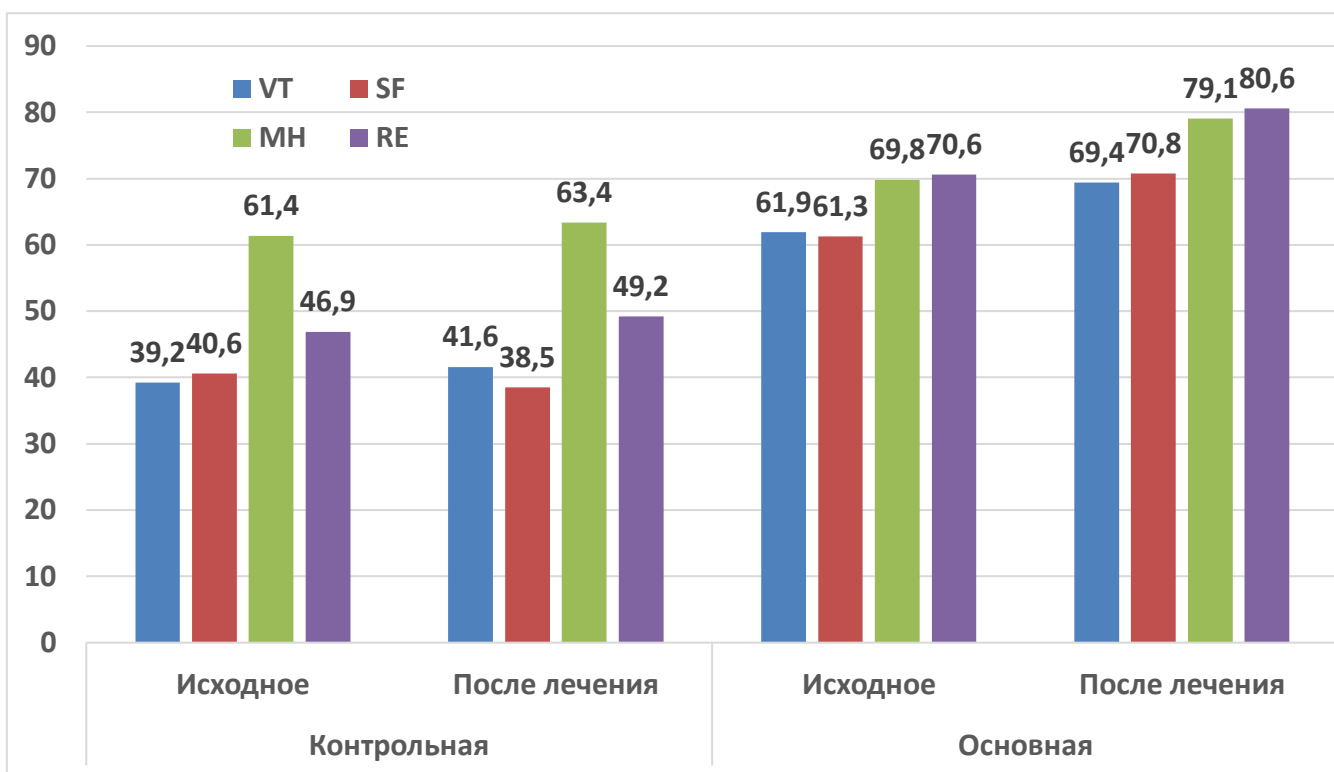


Рис. 28. Динамика КЖ пациентов контрольной и основной групп до и после лечения

Развитие дисфункции ЖКТ после операции по поводу желчнокаменной болезни у пациентов пожилого возраста после холецистэктомии диагностировано у 30 больных из 298: из них у 8 (7,2%) из 100 пациентов, оперированных ЛХЭ, у 9 (10,0%) из 98 больных, оперированных МХЭ, и у 13(12,0%) больных, оперированных по ТХЭ. Ухудшение общего состояния после удаления желчного пузыря проявляется развитием ДЖКТ, что в свою очередь влияет на показатели физического и психоэмоционального состояния пациентов.

В результате проведения комплексной консервативной послеоперационной терапии больным основной группы (табл. 42) заболеваний билиарной системы препаратами пантопрозол в сочетании с антилактовом отмечается улучшение показателей качества жизни по шкалам: жизнеспособности на 12,1%, социального функционирования на 15,5%, эмоционального функционирования на 12,5% и психического здоровья на 11,5% при сопоставлении с исходными данными ($p < 0,05$).

Таким образом, консервативная профилактика послеоперационных

осложнений сокращает сроки госпитализации больных при холецистэктомии на 3-5 суток.

9.2. Реабилитация пациентов с когнитивной дисфункцией в отдалённом периоде после холецистэктомии с учётом возраста

Проведена оценка отдалённых результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни, осложнённой когнитивной дисфункцией, на фоне комплексной терапии с применением Пронорона у пациентов пожилого и старческого возрастов. Проведён анализ историй болезни 108 пациентов, оперированных по поводу желчнокаменной болезни в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе. Из них 27 пациентов среднего, 31-пожилого и 50-старческого возраста, женщин - 81, мужчин - 27.

Им определяли степень когнитивной дисфункции в послеоперационном реабилитационном периоде с помощью анкетирования на 24 месяце после холецистэктомии, при последующем проведении консервативной поддерживающей терапии. Им была прописана дополнительная терапия пероральным приёмом пронорана в течение 12 недель - по 50 мг в сутки пациентам среднего и пожилого возраста, по 50 мг в 2 приёма в сутки - пациентам старческого возраста. На 24 месяце после ХЭ уровень психоневрологического состояния пациентов пожилого и старческого возрастов был снижен, по сравнению с показателями пациентов среднего возраста (табл. 43). Статистически значимые и достоверные отличительные признаки определялись по компонентам произвольного, избирательного, переключения концентрации и устойчивости внимания, интеллектуальной лабильности. Пожилой возраст характеризуется лабильностью средней способности к любому виду деятельности, старческий возраст - низкой способностью к трудовой и образовательной сферам. Нормализация качества жизни обследуемых пациентов, вызванная улучшением когнитивной функции головного мозга, достоверно отражалась на результатах лечения. Так, произвольное внимание и его переключение у пациентов среднего возраста значимо нарастало после лечения на

31,5% и 21,0%, у пациентов пожилого возраста - на 17,9% и 16,8%. Концентрация внимания у пациентов среднего и пожилого возрастов увеличивалась на 13,3% и 7,2%, устойчивость внимания - на 9,4% и 12,5%, соответственно, при сравнении с исходными величинами. При этом у пациентов старческого возраста произвольное переключение внимания имело тенденцию к возрастанию на 8,2% и 10,7%, а избирательность и устойчивость внимания - тенденцию к возрастанию на 4,7% и 7,6%, соответственно ($p > 0,05$).

Интеллектуальная лабильность у пациентов среднего возраста характеризовалась хорошей способностью к любой деятельности, у пациентов пожилого возраста - средней способностью, у пациентов старческого возраста она характеризовалась низкой способностью к трудовой деятельности и трудностями в переобучении.

Таблица 43

Динамика изменений когнитивной дисфункции на 24 месяце после ХЭ

Группы		ТВ %	ТШ, баллы	ТМ, баллы	ТБ, оценка	ИЛ, оценка
Средний возраст	Исходное	64,8±2,9	7,2±0,4	11,4±0,5	отличное	хорошее
	После лечения	85,2±1,6*	8,4±0,3*	13,1±0,7*	отличное	хорошее
Пожилой возраст	Исходное	45,8±2,4	5,4±0,3	7,5±0,8	хорошая	средняя
	После лечения	65,4±1,8*	6,3±0,2*	8,9±0,4*	хорошая	средняя
Старческий возраст	Исходное	42,6±2,8	3,5±0,4	2,6±0,9	средняя	низкая
	После лечения	46,8±3,1	4,3±0,3	1,9±1,2	средняя	низкая

Примечание: ТВ- тест Векслера, ТШ- тест Шульте, ТМ-тест Мюнстерберга, ТБ-тест Бурдона, ИЛ-интеллектуальная лабильность, *-достоверность показателей после лечения в сравнении с исходной величиной

Таким образом, включение в комплекс интенсивной терапии в послеоперационном периоде проноранапо 50 мг позволяет не только сохранить когнитивные функции в пределах исходных величин, но и достоверно их повысить с улучшением более сложных психических функций, связанных со способностью каналитической мыслительной деятельности, преимущественно у

пациентов среднего и пожилого возрастов, при этом у пациентов старческого возраста существенных изменений не выявляется, возможно, в результате инволюционных изменений в головном мозге.

9.3. Реабилитация пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов с ишемической болезнью сердца, осложнённой диастолической дисфункцией левого желудочка, в отдалённом периоде после холецистэктомии

Произведено исследование результатов оперативного лечения по поводу ЖКБ в отдаленном периоде у пациентов преклонного возраста (среднего, пожилого и старческого) с сопутствующей ИБС, осложненной сердечной недостаточностью, при включении в комплексную терапию препарата телмисартан. Для выявления патофизиологических изменений в системе гемодинамики произведено определение трансмитрального кровотока, в системах большого и малого кругов кровообращения - доплеро-эхокардиографическое и реографическое исследования.

Всего изучены результаты лечения 108 пациентов после холецистэктомии. Из них 27 - среднего возраста без наличия ИБС и сердечной недостаточности (контрольная группа), 31(10,4%) - пожилого и 50(31,4%) - старческого возраста с ИБС, осложненной диастолической дисфункцией левого желудочка. Из них 78 (72,2%) женщин и 30 (27,8%) мужчин.

При сравнении показателей системы гемодинамики контрольной группы (средний возраст) с пожилым возрастом выявлено замедление фракции раннего диастолического кровенаполнения левого желудочка сердца (V_e) у пациентов пожилого возраста на 2,8% ($p < 0,05$), у пациентов старческого возраст на 6,6% ($p < 0,05$), отношение V_e/V_a у пациентов среднего возраста составляет $1,04 \pm 0,02$, пожилого - $1,11 \pm 0,03$ и старческого - $1,22 \pm 0,04$ условных единиц (табл..

Таблица 44

Показатели трансмитрального кровотока на 24 месяце после ХЭ
у пациентов разного возраста (M±m)

Возраст	Показатели				
	Ve, м/с	Va, м/с	Ve/Va	IVRT, мс	DTe, мс
Средний	0,70±1,1	0,67±1,2	1,04±0,02	63,5±1,8	164,4±3,2
Пожилой	0,72±2,2	0,65±1,4	1,11±0,03	70,3±1,9*	183,3±4,6**
Старческий	0,75±2,3	0,61±1,3*	1,22±0,04**	72,7±2,2 **	196,2±5,2**

Примечание: достоверность показателей при сравнении с показателями пациентов среднего возраста, *p<0,05; **p<0,01

Отмечено ускорение изометрического расслабления левого желудочка (IVRT) на 10,7% и 14,5%, замедление фазы диастолического наполнения (DTe) на 11,4% и 19,3% (p<0,05), соответственно при сопоставлении сидентичными показателями пациентов среднего возраста (условно контрольная группа) (p<0,05).

Изменение показателей трансмитрального кровотока у пациентов изученного возраста происходило на фоне повышения давления в легочной артерии (табл. 45). В ходе проводимого исследования выявлено, что у 31 (10,4%) из 298 пациентов пожилого возраста, у 50 (31,4%) из 159 пациентов старческого возраста на 24 месяце после операции диагностировано наличие диастолической дисфункции левого желудочка в виде нарушения периода кровенаполнения левого желудочка сердца. У пациентов пожилого возраста выявлено также наличие сердечной недостаточности по гипертрофическому типу, у пациентов старческого возраста - по псевдонормальному типу.

В практической кардиологии возникают трудности в лечении ДДЛЖ, так как она протекает практически бессимптомно, и пациенты обращаются к врачу в более поздних запущенных стадиях, когда уже развивается систолическая форма сердечной недостаточности.

Динамика показателей морфометрии левых отделов сердца, трансмитрального потока, центральной гемодинамики у пациентов ИБС после ХЭ, осложнённой ДДЛЖ, на 24 месяце после операции, на фоне комплексной терапии в сочетании с телмисартаном (M±m)

Данные ЭХОКГ	Возраст пациентов			
	пожилой		Старческий	
	Показатели			
	исходные	после терапии	исходные	после терапии
ЛП, мм	38,2±1,6	36,9±1,5	38,7±1,8	37,6±1,9
ПЖ, мм	30,1±1,6	29,5±1,7	31,7±1,6	30,1±1,5
ФВ, %	56,4±1,4	68,3±1,5 *	52,4±1,9	59,7±1,6*
FS, %	34,4±1,1	39,4±1,3*	35,7±1,4	39,2±1,9
КДО, мл	163,2±3,6	131,8±3,3*	159,6±4,8	146,9±3,7
КСО, мл	76,3±1,5	58,3±1,9*	65,5±1,7	53,4±1,8*
УО, мл/м	69,3±1,3	86,8±1,7*	58,4±2,9	67,9±2,6*
САД, мм рт.ст.	152,4±2,5	139,3±3,9*	165,6±3,1	145,7±4,2*
ДАД, мм рт.ст.	94,7±2,3	85,4±1,9*	100,8±2,2	88,6±4,1*
Ve, м/с	0,69±0,03	0,76±0,01*	0,78±0,0,1	0,79±0,02
Va, м/с	0,62±0,04	0,68±0,03*	0,61±0,05	0,74±5,2*
Ve/Va	1,13±0,8	1,11±0,05	1,28±0,06	1,07±0,07*
IVRT, мс	66, 8±2,1	81,2±2,9*	71,6±3,1	80,8±2,8*
ДТе, мс	188,7±6,1	136,8±7,1*	179,8±6,2	158,7±6,2*
ДЛА, ммрт.ст.	18,6±0,8 ¹	15,6±0,9*	19,8±1,6	16,3+16,3*

Примечание: достоверность показателей после терапии в сравнении с исходными показателями (p<0,05)

Проведена оценка сердечно-сосудистой системы у 28 пациентов пожилого возраста с сердечной недостаточностью вследствие ИБС по гипертрофическому типу и у 44 старческого возраста с сердечной недостаточностью по псевдонормальному типу на фоне комплексного лечения с препаратом телмисартан. В исследованных группах к концу курсовой терапии включение телмисартана позволило улучшить функциональный статус пациентов пожилого возраста, снизилось количество лиц с I ФК на 24% и II ФК на 11%. У пациентов старческого возраста зарегистрирован III функциональный статус ФК. Сопоставление результатов морфометрии у пациентов пожилого возраста с ИБС и сердечной недостаточностью по гипертрофическому типу, а также пациентов старческого возраста с сердечной недостаточностью по

псевдонормальному типу (табл. 45) на фоне 24-месячного периода лечения с включением телмисартана показало, что отмечена тенденция к снижению толщины левого предсердия на 3,6% и 2,6% и толщины правого желудочка на 2,1% и 1,3% ($p > 0,05$) соответственно, по сравнению с исходной величиной. Отмечено положительное воздействие и на процессы реполяризации ЛЖ: уменьшение КДО на 19,6%; 7,9% и КСО на 23,2% и 10,8% соответственно, увеличение ФВ на 13,9% и 21% и FS 9,5% и 14% и УО на 13,9% 17,6% ($p < 0,05$), соответственно, от исходных показателей ($p < 0,05$) на фоне снижения систолического и диастолического АД. Изучение параметров диастолической функции ЛЖ выявило замедление времени раннего диастолического кровенаполнения (V_e) на 25,1% и 9,6%, на фоне ускорения времени активного изгнания крови из предсердия в желудочки (V_a) на 23,6% и 13,1%, ускорение изометрического расслабления (IVRT) ЛЖ на 12,8% и 21,1% и замедление диастолического наполнения (ДТе) с 25,6% на 11,7% на фоне снижения давления в легочных артериях на 19,2% и 17,2%, соответственно, от исходных показателей ($p < 0,05$).

Изучением качества жизни по Миннесотскому опроснику выявлено, что значимое ухудшение качества жизни у пациентов в преклонном возрасте происходит при возрастании несостоятельности гемодинамики. Пациенты старческих лет были менее удовлетворены качеством жизни, чем пожилые пациенты. Полученные положительные результаты от проведенной терапии обусловлены улучшением релаксации, что мы связываем со снижением упругости левого желудочка и внутрилегочной гипертензии. Это улучшало условия для кровенаполнения не только в период ранней, но и поздней диастолы, более выраженные у респондентов пожилого и менее - у пациентов старческого возраста. Исследованием трансмитрального кровотока диагностирована диастолическая дисфункция левого желудочка у пожилых пациентов по гипертрофическому типу, в старческом возрасте - по псевдонормальному типу.

Курсовая терапия с включением телмисартана у респондентов преклонных лет с сердечной недостаточностью позволила улучшить результаты трансмитрального диастолического кровенаполнения левого желудочка сердца, что проявлялось уменьшением массы, толщины и ригидности стенок левого желудочка, возрастанием податливости стенок и нормализацией периода раннего и позднего кровенаполнения. Фармакологическое действие телмисартана обусловлено биохимическими процессами, происходящими в миофибриллах, релаксация которых зависит от выведения избыточного Ca^{2+} из внутриклеточного пространства и блокирования образования патологического коллагена.

Таким образом, патофизиологические изменения в организме больных преклонного возраста (среднего, пожилого и старческого) после холецистэктомии не идентичны и не ограничиваются только билиарным трактом, а включают всю систему организма. Дальнейшее восстановление их трудоспособности и прогноз для жизни зависят от послеоперационной профилактики в ранние сроки, когда выявленные нарушения в органах и системах носят функциональный характер.

Одним из самых эффективных способов минимизации уровня заболеваемости с временной утраты трудоспособности является долечивание граждан в условиях специализированных лечебных учреждений либо в санаториях, т.к. характеризуется минимальными затратами.

Наши исследования показали, что применение в процессе реабилитации пациентов после различных видов ХЭ пантопрозола в сочетании с антилактовом улучшает показатели качества жизни по шкалам жизнеспособности, социального и эмоционального функционирования, психического здоровья ($p < 0,05$). Применение пронорона способствует не только сохранению памяти, но и достоверному ее повышению с улучшением более сложных психических функций, связанных со способностью к аналитической деятельности, преимущественно у пациентов среднего и пожилого возрастов, при этом

у пациентов старческого возраста существенных изменений не происходит, что, возможно, связано с инволюционной деградацией клеток головного мозга.

У данных пациентов при наличии ИБС для реабилитации сердечной недостаточности целесообразно включение в курс реабилитационной терапии телмисартана, который улучшает показатели трансмитрального диастолического потока в период раннего и позднего кровенаполнения левого желудочка сердца, сопровождается уменьшением массы, толщины и ригидности стенок ЛЖ, возрастанием диастолической податливости. Это обусловлено биохимическими процессами, происходящими в миофибриллах под воздействием указанного препарата, сопровождается снижением систолического артериального давления в группах пациентов с ИБС и сердечно-сосудистой недостаточностью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность. Холецистит является высоко встречающейся патологией, дающей большой процент осложнений и инвалидности. Желчнокаменная болезнь наиболее часто встречается у людей старше 50 лет, при этом пациенты пожилого (60-74 лет) и старческого (75-89 лет) возраста составляют более 50% от общего числа заболевших [220]. У этих больных часто развиваются осложнения как в результате развития острого воспаления билиарной области, так и вследствие обострения сопутствующих заболеваний. Наличие осложнений на фоне инволюционных процессов, снижающих резерв стареющего организма, способствует максимализации неблагоприятных исходов. Поэтому вопросы улучшения результатов лечения, совершенствования методов диагностики и выбора хирургического лечения, особенно среди лиц среднего, пожилого и старческого возрастов, стоят наиболее остро.

При выборе метода холецистэктомии необходимо учитывать состояние здоровья каждого пациента, сопутствующие заболевания, продолжительность воспалительного процесса в билиарной зоне. До настоящего времени нет одинаковых и окончательных рекомендаций [17, 314]. Использовать консервативную терапию или осуществлять оперативное лечение пациентам старших возрастных категорий является спорным вопросом. Некоторые авторы [51, 300] считают проведение холецистэктомии у больных в этом возрасте необоснованным. Осложненное течение заболеваний желчного пузыря в преклонном возрасте доходит до 33% оперированных больных [62, 127]. После холецистэктомии менее половины пациентов отмечают улучшение самочувствия. На отсутствие перемен в самочувствии указывают 23%, на ухудшение - 29%, после холецистэктомии инвалидами становятся до 12% пациентов [Ягму В.Б. 2004]. Проблемы заболеваний ЖКБ постоянно возрастают, особенно среди лиц старшего возраста, с развитием осложненных форм заболевания и высокой послеоперационной летальностью [Малков И.С. 2005; Власов А.П., 2009]. Изучение ранних и отдаленных последствий операции позволяет выявлять неблагоприятные моменты, связанные, например, с

большим операционным разрезом, объемом хирургического вмешательства и продолжительностью течения послеоперационного периода. Тем не менее, течение послеоперационного периода зависит не только от объема и продолжительности хирургического вмешательства, но и места и размера операционной раны. Наиболее целесообразным является проведение хирургического вмешательства с наименьшей травмой и продолжительностью, что стало возможным после повсеместного введения новых инновационных методов, способствовало внедрению новых методик и предложений. Учитывая открывшиеся возможности, было предложено минимизировать травматизм и продолжительность оперативного вмешательства при ЖКБ. И в этом аспекте самым привлекательным является метод холецистэктомии из минидоступа. При этом также ведется поиск новых вариантов, снижающих травматичность, выраженность болевого синдрома, продолжительность послеоперационного периода, в том числе на основе эффективных и объективных оценок их результатов.

В результате проведенного нами исследования было установлено, что причиной ухудшения качества жизни пациентов старших возрастных групп является наличие сердечной недостаточности, при этом респонденты старческого возраста менее удовлетворены качеством жизни, чем пациенты пожилого возраста. Полученные данные свидетельствуют о следующем. Удовлетворенность КЖ пациентов с ИБС возрастает при наличии таких личностных черт, как высокий уровень коммуникативной компетентности, эмоциональной устойчивости, ответственности, организованности, принятии общественных правил и норм, высоком уровне толерантности, экспрессивности, эмоциональной яркости, хорошо развитых волевых качеств - уверенности в себе, тактичности.

Практическая направленность хирургического вмешательства в условиях развития новых современных технологий привела к появлению миниинвазивных операций на желчном пузыре, в первую очередь к ним относится ла-

пароскопическая холецистэктомия. В настоящее время ЛХЭ рассматривают как операцию выбора в лечении ЖКБ. Некоторые научные работы указывают на неблагоприятное воздействие на организм больного повышения давления в брюшной полости, создаваемого вследствие введения углекислого газа. Особенно это воздействует на пациентов старших возрастных групп из-за наличия у них тяжелой сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, снижения компенсаторных возможностей организма. Для данных пациентов было предложено удаление желчного пузыря мини-доступом. Применение данного метода холецистэктомии показало, что по травматичности и косметическим результатам этот метод приближается к лапароскопическому. Преимуществами удаления желчного пузыря из мини-доступа считают отсутствие у больного напряженного карбоксиперитонеума, развития сердечной недостаточности и необходимости использования дорогостоящего оборудования, снижение остроты болевого синдрома в послеоперационном периоде. Одним из показаний к выполнению этого метода является наличие противопоказаний к проведению ЛХЭ из-за невозможности конверсии в процессе выполнения последней. Минидоступ поэтому используют при необходимости перехода на конверсии. Однако, традиционная операция, выполняемая из широкого лапаротомного доступа, не стала историей хирургии желчевыводящих путей и применяется при осложненных формах ЖКБ, когда использование миниинвазивных методов невозможно или опасно для больного. Таким образом, в распоряжении хирурга имеется несколько методов выполнения холецистэктомии. Это позволяет дифференцированно подходить к выбору оптимального метода операционного лечения ЖКБ у каждого конкретного больного. Дифференцированное использование названных методов может привести к улучшению результатов лечения желчнокаменной болезни.

В группе пациентов пожилого и старческого возраста на фоне патологических изменений прослеживается развитие сердечной и цере-

бральной недостаточности, характеризующихся диастолической дисфункцией левого желудочка сердца и когнитивной недостаточностью мозга, что в значительной мере повышает риск послеоперационного периода. Они существенно ограничивают приспособительные и резервные возможности больных, из-за стрессовых факторов способствуют снижению памяти, развитию значимой сердечно-сосудистой недостаточности, делая больных инвалидами и резко снижая качество их жизни после холецистэктомии. Данное обстоятельство делает актуальным сравнительное изучение применения дифференцированного подхода к выбору различных методов, доступа удаления желчного пузыря с учетом возраста пациента и комплексного анализа отдаленных результатов, а также показателей толерантности организма к физическим и психологическим нагрузкам. Необходимо также изучить динамику функции памяти и сердечной недостаточности до и в отдаленном послеоперационном периодах их зависимость от способа холецистэктомии, анестезиологического пособия и возраста пациентов, разработать медико-социальные направления медицинской помощи и реабилитации данной категории больных.

Дифференцированный выбор метода хирургического лечения желчно-каменной болезни был осуществлен нами у 820 пациентов, находившихся на лечении в ГКБСМП г. Душанбе с 2004 по 2014 гг. Исследование состояния нейропсихического статуса и его влияния на качество жизни производилось по опроснику SF-36 пациентов с ЖКБ с учетом возраста до операции. Изменения нарушений высших психических функций может достигать значительной выраженности, существенно ограничивая качество жизни пациентов, глубина которых зависит от возраста пациента. Показатели психического статуса, определенные по методике «MMSE», у респондентов среднего возраста на 6-ом месяце после удаления желчного пузыря в среднем составляли $26,82 \pm 0,64$ баллов, что соответствует когнитивным нарушениям легкой степени. Произвольное внимание по Векслеру у пациентов среднего возраста равнялось $58,36 \pm 1,25\%$ и $53,82 \pm 1,97\%$ до и после операции, соответственно с

разницей -7,7%, концентрация внимания по Бурдону - $48,21 \pm 1,16\%$ и $46,16 \pm 1,68\%$, разница -4,3%, точность внимания - $0,56 \pm 0,011\%$ и $0,51 \pm 0,046\%$, разница -8,9%, продуктивность внимания - $51,14 \pm 1,32\%$ и $49,18 \pm 1,72\%$, разница -3,8%, распределение и переключение внимания по Шульте - $5,72 \pm 0,41$ и $5,52 \pm 0,51$ баллов, разница -3,5%, избирательность внимания по Мюнстербергу составила $5,81 \pm 0,51$ и $5,42 \pm 0,61$ баллов, разница -6,7% ($p > 0,05$). Результаты исследования свидетельствуют о том, что через 6 месяцев после холицистэктомии удовлетворенность жизнью у пациентов среднего возраста после лапароскопических операций значительно выше, чем после операции из минидоступа. Это обусловлено тенденцией к возрастанию оценки по шкалам: повседневной деятельности (RP), улучшением настроения, спокойствием (MH) ($p > 0,05$), значимым повышением общего состояния здоровья (GH), улучшением взаимоотношений с родственниками, друзьями и коллегами (SF), повышением энергичности, бодрости, жизнеспособности (VT) ($p < 0,05$).

При сопоставлении данных качества жизни больных среднего возраста, оперированных минидоступом с традиционным вариантом ТХЭ, отмечается снижение произвольного внимания по Векслеру на 19,78% при ТХЭ ($53,82 \pm 1,97\%$ при МХЭ против $43,44 \pm 1,82\%$ при ТХЭ), концентрация внимания на -16,3 ($p < 0,05$) ($46,16 \pm 1,68\%$ против $38,61 \pm 1,69\%$), точности внимания на 13,7% ($0,51 \pm 0,043\%$ против $0,44 \pm 0,046\%$), продуктивности внимания на 9,3% ($p > 0,05$) ($49,18 \pm 1,72$ против $4,46 \pm 1,81$), распределения внимания по Шульте на 25,5% ($5,52 \pm 0,51$ против $4,11 \pm 0,56$ баллов) и избирательности внимания на 16,8% ($p < 0,05$) ($5,42 \pm 0,61$ против $4,61 \pm 0,51$ баллов).

При сопоставлении показателей качества жизни больных, оперированных из минидоступа, с традиционным вариантом ЛХЭ отмечается выраженное снижение у второй категории пациентов объема повседневной физической нагрузки из-за ограниченности состояния здоровья (PF), ограничение повседневной деятельностью вследствие проблем со здоровьем (RP), ухуд-

шение общего состояния здоровья (GH) ($p < 0,05$), отсутствие настроения вследствие неумиротворенности (MH), выраженное ограничение повседневной деятельностью вследствие ухудшения здоровья (RP), отрицательные взаимоотношения с друзьями, родственниками и коллегами (SF), отсутствие бодрости, энергичности (VT) на фоне возрастания болевого синдрома (BP) ($p < 0,05$).

Снижение качества жизни пациентов среднего возраста, оперированных традиционным доступом, обусловлено наличием болевого синдрома после оперативного удаления желчного пузыря, на почве чего развивается синдром психического торможения, процесс постепенной утраты интереса к жизни, отрицание связи с родственниками, друзьями, коллегами. Для пациентов характерна эмоциональная замкнутость, что проявляется симптомами эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения от исполнения работы.

Оценка психоневрологического статуса при помощи опросника MMSE у пациентов пожилого возраста на шестом месяце после операции составляла $23,44 \pm 0,73$ балла и соответствовала когнитивным нарушениям умеренной степени. При сопоставлении данных после лапароскопической и минихолецистэктомии получены следующие данные: произвольное внимание по Векслеру у пациентов пожилого возраста равнялось $46,71 \pm 1,32$ и $40,46 \pm 1,11$, разница 13,4% ($p < 0,05$); концентрация внимания по Бурдону - $44,61 \pm 1,56$ и $38,19 \pm 1,32$, разница 14,4% ($p < 0,05$); точность внимания - $0,50 \pm 0,014$ и $0,43 \pm 0,013$, разница 14,0% ($p < 0,05$); продуктивность внимания - $44,19 \pm 1,21$ и $38,16 \pm 0,24$, разница 13,6% ($p < 0,05$); распределение и переключение внимания по Шульте - $3,91 \pm 0,32$ и $3,21 \pm 0,25$, разница 17,9%; избирательность внимания по Мюнстербергу - $4,54 \pm 0,56$ и $3,91 \pm 0,51$, разница 13,8% - соответственно названным видам операций. При сопоставлении с показателями опросника SF-36 после ЛХЭ и МХЭ отмечается снижение практически всех показателей после МХЭ: шкалы физического функционирования (PF) на 3,0%, ролевого

физического функционирования (RP) на 1,7%, общего состояния здоровья (GH) на 2,1%, психологического здоровья (MH) на 2,1%, ролевого эмоционального функционирования (RP) на 1,7%, социального функционирования (SF) на 2%, жизнеспособности (VT) на 2,3% ($p > 0,05$) на фоне повышения болевого синдрома на 4,1%.

При сравнении результатов на шестой месяц после МХЭ и ТХЭ у пациентов пожилого возраста произвольное внимание по Векслеру равнялось $40,46 \pm 1,11$ и $32,21 \pm 1,14$ с разницей -20,4% ($p < 0,05$); концентрация внимания по Бурдону - $38,19 \pm 1,32$ и $30,51 \pm 1,11$ с разницей -20,1%, точность внимания - $0,43 \pm 0,014$ и $0,33 \pm 0,018$ с разницей 23,2% ($p < 0,05$), продуктивность внимания - $38,16 \pm 0,24$ и $31,16 \pm 1,34$ с разницей 18,3% ($p < 0,05$), распределение и переключение внимания по Шульте - $3,21 \pm 0,26$ и $2,61 \pm 0,24$ с разницей 18,6, избирательность внимания по Мюнстербергу - $3,91 \pm 0,51$ и $3,16 \pm 0,43$ с разницей 19,2% ($p < 0,05$) – соответственно видам операционного доступа. Таким образом, в группе пациентов, оперированных традиционным доступом, отмечается достоверная отрицательная динамика КЖ при сопоставлении с результатами группы, оперированной из минидоступа ($p < 0,05$). Оценка по шкале физического функционирования (PF) была снижена на 11,4%, ролевого физического функционирования (RP) - на 9,9%, болевая чувствительность (BP) повышена на 7,8%, жизнеспособность (VT) снижена на 6,8%, психологическое здоровье (MH) - на 6,3%, социальное функционирование (SF) - на 6,8%, жизнеспособность (VT) - на 6,8% ($p < 0,05$), психологическое здоровье (MH) - на 6,3%, ролевое эмоциональное функционирование (RP) - на 9,9%, социальное функционирование (SF) – на 6,8% и жизнеспособность (VT) - на 6,8% ($p < 0,05$).

Патопсихологические симптомы обследованных пациентов проявлялись в виде двух степеней: при легкой степени имеются симптомы нарушений сна, неприятных ощущений в теле, при тяжелой проявляется неустойчивое настроение, раздражительность, безотчетность, опасения о благосостоянии

близких, своем здоровье. Ограничение повседневной деятельности, обусловленное проблемами со здоровьем, часто наводит на мысль о присутствии неизлечимой болезни. Изменения личности пациента проявляются утратой своих отдельных понятий. Недоверчивость переходит в подозрительность, бережливость - в скупость, настойчивость - в упрямство. С трудом вспоминаются события прошедшего дня. Снижена критика, пациент не в силах правильно оценить свое психическое состояние. Интеллектуальные процессы утрачивают окраску, эмоции становятся бедными. Сообщения не усваиваются или усваиваются с большим трудом. На почве этого развивается холистическая модель психологических предикторов, в которой общее рассматривается в системном единстве биологических, психических, социальных и духовных уровней функционирования человека [Носачев Г.Н. 2003; Смулевич А.Б. Сыркин А.Л., и др. 2005].

У пациентов старческого возраста психоневрологический статус в среднем оценивался в $24,45 \pm 0,62$ балла, диагностировалась КД тяжелой степени или деменцией легкой степени, интеллектуальная способность была на 34,3% балла ниже при сопоставлении с результатом среднего возраста ($p < 0,01$). Это проявлялось выраженными нарушениями произвольного, концентрационного, продуктивного, избирательного и точного внимания. Данные нарушения свидетельствуют о несостоятельности регуляторной и контрольной деятельности пациентов. Качество жизни у данной группы пациентов характеризовалось выраженным снижением физических и психологических компонентов шкал: социального уровня взаимоотношений (SF), эмоционального ограничения повседневной деятельности (RE), здоровья пациентов, по сравнению с группами среднего и пожилого возрастов ($p < 0,05$), кроме психологического (MH) и болевого синдрома (BP).

При исследовании психического статуса по методике «MMSE» пациентов старческого возраста на шестой месяц после холецистэктомии его пока-

затели составляли в среднем $20,55 \pm 0,81$ балла, что соответствовало когнитивной дисфункции тяжелой степени либо легкой деменции легкой.

При сопоставлении данных, полученных после ЛХЭ и МХЭ, результаты выглядели следующим образом: произвольное внимание по Векслеру равнялось $38,34 \pm 1,26$ и $30,75 \pm 1,11\%$, разница $-19,7\%$ ($p < 0,05$); концентрация внимания по Бурдону - $34,16 \pm 0,81\%$ и $28,17 \pm 1,36\%$, разница $-17,5\%$; точность внимания - $0,32 \pm 0,012\%$ и $0,27 \pm 0,019\%$, разница $-15,5\%$; продуктивность внимания - $40,17 \pm 1,61\%$ и $34,21 \pm 1,19$, разница $-24,9\%$; распределение и переключение внимания по Шульте - $2,41 \pm 0,23$ балла и $2,01 \pm 0,23$, разница $-16,6\%$; избирательность внимания по Мюнстербергу - $2,49 \pm 0,77$ и $2,14 \pm 0,49$, разница $14,0\%$ ($p < 0,05$) – соответственно названным оперативным доступам.

При сопоставлении показателей шкал опросника SF-36 между ЛХЭ и МХЭ отмечается отрицательная динамика всех показателей после МХЭ: объем повседневной физической нагрузки (PF) на $3,9\%$, оценка повседневной деятельности, обусловленная проблемой со здоровьем (RP), на $3,2\%$, состояние здоровья (GH) на $2,7\%$, психическое состояние на $3,9\%$, повседневная деятельность, обусловленная эмоциональными проблемами (RE), на $3,9\%$, оценка взаимоотношений с родственниками, друзьями и коллегами (SF) на $2,8\%$ ($p > 0,05$), энергичность (VT) на $0,2\%$ на фоне повышения болевых ощущений на $3,1\%$.

После сопоставления минихолецистэктомии с традиционной произвольное внимание по Векслеру соответствовало $30,75 \pm 1,11$ и $21,76 \pm 1,14$ баллам с разницей $-29,2\%$, концентрация внимания по Бурдону - $28,17 \pm 1,36$ и $19,51 \pm 1,29\%$ с разницей $-30,7\%$, точность внимания - $0,27 \pm 0,019\%$ и $0,21 \pm 0,016\%$ с разницей $-22,2\%$, продуктивность внимания - $34,21 \pm 1,19$ и $25,68 \pm 1,21\%$ с разницей $-24,9\%$, распределение и переключение внимания по Шульте - $3,01 \pm 0,22$ и $1,48 \pm 0,15$ с разницей $-26,3\%$, избирательность внимания по Мюнстербергу - $2,14 \pm 0,49$ и $1,56 \pm 0,37$ с разницей $-27,5\%$ ($p < 0,05$) - соответственно названным операциям.

После сопоставления результатов минихолецистэктомии с традиционным методом по шкале у больных старческого возраста прослеживается отрицательная динамика по шкалам опросника SF-36 после ТХЭ как физических, так и психических компонентов здоровья, что проявляется снижением: субъективной оценки объема повседневной физической нагрузки (PF) на 8,6%, субъективной оценки степени ограничения повседневной деятельности, обусловленной проблемами со здоровьем (RP), на 9,3%, общего состояния здоровья (GH) на 4,7%, настроения (MH) на 5,2%, ограничений, обусловленных проблемами со здоровьем (GH), на 4,6%, уровня взаимоотношений с друзьями, родственниками и коллегами (SF) на 6,6% ($p < 0,05$), энергии и бодрости (VT) на 1,9% ($p > 0,5$), повседневная деятельность, обусловленная эмоциональными проблемами (RE), была снижена на 5,1%, на фоне повышения болевого синдрома, ограничивающего повседневную деятельность (BP), на 4,4%, по сравнению с показателями, полученными после МХЭ.

У пациентов старческого возраста нередко возникали психические расстройства в виде несистематизированных идей преследования, ущерба, галлюцинаций, спутанности сознания и сокращения отдельных групп мышц, усиливающихся в вечернее и ночное время. Пациенты при этом бездеятельные, безынициативные. Однако, временами они становились инициативными, при одобрении готовы выполнить работу по уходу. У них отмечались расстройства памяти: больные забывали события прошедшего дня, текущие события, не узнавали знакомых лиц, встречая их в непривычной обстановке. Могут заниматься своими делами, не учитывая при этом присутствующих, не понимают смысловое значение тех или иных событий. Как подчеркивают исследователи [Кувшинова Н.Ю. 2011 Погосова Г.В., и др. 2008], для большинства пациентов, оперированных по поводу ЖКБ традиционным доступом, характерно снижение эмоциональной устойчивости, подозрительность и психоэмоциональная тревога, вызванные неудовлетворительностью жиз-

ненно значимых потребностей. У них также может встречаться склонность к доминантности, повышенная личностная тревожность.

Общие инволюционные изменения органов и систем при сочетании с сопутствующими заболеваниями ухудшают прогноз и снижают качество жизни больных пожилого и старческого возрастов. У пожилых и старых пациентов прослеживаются изменения адаптационных и компенсаторных ресурсов в результате инволюционного истощения и изменения органов и систем при сочетании с сопутствующими заболеваниями, ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, в основе которых лежит сердечная недостаточность по типу диастолической дисфункции левого желудочка, которая встречается у 14,9% пожилых пациентов, 41,5% больных старческого возраста, ухудшая прогноз и снижая качество их жизни. Вследствие развития нарушений кислородного режима, кислотно-основного состояния, активации процессов перекисного окисления липидов, угнетения системы антиоксидантной защиты происходит углубление инволюционных процессов и развитие недостаточности трансмитрального кровотока в среднем, пожилом и старческом возрастах. А развившиеся вследствие гипоксии метаболический ацидоз, активация процессов перекисного окисления липидов на фоне угнетения систем антиоксидантной защиты определяют истощение функциональных резервов этих пациентов при наличии заболеваний желудочно-кишечного тракта.

На фоне снижения психического статуса у данной категории пациентов развивается холистическая модель психопатологических предикторов, которая подробно описана нами выше.

Проводимое исследование диктует необходимость проведения нейрозащитных профилактических мероприятий в отношении профилактики и развития в послеоперационном периоде когнитивных нарушений, возникающих у пациентов, оперированных под общим многокомпонентным обезболиванием, особенно в пожилом и старческом возрастах, когда отмечается инво-

люционноснижение резервов внутричерепной гемодинамики, гемодинамики малого круга кровообращения и процессов метаболизма.

Полноценная защита организма пациента от анестезиолого-хирургической агрессии при операциях на желчевыводящих путях возможна только при проведении сочетанного обезболивания, так как именно эпидуральная анестезия способна вызывать блокаду ноцицептивных импульсов на сегментарном уровне спинного мозга. Проведение общего многокомпонентного обезболивания не устраняет раздражения на уровне спинного мозга, которое является фактором развития нейропсихических осложнений в послеоперационном периоде у пациентов преклонного возраста. Согласно полученным результатам, при проведении сочетанной общей и эпидуральной анестезии у пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов в процессе анестезиолого-хирургического пособия прослеживается торможение ноцицептивных импульсов, что способствует развитию эукинетического типа кровообращения на фоне снижения давления в малом круге кровообращения. Это сопровождается достоверным повышением напряжения кислорода в артериальной крови, что способствует улучшению когнитивной функции головного мозга пациентов. У больных старческого возраста после сочетанного обезболивания (общая в сочетании с эпидуральной) на фоне умеренного снижения давления в малом круге кровообращения и внутричерепной гипертензии отмечается нивелирование гипоксии артериальной крови, активация активности крови и буферного эквивалента.

У этих больных не прослеживается достоверной динамики улучшения произвольного, концентрационного, распределительного и избирательного внимания. Возможно снижение эмоциональной действенной активности пациентов в результате изменений в головном мозге вследствие дисциркуляторной энцефалопатии.

Клинические проявления ишемической болезни сердца связаны с двигательным и социальным ограничением, что способствует ухудшению КЖ

больных. В связи с этим оценка качества жизни нами использована для характеристики тяжести патологического процесса, выявления наиболее значимых проявлений ИБС. Проведено исследование КЖ опросником SF-36 у пациентов с наличием ИБС и сопоставление их с условно контрольной группой (средний возраст), у которых ИБС отсутствует. После холецистэктомии минимальным доступом у пациентов пожилого возраста с ИБС отмечается значимое снижение оценки по шкалам PF, RE, BP, MH, VT, SF при сопоставлении с исходными данными. При этом нет разницы между шкалами ограничения жизнедеятельности по физическим проблемам (RP) и оценки общего состояния здоровья (GH). При сопоставлении данных КЖ группы пожилого возраста со старческим после МХЭ отмечается наличие достоверной разницы по шкалам PF, BP, SF, RE, MH и отсутствие разницы по шкалам оценки общего состояния здоровья (GH) и субъективной оценки общего состояния здоровья (VT) ($p > 0,5$). Снижение показателей шкал КЖ у больных с ИБС многие исследователи связывают преимущественно с клиническими предикторами ишемической болезни сердца, особенностями клинического течения заболевания и тем, как сам пациент переживает своё заболевание. Получены доказательства «патологического сродства» и развития параллельных изменений церебральных и коронарных сосудов с исходами сочетанных поражений сердца и мозга при ишемической болезни сердца. При анализе разовой и минутной производительности сердца просматривается наличие сердечной недостаточности, обусловленной снижением сократимости миокарда. Так, у пациентов пожилого возраста УИ снижен на 38,3%, у пациентов старческого возраста - на 88,4% ($p < 0,01$), объем сердечного выброса у пожилых пациентов снижен на 25,3%, у пациентов старческого возраста - на 66,8% на фоне внутрилегочной гипертензии у обеих групп, по сравнению с идентичными показателями среднего возраста (контроль) ($p < 0,01$), отмечается резкое снижение сократимости левых и правых отделов сердца. Для дифференциации вида несостоятельности гемодинамики произведено определение состояния сердечно-

сосудистой системы. У пациентов пожилого возраста система кровообращения характеризуется повышением постнагрузки и изменением кровенаполнения предсердий, приводящих к развитию недостаточности левого желудочка сердца по гипертрофическому типу, у пациентов старческого возраста картина кровенаполнения характеризуется развитием сердечной недостаточности левого желудочка по псевдонормальному типу. Тип нарушения кровенаполнения желудочков сердца является важнейшим предиктором коронарной недостаточности пациентов в стрессовых ситуациях [Беляков Ю.Н. 2000]. Учитывая наличие у пациентов преклонного возраста сердечной недостаточности, произведено исследование качества жизни попросником MLHFQ. При этом выявлено, что функциональные заболевания оказывают влияние непосредственно на качество жизни пациента и вносят в его жизнь различные ограничения органического характера, и с ними нейропсихические изменения, которые возникают вследствие влияния болезни на психику, ограничивая социальные взаимодействия, тем самым проявляясь как симптом основного заболевания. Анализ субсфер позволяет установить, в каких именно сферах жизни пациент замечает выраженное неблагополучие, и какое из них является органическим. Изучение качества жизни пациентов с ишемической болезнью сердца во взаимосвязи с эмоционально-личностными особенностями позволяет более подробно оценить значение психических факторов в ситуации здоровье-болезнь, а также обозначить дополнительные «мишени» психокоррекционной работы в общем комплексе восстановительных и профилактических мероприятий в течении ишемической болезни сердца. Следовательно, при сравнении качества жизни в подгруппах выявлено, что выраженное ухудшение качества жизни в пожилом и старческом возрастах возникает при нарастании сердечной недостаточности. Пациенты старческого возраста минимально удовлетворены качеством своей жизни, по сравнению с пожилым возрастом. Это можно объяснить функциональными ограничениями вследствие заболевания, более плохим самочувствием паци-

ентов старческого возраста. Результаты свидетельствуют о следующем: удовлетворенность КЖ больных с ИБС возрастает при наличии таких личностных черт, как высокий уровень коммуникативной компетентности, эмоциональная устойчивость, ответственность, организованность, принятие общественных правил и норм, высокий уровень толерантности, экспрессивности, эмоциональной яркости, хорошее развитие волевых качеств, уверенность в себе, тактичность и практическая направленность.

При исследовании характера отдаленных результатов у больных, перенесших ЛХЭ, среднего, пожилого и старческого возрастов были получены следующие результаты. Хорошие результаты после ЛХЭ отмечены у 247 (82,3%) пациентов, удовлетворительные - у 53 (17,7%). У большинства пациентов болевой синдром появлялся в период от 1 до 6 месяцев, имел билиарный генез и был связан с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта. Распределение больных в зависимости от возраста и характера отдаленных результатов после ЛХЭ свидетельствует об увеличении частоты больных с хорошим результатом и увеличении с удовлетворительным в сроки наблюдения спустя 24 месяца, по мере снижения у пациентов болевого синдрома, диспепсии и других жалоб, что связано с эффективностью проводимого лечения сопутствующей патологии. При исследовании психоневрологического статуса у пациентов среднего возраста после ЛХЭ диагностирована когнитивная дисфункция легкой степени с оценкой в $28,64 \pm 0,71$ балла, у пациентов пожилого возраста когнитивная дисфункция соответствовала $26,04 \pm 0,86$ балла, у пациентов старческого возраста - когнитивная дисфункция тяжелой степени $23,36 \pm 0,91$ балла ($p < 0,05$). Спустя 24 месяца послеоперационного периода после ЛХЭ оценка КЖ у пациентов среднего возраста выявила значимое возрастание индексов физической работоспособности (PF), физического состояния (RP) на фоне снижения болевого синдрома (BP), улучшение индекса общего здоровья (GH), энергичности (VT), вследствие ухудшения индекса социальной роли (SF) отмечается тенденция к снижению

эмоционального (RE) и психического состояния (MH) пациентов из-за наличия умеренного дефицита психоневрологического статуса. У пациентов пожилого возраста после ЛХЭ отмечается значимое возрастание индексов физической работоспособности (PF), физического состояния (RP) на фоне снижения болевого синдрома (BP), улучшение индекса общего здоровья (GH), жизнеспособности (VT), вследствие ухудшения индекса социальной роли (SF) отмечается тенденция к снижению эмоционального функционирования (RE) и психического состояния (MH) пациентов. У пациентов старческого возраста, по сравнению с дооперационным периодом, качество жизни достоверно улучшилось после ЛХЭ по таким показателям, как физическое функционирование (PF), ролевое физическое функционирование (RP), общее состояние здоровья (GH) на фоне умеренного снижения болевого синдрома (BP); при этом отмечается тенденция к ухудшению эмоционального состояния (RE), выраженные изменения психического здоровья (MH) и индекса социальной роли (SF).

После МХЭ результатами операции были удовлетворены 240 пациентов, из них 103 пациента среднего, 90 пожилого и 47 старческого возраста. С хорошими результатами было 146 (61,4%) пациентов, удовлетворительными - 94 (39,4%). Состояние оценивали, как удовлетворительное, ввиду наличия жалоб на боли в животе и диспептических расстройства. Болевой синдром появлялся в период от одного до 12 месяцев, не сопровождался иктеричностью кожи и склер, потемнением мочи или обесцвечиванием кала. За период спустя 24 месяца отмечалось уменьшение частоты больных с хорошим результатом и увеличение с удовлетворительным, по мере увеличения влияния сопутствующей патологии. Психоневрологический статус характеризовался наличием когнитивной дисфункции умеренной степени у пациентов среднего возраста, что соответствовало $28,64 \pm 0,71$ баллам, у пациентов пожилого возраста - $26,04 \pm 0,86$ балла, т.е. когнитивная дисфункция умеренной степени, у пациентов старческого возраста - $23,36 \pm 0,91$ балла - когнитивная дисфунк-

ция тяжелой степени. КЖ больных среднего возраста после МХЭ в отдаленном периоде достоверно улучшилось последующим показателям: физическая работоспособность (PF), физическое состояние (RP), общее здоровье (GH), энергичность (VT), эмоциональное состояние (RE), социальная роль (SF) при отсутствии достоверности по индексу психического здоровья (MH). У пациентов пожилого возраста в отдаленном периоде после МХЭ достоверно улучшились следующие показатели: физическая работоспособность (PF), физическое состояние (RP), болевой синдром (BP), общее здоровье (GH), энергичность (VT) при отсутствии достоверности по индексам социальной роли (SF), эмоционального состояния (RE) и психического здоровья (MH). У пациентов старческого возраста в отдаленном периоде после МХЭ по следующим показателям: физическая работоспособность (PF), физическое состояние (RP), общее здоровье (GH), энергичность (VT), социальная роль (SF), эмоциональное состояние (RE), психическое здоровье (MH) - отсутствует достоверная разница, на фоне достоверного уменьшения болевого синдрома (BP), сравнительно с дооперационными данными.

После ТХЭ хорошие отдаленные результаты отмечены у 164 (58,6%), удовлетворительные - у 116 (41,4%) пациентов. Состояние расценивалось как удовлетворительное ввиду наличия жалоб на боли в животе и диспепсические расстройства. У большинства пациентов болевой синдром появился в период 6 до 12 месяцев от момента операции. Неудовлетворительные результаты выявлены у 2 (1,7%) больных, причиной которых стал резидуальный холедохолитиаз. Результаты анкетирования через 24 месяца после операции показали относительное изменение соотношения отдаленных результатов в сторону улучшения, что связано с эффективностью проводимого лечения сопутствующей патологии.

Оценка психоневрологического статуса после ТХЭ у 120 пациентов среднего возраста в отдаленном периоде соответствовала когнитивной дисфункции легкой степени - $27,82 \pm 0,64$ балла, у 108 пациентов пожилого воз-

раста имелась когнитивная дисфункция умеренной степени - $24,35 \pm 0,74$ балла, у 52 больных старческого возраста - когнитивная дисфункция тяжелой степени - $21,34 \pm 0,69$ балла. При исследовании КЖ пациентов среднего возраста после традиционной операции в отдаленном периоде прослеживается тенденция к улучшению следующих показателей: по шкалам физической работоспособности (PF), физического состояния (RP), общего здоровья (SF), жизнеспособности (VT) при отсутствии достоверности по шкалам социальной сферы (SF), эмоционального функционирования (RE), психического здоровья (MH) на фоне умеренного снижения болевого синдрома (BP). Оценка КЖ пациентов пожилого возраста после традиционной операции в отдаленном периоде выявила, что определяется тенденция к улучшению следующих показателей: достоверное по шкале физической работоспособности (PF), общего состояния здоровья (GH), ролевого физического состояния (RP), жизнеспособности (VT) при отсутствии достоверности по шкалам социальной сферы (SF), эмоционального функционирования (RE), нейропсихического здоровья (MH) на фоне тенденции снижения болевого синдрома (BP). У пациентов старческого возраста после традиционной операции в отдаленном периоде определяется отсутствие достоверности по таким шкалам КЖ: физическая работоспособность (PF), физическое состояние (RP), болевой синдром (BP), общее состояние здоровья (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное функционирование (RE) и психическое здоровье (MH). Многие параметры качества жизни отражают ухудшение социально-психического здоровья индивидов вследствие истощения психоневрологических предикторов, что предполагает необходимость системного исследования психических и социальных факторов болезни, что по существу отражает содержание интегрального междисциплинарного подхода к личности больного человека, отношения к нему, как к единой психосоциально-духовной личности. В основном медиков интересует нивелирование симптомов, с которыми обратился пациент, и его удовлетворенность физическим

функционированием. А личностные оценки пациентов, качество их жизни в настоящее время освещены недостаточно, они выступают как параметры, обуславливающие возникновение изменчивости психических реакций и реагирование на болезнь. Выявленные высокие значения физических компонентов шкал качества жизни у пациентов среднего и пожилого возрастов после ЛХЭ и МХЭ объясняются некоторыми психологическими особенностями, такими как общительность, уверенность в себе, комфортностью, сбалансированным эмоциональным состоянием. У пациентов старческого возраста после традиционной холецистэктомии отмечается высокая тревожность, подавленность, изменчивость отношения к болезни.

При оценке того или иного метода лечения пациентов большое значение имеет субъективный фактор, а именно отношение самих больных к новым технологическим явлениям и то, насколько результаты операции оправдывают ожидания пациентов. Спустя 24 месяца у пациентов среднего возраста после ЛХЭ, МХЭ отмечено улучшение показателей качества жизни, не удовлетворительные оценки качества жизни зафиксированы в шкалах эмоционального и психического компонентов, преимущественно после МХЭ ($p > 0,05$). У пациентов после ТХЭ отмечены достоверная положительная динамика по шкалам физических компонентов, неудовлетворительная - по шкалам социальной, эмоциональной роли и психического здоровья в результате наличия психоневрологического дисбаланса легкой степени. При анализе показателей качества жизни у респондентов пожилого возраста спустя 24 месяца после ЛХЭ и МХЭ отмечаются удовлетворительные результаты по шкалам PF, RP, BP, GH, VT, отрицательные результаты зафиксированы по шкалам SF, RE, MH, более выраженные после МХЭ ($p > 0,5$). После ТХЭ у пациентов пожилого возраста отмечается положительная динамика по шкалам качества жизни PF, RP, BP, GH, отрицательная динамика - по шкалам VT, SF, RE, MH вследствие наличия психоневрологического статуса средней степени.

При анализе качества жизни после ЛХЭ и МХЭ у пациентов старческого возраста отмечается положительный результат по всем шкалам физических компонентов и отрицательная динамика по психическим компонентам, т.е. проявляется ограничение жизнеспособности, замедление социального, эмоционального, психического функционирования в результате наличия психоневрологических нарушений средней степени, глубина которых более выражена после МХЭ ($p > 0,5$). После ТХЭ у пациентов старческого возраста отмечается отрицательная динамика по всем шкалам как физических, так и психических компонентов опросника SF-36, клинически проявляясь ухудшением физической работоспособности, физического состояния, общего здоровья, снижением энергичности, социальной, эмоциональной роли и психического здоровья вследствие нарушений психоневрологического статуса тяжелой степени (или деменции легкой степени). Анализ данных, полученных опросником SF-36, позволяет детально установить, в каких именно областях жизни пациент испытывает выраженное неблагополучие, а какие из них не изменены. Изучение качества жизни пациентов ИБС во взаимосвязи с эмоционально-личностными особенностями позволяет более подробно оценить значение психологических факторов в ситуации «здоровье-болезнь», а также выделить дополнительные «мишени» для психокоррекционной работы в общем комплексе восстановительных и профилактических мероприятий в лечении ишемической болезни сердца.

Для установления особенностей ухудшения психической сферы, качества жизни у респондентов с сопутствующей ишемической болезнью сердца использован опросник MLHFQ. Установлено, что причиной ухудшения качества жизни в пожилом и старческом возрасте является наличие сердечной недостаточности, при этом пациенты старческого возраста менее удовлетворены качеством жизни, чем пациенты пожилого возраста. Полученные данные свидетельствуют о том, что удовлетворенность КЖ больных с ИБС возрастает при наличии таких личностных черт, как высокий уровень комму-

никативной компетентности, эмоциональная устойчивость, ответственность, организованность, принятие общественных правил и норм, высокий уровень толерантности, экспрессивность, эмоциональная яркость, хорошо развитые волевые качества, уверенность в себе, тактичность и практическая направленность. На данный момент в Таджикистане, как и в России остро стоят вопросы реабилитации и возвращения к трудовой деятельности пациентов после хирургического лечения на органах желудочно-кишечного тракта из-за высокого уровня заболеваемости и инвалидности [Боголюбов В.М. 1996; Ленник В.В. 2005; Кучеренко В.З. 2005]. На данный момент профилактика утраты трудоспособности от самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта имеет особое значение [Кадыров Ф.Н. 2000]. По данным Российского научного центра восстановительной медицины и курортологии, в реабилитации из числа работающих нуждаются 32% граждан, перенесших острый инфаркт миокарда, и 31,8% оперированных на органах желудочно-кишечного тракта [Алексеева В.М. 2003; Ленник В.В. 2005; Разумов А.Н. 2005].

Когнитивные нарушения, нередко достигающие легкой степени деменции, являются исключительно важной медико-социальной проблемой современного общества. Как свидетельствуют результаты эпидемиологических исследований, в настоящее время на земном шаре насчитываются 47 млн. пациентов с разными формами деменции [Слабодин Т.Н. 20012; Комчатное П.Р. 2014]. Имеются данные о том, что число больных с тяжелыми когнитивными нарушениями удваивается каждые 10 лет и к 2050 г. составит порядка 130 млн. человек [Adam S., etal 2013; Gorelick P.B. 2015].

Патолофизиологические видоизменения в организме больных после холецистэктомии не идентичны и не ограничиваются только билиарным трактом, а включают все системы организма. Дальнейшее восстановление трудоспособности и прогноз для жизни больного зависит от послеоперационной профилактики в ранние сроки, когда выявленные нарушения в органах и систе-

мах носят функциональный характер. В этот момент профилактика утраты трудоспособности зависит от распространенности заболеваний желудочно-кишечного тракта, что имеет особое значение. Одним из самых эффективных способов минимизации уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности является долечивание граждан в условиях специализированных лечебных учреждений, в санаториях, т.к. этот вид характеризуется минимальными затратами [Клячкин Л.М. 2000; Ильницкая А.Н. 2000; Ленник В.В. 2005].

У наблюдаемых нами больных в послеоперационном периоде у 30 после холецистэктомии развился синдром дисфункции желудочно-кишечного тракта. После проведения комплексной консервативной терапии заболеваний билиарной системы пантопразолом в сочетании с антилактовом у пациентов основной группы в послеоперационном периоде отмечается улучшение показателей качества жизни по шкале жизнеспособности на 12,1%, социального на 15,5% и эмоционального функционирования на 12,5%, психического здоровья на 11,5%, при сопоставлении с исходными показателями ($p < 0,05$). Проведенная терапия послеоперационных осложнений сократила сроки реабилитации больных при холецистэктомии на 3-5 суток. В отдаленном послеоперационном периоде у 108 пациентов после холецистэктомии выявлена когнитивная дисфункция: из них 27 пациентов среднего, 31 – пожилого, 50 - старческого возрастов. Спустя 24 месяца после операции на фоне комплексной терапии в реабилитационном периоде им был прописан пероральный приём препарата пронорон по 50 мг в сутки - пациентам среднего и пожилого возрастов по 50 мг два раза в сутки - пациентам старческого возраста. Включение в комплекс интенсивной терапии в послеоперационном периоде пронорана способствовало не только сохранению памяти в пределах исходных величин, но и достоверному её повышению с улучшением более сложных психических функций, связанных со способностью к аналитической деятельности, преимущественно у пациентов среднего и пожилого возрастов. При этом

у пациентов старческого возраста существенных изменений не выявлено, возможно, из-за инволюционных изменений в головном мозге.

ВЫВОДЫ

1. Изучение параметров качества жизни опросниками SF-36 и MLHFQ, а также степени когнитивной дисфункции по «MMSE» с учетом возраста позволяет оптимизировать результаты хирургического лечения при желчнокаменной болезни.

2. В структуре когнитивных нарушений по мере увеличения возраста преобладают расстройства памяти. У пациентов среднего возраста имеется равномерное и незначительное ухудшение концентрации, распределения и точности памяти, у пациентов преклонного возраста прогрессирование мнестических нарушений сочеталось с увеличением выраженности эмоциональной дезадаптации.

3. У пациентов с ИБС отмечается значительное снижение удовлетворенности различными сторонами жизнедеятельности, кроме сферы «духовность». Низкие показатели КЖ среди больных с ИБС зафиксированы по «физической сфере», «уровню независимости», «психологической сфере», «окружающая сфера» и «социальные отношения».

4. Применение оперативного вмешательства с учетом степени когнитивной дисфункции и сердечной недостаточности у пациентов с желчнокаменной болезнью среднего, пожилого и старческого возрастов позволяет не только вылечить больного, но и достоверно улучшить качество его жизни.

5. Наибольшее число достоверно улучшенных параметров качества жизни наблюдается у пациентов, перенесших ЛХЭ, у пациентов старших возрастных групп с наличием ишемической болезни сердца после МХЭ.

6. При холецистэктомии эпидуральная анестезия на основе пропофола на фоне вспомогательной вентиляции, анестезия на фоне нейролептаналгезии с ИВЛ обеспечивают улучшение оксигенации головного мозга и предотвращают ухудшение когнитивной функции.

7. В сроки анкетирования спустя 24 месяца после оперативного вмешательства отмечено улучшение показателей КЖ у пациентов среднего

возраста после ЛХЭ; после МХЭ неудовлетворительные показатели качества жизни были зафиксированы по шкалам RE и MH; после ТХЭ отмечены достоверные положительные результаты по шкалам PF, RP, BP, VT и отрицательные результаты - по шкалам SF, RE, и MH вследствие нарушения психоневрологического статуса легкой степени.

8. При анализе показателей КЖ спустя 24 месяца после ЛХЭ и МХЭ у пациентов пожилого возраста отмечаются удовлетворительные результаты по шкалам PF, RP, BP, GH, VT, неудовлетворительные результаты зафиксированы по шкалам SF, RE, MH. После проведения ТХЭ у пациентов пожилого возраста имеется положительная динамика по шкалам PF, RP, BP, GH, отрицательная - по шкалам VT, SF, RE, MH при наличии когнитивной дисфункции умеренной степени.

9. При динамическом анализе результатов качества жизни после ЛХЭ и МХЭ у пациентов старческого возраста отмечается положительный результат по всем шкалам физического компонента и отрицательная динамика - по психическим компонентам, т.е. имеется ограничение жизнеспособности, замедление социального, эмоционального, психического функционирования в результате наличия когнитивной дисфункции тяжелой степени. После ТХЭ у пациентов старческого возраста отмечается отрицательная динамика по всем шкалам, как по физическим, так и психическим компонентам, что является следствием когнитивной дисфункции тяжелой степени или деменции легкой степени.

10. Значимое улучшение качества жизни после различных доступов холецистэктомии с учетом возраста в лечении желчнокаменной болезни подтверждает целесообразность дифференцированного подхода к выбору хирургического вмешательства.

11. После проведения курса ранней реабилитации пациентам с дисфункцией желудочно-кишечного тракта пантопрозол в сочетании с антилактовом нормализуется функция желудочно-кишечного тракта с улучшени-

ем сферы показателей КЖ VT, ST, RE и MN. Достоверно улучшается когнитивная функция после курса реабилитации пронораном с возрастанием способности к аналитической мыслительной деятельности у пациентов среднего и пожилого возрастов. Курсовая терапия телмисартаном больных с ИБС позволяет улучшить кровенаполнение трансмитрального потока при наличии диастолической дисфункции левого желудочка сердца, как при гипертрофическом, так и псевдонормальном типах ДДЛЖ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для оценки результатов хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью целесообразно использование не только параметров стандартных отдаленных результатов, но и качества жизни опросниками SF-36, MLHFQ, а также степени когнитивной дисфункции «MMSE» с учетом возраста пациентов.

2. При лечении больных желчнокаменной болезнью целесообразен дифференцированный подход к выбору способа проведения лапароскопической холецистэктомии минидоступом и традиционного вмешательства с учетом возраста, степени когнитивной дисфункции и ишемической болезни сердца.

3. Следует осуществлять дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства на желчном пузыре у каждого конкретного больного, осуществляя принцип выбора «от менее инвазивных к более травматичным».

4. Для оценки качества жизни у пациентов преклонного возраста рекомендуется использовать опросник SF-36, который имеет достаточную валидность и надежность, применим для определения основных задач медицинской реабилитации данного контингента с оценкой её эффективности.

5. С целью поддержания стабильной гемодинамики, кислородотранспортной функции крови и улучшения когнитивных исходов при проведении анестезиологического пособия при холецистэктомии рекомендуется использовать эпидуральную анестезию на фоне нейроплегии пропофолом.

6. Для оценки результатов хирургического лечения ЖКБ необходимо учитывать показатели КЖ после операции, при этом следует использовать общие и специализированные опросники. Изучать КЖ целесообразно до операции, а также в раннем и позднем послеоперационных периодах. Сроки наблюдения за пациентами должны быть не менее 2 лет. Пациентов со сниженным КЖ необходимо наблюдать на предмет наличия синдрома нарушенного пищеварения.

7. Экономическая эффективность ранней реабилитации выражается в уменьшении сроков временной утраты трудоспособности в течение года по основному заболеванию, снижении стоимости лечения в условиях стационара, поликлиники и размеров выплат по листкам нетрудоспособности. Более приемлемой является схема реабилитации в санатории, т.к. она характеризуется меньшими затратами на единицу эффективности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдувоситов Х.А. Факторы риска при хирургическом лечении желчнокаменной болезни у пожилых больных: автореф. дисс. ...канд.мед.наук / Х.А. Абдувоситов; М., 2007.- 23 с.
2. Абдуллаев А.А. Исторические аспекты «Постхолецистэктомического синдрома» (обзор литературы) / А.А. Абдуллаев // Хирургия. - 2002. - №1. - С.99-105.
3. Абрамов А.А. Хирургическое лечение острого холецистита и его осложнений: автореф. дисс. ... канд. мед.наук. / А.А. Абрамов; М., 2007.- 23с.
4. Агеев Ф.Т. Диагностика и лечение больного диастолической сердечной недостаточностью: роль пробы с изометрической нагрузкой / Ф.Т. Агеев // Сердечная недостаточность. - 2000. - Т. 1, № 2.
5. Агеев Ф.Т. Методические аспекты применения доплероэхокардиографии в диагностике диастолической дисфункции левого желудочка / Ф.Т. Агеев, А.Г. Овчинников, В.Ю. Мареев // Сердечная недостаточность.- 2002.- Т.1, №1.
6. Аксенова Э.М. Нарушения функций печени после холецистэктомии и их лечебная коррекция / Э.М. Аксенова, Я.М. Вахрушев // Российский гастроэнтерологический журнал. - 2000. - № 1. - С.24-26
7. Алексеев А.М. Использование системы традиционного доступа при остром холецистите/ А.М. Алексеев, В.А. Замятин // Материалы 26-го съезда Российского общества эндоскопической хирургии.- Москва, 2013.- С.122-124.
8. Алексеева В.М. Методы экономических оценок эффективности использования ресурсов здравоохранения при оказании медицинской помощи населению: учебно-методическое пособие для студентов мед. вузов / В.М. Алексеева, А.Б. Белевитин, В.Ю. Тегза .- СПб, 2003. – 20 с.

9. Алексеева Е.О. Холецистэктомия у пациентов, перенесших оперативное вмешательство / Е.О. Алексеева, Э.Я. Селезнева, Р.Г. Аскарханов // Доктор РУ.-2014.- №4.- С.86-89
10. Алехин А.Н. Медицинская психология: после практики и задачи научной дисциплины / А.Н. Алехин // Медицинская психология в России: электрон.науч. Журнал.- 2010.- № 2; электронный ресурс: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения 28.11.10).
11. Анализ осложнений после различных способов холецистэктомии при остром холецистите/ Н.С. Османбеков [и др.] // Московский хирургический журнал.-2012.-№5(27).-С. 14-16
12. Аргайл М. Психология счастья.- М.:Прогресс, 1990.
13. Аронов Д.М. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Д.М. Аронов, В.П. Зайцев // Кардиология.- 2002.- №5.- С.92-95.
14. Арутинян Ю.А. Эндовидеохирургия при остром холецистите и его осложнений / Ю.А. Арутинян //Эндоскопическая хирургия.- 2001.- №5.- С.52-54
15. Астапенко В.В. Побочное последствие холецистэктомии / В.В. Астапенко // Медицинский вестник.- 2008.- №17.- С.13-15
16. Ахмедов Е.Н. Осложнения после холецистэктомии / Е.Н. Ахмедов, С.М. Жукова // Российский гастроэнтерологический журнал.- 2000. - № 4. - С.34-36.
17. Баранов Г.А. Миниинвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите / Г.А. Баранов, Е.А. Решетников, Б.В. Харламов // Хирургия. – 2008.- № 6.- С.27-30
18. Бардулин Н.М. Влияние прямой реваскуляризации миокарда на диастолическую дисфункцию левого желудочка у больных ишемической болезнью сердца / Н.М. Бардулин// Клиническая медицина.-2001.-Т. 79(7).- С. 35-39

19. Барсегян А.А. Послеоперационное желчеистечение после лапароскопической холецистэктомии / А.А. Барсегян // Эндоскоп.хирургия.- 2000.- № 6. - С. 49-52.
20. Беленков Ю.Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью / Ю.Н. Беленков, В.Ю. Мареев // Кардиология.- 2008.- №2.- С. 85-88
21. Белоусова Е.А. Причины и механизмы нарушения пищеварения при билиарной патологии / Е.А. Белоусова // Симпозиум «Современные принципы коррекции нарушения пищеварения при патологии билиарного тракта».- Москва, 2003. - С.3-8.
22. Беялов Ф.И. Связь тревоги и депрессии с качеством жизни у пациентов с нестабильной стенокардией / Ф.И. Беялов, Л.Е. Мальцева, Р.Н. Ягудина // Психические расстройства в общей медицине.- 2010.- № 4. - С.21-23.
23. Болезни печени и желчевыводящих путей: руководство для врачей / под.ред. В.Т. Ивашкина.- Москва: М-Вести, 2002.- 416с.
24. Бондарев А.Л. Результаты лапароскопической холецистэктомии в лечении больных острым холециститом/ А.Л. Бондарев, М.И. Шевелов, К. И. Попов// Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии.- М., 2002.- С. 58-60
25. Бородач В.А. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста и причины влияющее на качества жизни / В.А. Бородач // Хирургия.- 2002.- №11.- С. 38-41
26. Брюнин А. В. Сравнительные характеристики малоинвазивных оперативных вмешательств в лечении желчнокаменной болезни: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / А.В. Брюнин; М., 2000.- 33 с.
27. Булавин В.В. Оценка качества жизни и риск утраты здоровья / В.В. Булавин, Р.И. Иванова // Социальная гигиена, экономика и управление здравоохранением - 2003. - №1. - С. 12-13.

28. Бурков С.Г. О последствиях холецистэктомии и постхолецистэктомический синдром/ Бурков С.Г. // Медицинский консилиум.-2004.- Т. 2,4, №1.2.-С.21-28
29. Бурков С.Г. О последствиях холецистэктомии или постхолецистэктомическом синдроме / С.Г. Бурков // Гастроэнтерология. Приложение к Consiliummedicum. - 2006. -Т.07, № 2.- С.24-27.
30. Валенкевич Т.Н. Постхолецистэктомический синдром у больных пожилого и старческого возраста и качества жизни /Т.Н. Валенкевич, Г.В. Филина, О.П. Бобкова // Клиническая гастроэнтерология.-2002.- № 12.- С. 19-21
31. Васильев В.Е. Гепатобилисцинтиграфия в хирургии желчнокаменной болезни / В.Е. Васильев А.В. Каралкин А.А. Матюшенко // Анналы хирургии. - 2000. - № 1. - С. 48-52.
32. Вахидов А. Регионарная и спинномозговая анестезия и анальгезия / А. Вахидов, А. Ахмедов.- Душанбе: Ирфон, 2004.- 200 с.
33. Вахидов А. Сравнительная оценка состояния гемодинамики при операциях на органах брюшной полости в условиях эпидурального и эндотрахеального обезболивания / А. Вахидов З.К Косимов // материалы 2-съезда анестезиологов реаниматологов республики Узбекистан 3-4 2003г г.Бухора
34. Ветишев П.С. Принципы анальгезии в раннем послеоперационном периоде/ П.С. Ветишев, М.С. Ветишев // Хирургия.-2002.- №12.- С. 49-52
35. Ветшев П. С. Холецистокардиальный синдром: миф или реальность / П.С. Ветшев // Хирургия.- 2005.- №3.- С.59-64.
36. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь / П.С. Ветшев, О.С. Шкроб, Д.Г. Бельцевич.- М.: Медицинская газета, 2004. – 192 с.
37. Ветшев П.С. Хирургический стресс при различных вариантах холецистэктомии/ П.С. Ветшев, К.Е. Чилингарди, Л.И. Имполит // Хирургия.- 2002.- №3.- С. 4-10

38. Ветшев П.С. Холецистэктомия из минидоступа в лечении желчнокаменной болезни/ П.С. Ветшев, К.Е Челингарида, Л.И Имполитов //Клиническая медицина. -2001.- №1.- С.50-55
39. Винник Ю.С. Современные принципы диагностики и лечения постхолецистэктомического синдрома / Ю.С. Виинник, Д.В. Черванцев, О.В. Злаков.- Красноярск: Элпаром, 2009.- 137 с.
40. Винокуров М.М. Острый холецистит и пути улучшения результатов хирургического лечения / М.М. Винокуров.- Новосибирск: Наука, 2002.- 160 с.
41. Вихриев А.Б. Хирургия единого лапароскопического доступа – новое направление малоинвазивной хирургии: методические рекомендации / А.Б. Вихриев.- Москва, 2010.- 36 с.
42. Власов А.П. Острый холецистит / А.П. Власов, М.В. Кукош.- М.: Наука, 2009.- 308 с.
43. Внутривнутрибрюшное желчеистечение после холецистэктомии / А. Г. Кригер [и др.] // Хирургия.- 2001.- № 11.- С.44-46
44. Галашев В.И. Холецистэктомия из минидоступа у лиц пожилого возраста / В.И. Галашев, С.Д. Зотиков // Хирургия.- 2001. - №3.- С. 15-18.
45. Галимов О.В. Сочетание лапароскопические вмешательства при холецистэктомии и их влияние на качества жизни больных в отдаленном периоде / О.В. Галимов, М.А. Нуриддинов, Е.В. Синдевич // Вестник хирургии.- 2002.- №1.- С. 82-85.
46. Галкин В.А. Современные представления о патогенезе холелитиаза как основа принципов профилактики билиарной патологии / В.А. Галкин // Терапевтический архив.- 2003.- №1.- С.28-31.
47. Гальперин Э.И. Лечение повреждений внепеченочных желчных протоков, полученных при лапароскопической холецистэктомии / Э.И. Гальперин, Н.Ф. Кузовлев, А.Ю. Чевокин // Хирургия.- 2001.- № 1.- С. 51-53.

48. Гололобов Ю.Н. Косметическая модификация выполнения лапароскопической холецистэктомии / Ю.Н. Гололобов, О.В. Галимов, С.Е. Сендинович // Эндоскопическая хирургия.- 2000.- №2.- С.119-212.
49. Григорьев И.Н. Качество жизни у больных желчнокаменной болезнью в отдаленном периоде после холецистэктомии / И.Н. Григорьев, Т.И. Романова// Экспериментальная клиническая гастроэнтерология.- 2010.- №9.- С. 38-43
50. Григорьев И.Н. Факторы, снижающие качество жизни у больных в отдаленном периоде после холецистэктомии / И.Н. Григорьев, Т.И. Романова // Гастроэнтерология.-2010.- № 9.- С. 38-43
51. Дибиров М.Д. Качество жизни больных после различных видов холецистэктомии / М.Д. Дибиров [и др.] // Московский хирургический журнал.- 2011.-Т.19, №3.- С.13-18.
52. Джалалов Ю.В., Рабаданова С.Р. Качество жизни после холецистэктомии из мини доступа. Исследование качества жизни в билиарологии: материалы 4-го Российского научного форума «Гастро-2002» // Гастроэнтерология.- СПб, 2002.- №2-3.- С. 49.
53. Диагностика и коррекция моторно-эвакуаторных функции двенадцатиперстной кишки постхолецистэктомического синдрома/ М.В. Репин [и др.] // Медицинский альманах.-2014.-Т.3(33).-С.126-128
54. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей: учебное пособие для учащихся системы последипломного образования / И.В. Маев [и др.].- М.: ГОУВУНМЦ МЗ РФ, 2003.- 96с.
55. Добровольский С.Р. Преимущества и недостатки различных способов холецистэктомии / С.Р. Добровольский, Р.М. Богопольский, И.В. Нагай // Хирургия. Журнал имени Пирагова.-2004.- №4.- С.40-46
56. Договцев Е.Н. Одноэтапное миниинвазивное оперативное лечение больных холестехоледохолитиазом / Е.Н. Договцев, С.И. Возлюбленный, М.С. Возлюбленный// Эндоскопическая хирургия.- 2009.- №1.- С.12-14

57. Егиева В.Н. Очерки лапароскопической холецистэктомии / В. Н.Егиева, И.В. Федорова, М.И. Будакова.- М.: Медпрактика, 2008.- 100 с.
58. Ермаков Е.А. Миниинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной нарушением проходимости желчных протоков / Е.А. Ермаков, А.Н. Лищенко // Хирургия. - 2003. - № 6. - С. 68-74.
59. Ермолов А.С. Диагностика и лечение холангиолитиаза после холецистэктомии /А.С. Ермолов // Хирургия.-2002.- №4.- С.4-10
60. Ермолов А.С. Хирургическое лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста / А.С. Ермолов // Хирургия.- 2008.- №2.- С. 11-14
61. Ермолов А.С. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему/ А.С. Ермолов // Хирургия.-2004.- №5.- С.4-9
62. Желчнокаменная болезнь / С.А. Дадвани [и др.]- М.: Видар, 2000.- 144 с.
63. Жуков Н.А. Сфинктер Одди, причины и механизмы нарушения его функции / Н.А. Жуков, В.А. Ахмедов, Н.С. Турилова // Российский гастроэнтерологический журнал. - 2001. - № 1. - С.23-25.
64. Запрудников А.М. Особенности желчнокаменной болезни в детской возрасте (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика) / А.М. Запрудников А.А. Харитонов.- М.:Фалк ФармаГибХ, 2002.- 86 с.
65. Захаров В.В. Диагностика и лечение когнитивных нарушений у пожилых / В.В. Захаров, И.В. Дамулин / Под ред. Н.Н. Яхно.- Москва: Медицинская академия им. И.М.Сеченева, 2000.- 21с.
66. Захаров В.В. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте: методическое пособие для врачей /В.В. Захаров, Н.Н. Яхно.- Москва, 2005.- 30 с.
67. Захаров В.В. Мониторинг церебральной оксигенации и её взаимосвязь с транспортом кислорода и когнитивная функция при кардиохирур-

гических операциях: автореф. дисс. ...канд. мед.наук / В.В. Захаров.- М., 2015.- 22с.

68. Захаров В.В. Нарушения памяти при болезни Паркинсона / В.В. Захаров, В.В. Яхно // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.- 2004.- Т.99, Вып.4, № 4.- С. 17-22.

69. Захаров В.В. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом и старческом возрасте/ В.В. Захаров, Н.Н. Яхно // Русский мед. Журнал.-2004.- №10.- С. 573-576.

70. Захаров В.В. Факторы риска и профилактика когнитивных нарушений в пожилом возрасте / В.В. Захаров// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.-2012.- №8.- С. 88-21

71. Зиц С. В. Диагностика и лечение диастолической дисфункции левого желудочка: Труды первого международного научного форума "Кардиология-99".- М., 2000.- С.333

72. Значение дискинезии желчевыводящих путей в литогенезе при патологии гепатобилиарной системы / Я.М. Вахрушев [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2002. №1. - С. 122.

73. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: руководство для врачей / под.ред. В.Т. Ивашкина.- М.: М-Вести, 2002.- 253 с.

74. Ивашкин В.Т. Желчнокаменная болезнь / В.Т. Ивашкин, Е.К. Бронская, Ю.О. Шульгина.- Москва, 2015.- 34 с.

75. Ивашкин В.Т. Наиболее распространенные заболевания желудочно-кишечного тракта и печени для практических врачей / В.Т. Ивашкин// М.: Литерра, 2008.- 170 с.

76. Ильин Ю.В. Влияние ингаляционных анестетиков на основе севофлюрана на частоту возникновения течения послеоперационных когнитивной дисфункции у больных цереброваскулярной недостаточности: автореф. дисс. ... канд. мед.наук / Ю. В. Ильин; М., 2016.- 25 с.

77. Ильиченко А.А. Желчнокаменная болезнь /А.А. Ильиченко.- М.: Анакоркис, 2004.- 200 с.
78. Ильницкий А.Н. Медицинская реабилитация больных терапевтического профиля в местном санатории /А. Н. Ильницкая // Вопросы курортологии физиотерапии и лечебная физическая культура.- 2003.- №6.- С. 28-30.
79. Ильченко А.А. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта /А.А. Ильиченко // Consiliummedicum. Приложение «Гастроэнтерология».- 2002.- №1. - С.20-23.
80. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. Современный подход к проблеме // «Диагностика и лечение болезней органов пищеварения с позиций доказательной медицины»: материалы юбилейной 10-ой научно-практической конференции. – Москва, 2005. - С.14-27.
81. Ильченко А.А. Рекомендации Научного общества гастроэнтерологов России по диагностике и лечению желчнокаменной болезни и краткие комментарии // Consillium medicum. - 2012. - № 8. - С. 21-29.
82. Ильченко А.А. Эффективность мебеверина гидрохлорида при билиарной патологии / А.А. Ильченко // Русский.мед. журнал.- 2003.- № 4.- С. 206-207.
83. Ильченко А.А. Опыт применения Дюспаталина при функциональных нарушениях сфинктера Одди у больных, перенесших холецистэктомию / А.А. Ильченко, Е.В. Быстровская // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.- 2002. - №6. - С.21-22.
84. Ингаляционная индукция и поддержание анестезии на основе севофлурана с тотальной внутривенной анестезией на основе пропофола и фентанила у пациентов с сопутствующей дисциркуляторной энцефалопатией / В.В. Лихванцев [и др.] // Общая реаниматология.– 2013.- №3.– С. 41-47.

85. Исаев С.В. Влияние периоперационных факторов и выбор метода анестезии на частоту когнитивных расстройств в послеоперационном периоде / С.В. Исаев // Вестник интенсивной терапии.-2004.- №3.- С.67-69
86. Кадыров Ф.Н. Медико-экономические проблемы здравоохранения на современном этапе / Ф.Н. Кадыров, И.П. Петриков.- СПб.: Ривьера, 2001. – 356 с.
87. Калинин А.В. Функциональные расстройства билиарного тракта и их лечение / А.В. Калинин // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии.- 2002.- №3.- С.25-34
88. Камацких А. Ю. Экспресс-диагностика и хирургическое лечение гнойно-деструктивных форм острого холецистита с применением традиционной операции и вмешательства из минидоступа: автореф. дисс. ... канд. мед.наук / А.Ю. Камацких.- Екатеринбург, 2005.- 25 с.
89. Камчатное П.Р. Когнитивный резерв, когнитивные нарушения и возможности их медицинской коррекции / П.Р. Камчатное// Журнал неврологии и психиатрии.- 2014.- №4.- С.52-56.
90. Карпов О.Э. Анализ хирургического лечения желчнокаменной болезни с неудовлетворительными отдаленными результатами и обоснование проявления постхолецистэктомического синдрома / А.Ю. Карпов, Н.А. Воробьева // Профилактическая клиническая медицина.-2006.- №2.- С. 136-140
91. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы / Н.В. Погосова [и др.] // Кардиология.- 2010.- №4.- С.66-78.
92. Клигуненко Е.Н. Нейропротекция в анестезиологии и интенсивной терапии/ Е.Н. Клугиненко, А.А. Дзяк, Ю.А. Плащенко// Международный неврологический журнал.-2008.- №2 (18).-С. 41-50
93. Клячкин Л.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов / Л.М. Клячкин, А.М. Щегольков.- М., 2000.- 108 с.

94. Коваленко А.А. Структура летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и роль эндовидеохирургической технологии в ее снижении / А.А. Коваленко, Ю.С. Веселев, Л.А. Левин // *Здравоохранение Таджикистана.*-2007.- №1.- С.38-46

95. Ковалов А.И. Постхолецистэктомический синдром, причины и тактика хирургического лечения / А. И. Ковалов, А.А. Соколов, А.Ю. Аккуратова // *Новости хирургии.*-2011.- Т. 19(1).- С.16-21

96. Ковалов А.И. Постхолецистэктомический синдром: причины и тактика хирургического лечения / А.И. Ковалов А.А. Соколов, // *Текст научной статьи по специальности «Медицина и здравоохранение»*

97. Козлова И.В. Клинико-функциональные и структурные нарушения гастродуоденальной зоны после холецистэктомии / И.В. Козлова, Е.В. Граушкина, С. Волкова // *Врач.*- 2010.- №9.- С.72-76

98. Комаров Г.А. Государственно-общественная модель управления здравоохранением и охраной здоровья населения / Г.А. Комаров // *Социальная гигиена, экономика и управление здравоохранением.*- 2003.- №1.- С.38-39.

99. Копанева М.И. Отдаленные результаты оперативного лечения желчнокаменной болезни: тезисы VII Международной конференции «Пожилой больной. Качество жизни» / М.И. Копанева // *Клиническая гериатрия.* - 2002. - № 8.

100. Коротько Г.Ф. Эвакуаторная деятельность гастродуоденального комплекса и ее энзимокоррекция при желчнокаменной болезни и после холецистэктомии / Г.Ф. Коротько, Е.Г. Пылева // *Рос.журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.*- 2003.- № 6.- С. 38-43.

101. Костова Е.М. Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, с учетом показателей деформированности и резистентности эритроцитов / Е.М. Костова // *Медицина.*- 2009.- №4.- С.83-86

102. Кувшинова Н.Ю. Психокоррекционная работа с больными ИБС с учетом параметров качества жизни: автореф. дисс. ... канд. мед.наук / Н.Ю. Кувшинова; М., 2012.- 23 с.
103. Кудербаев М.Т. Миниинвазивная хирургия желчнокаменной болезни. Преимущества и недостатки / М.Т. Кудербаев // Клиническая медицина Казахстана.-2010.- №2
104. Кузин М.И. Хирургические болезни / М.И. Кузин.- М.: Медицина, 2005.- 400 с.
105. Кузин Н.М. Лапароскопическая и традиционная холецистэктомия сравнений непосредственных результатов / Н.М. Кузин, С.С. Дадвани, П.С. Ветшев // Хирургия.-2000.- №2.- С. 25-27
106. Кульчиев А.А. Холецистэктомия из минидоступа: в кн. «Современные технологии в абдоминальной хирургии /А.А. Кульчиев В.В. Багаев, В.Е. Тибилев.- Москва: РНХЦ РАМН, 2001. - С.34-36.
107. Кучеренко В.З. Основные направления реформирования российского здравоохранения на современном этапе / В.З. Кучеренко, М.А. Тарарников, Н.Г. Шамшурина // Экономика здравоохранения.- 2005.- №8.- С. 8-12
108. Лазебник А.Б. Сравнительное исследование качества жизни у больных желчнокаменной болезнью, осложненной постхолецистэктомическим синдромом / А.Б. Лазебник, М.И. Королева,Т.Б. Ежова// Гастроэнтерология.- СПб, 2003.- Т.2, №3.- С.23-25
109. Лазеник Л.Е. Постхолецистэктомический синдром: причины риска, современная диагностика и лечение /Л.Е. Лазеник, М.Н. Капонева, Т.Б. Ежова //Терапевтический архив.-2004.- №2.- С.83-87.
110. Лебедев С.В. Отдаленные результаты и качество жизни больных после различных видов хирургического лечения калькулезного холецистита/ С.В. Лебедев, С.В. Волков, А.Г. Еремеев // Гастроэнтерология. СПб, 2003.-Т. 2, №3.-С.344-345

111. Лемидзе О.В Клинико-экономический анализ эффективности различных способов холецистэктомии: автореф. дисс. ... канд. мед.наук / О. В. Лемидзе.- М., 2005.- 25 с.

112. Линник В.В. Долечивание застрахованных граждан в санаториях непосредственно после стационарного лечения: проблемы и задачи / В.В. Линник // Вестник государственного социального страхования.- 2005.- №10 (58).- С.48-53.

113. Литвинова Н.В. Структура клинических симптомов и прогностические факторы их развития после холецистэктомии у больных желчнокаменной болезнью / Н.В. Литвинова, М.Ф Осипенко // Бюллетень СО РАМИ.- 2009.-Т.29(3).- С. 105-109

114. Лядов К.В. Результаты лапароскопических однобортовых холецистэктомии опыт 300 операций / К.В. Лядов В.Н. Егиев, Н.А. Ермаков // Материалы 26 съезда Российского общества эндоскопической хирургии.- М., 2013.- С.204-205

115. Маев И.В. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта (алгоритм диагностики и лечебной тактики) / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Л.М. Салова.- М.:ГОУ ВПО ВУНМЦ МЗ и СРРФ, 2006. - 72 с.

116. Маев И.В. Патогенетические механизмы формирования патологии гепатобилиарной система у больных с метаболическим синдромом и пути их коррекции/ И.В. Маев, Д.Т. Дигова // Гастроэнтерология.-2008.- №2- С.18-24

117. Майстеренко Н.А. Холедохолитиаз:руководство для врачей / Н.А. Майстеренко, В.В. Стукалов. - С-Пб.: ЭЛБИ-СПб, 2000. – 288с.

118. Макаров Ю.В. Гастроэнтерологические симптомы и качество жизни пациентов в отдаленном периоде после холецистэктомии / Ю.В. Макаров// Доказательная медицина.-2014.- Т.3, №4.-С.4-7

119. Макаров Ю.В. Гастроэнтерологические симптомы и качество жизни у пациентов в отдаленном периоде после холецистэктомии/ Ю.В. Макаров// Доказательная гастроэнтерология.-2014.- №3(4).-С.4-7
120. Мальков И.С. Коррекция желчеоттока при осложненном калькулезном холецистите/ И.С. Мальков, А.Ф. Бекмухамедов, З.И. Чагаева// Хирургия.-2004.- №7.-С.11-19
121. Мальков И.С. Эндоскопические методы лечения осложненных форм желчнокаменной болезни / И.С. Мальков, А.Ф. Бисмухамедов Р.К. Козлов// Международный конгресс Эндоскопической хирургии.- 2005.-С.194-197
122. Манвелов Л.С. Лечение больных дисциркуляторной энцефалопатией / Л.С.Манвелов, А.С.Кадыков //Лечащий врач.-2001.-№3.-С.58-63.
123. Мараховский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы / Ю.Х. Мараховский // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2003.- №1.- С.24-25.
124. Медведев А.М. Отдаленные результаты и факторы, влияющие на качество жизни после холецистэктомии /А.М. Медведев// Вестник РУДИ, Серия Медицина.-2014.- №2.- С.58-63
125. Мелешкина Н.В. Оценка социальной и экономической эффективности функционирования системы здравоохранения Ставропольского края в условиях повышения качества медицинской помощи / Н.В. Мелешкина // Экономика здравоохранения.- 2005.- №7.- С.26-29.
126. Миниинвазивная лапароскопия методика лечения заболевания желчного пузыря / К.В. Пучков [и др.].- Рязань: ГБОУВПО Рязанский ГМУ Минздрава России, 2015.-115 с.
127. Минилапаратомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении острого калькулёзного холецистита / А.М.Шулутко [и др.] // Эндоскопическая хирургия.- 2002.- №4.- С. 31-35.

128. Минушкин О.Н. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта (патофизиология, диагностика и лечебные подходы) / О.Н. Минушкин.-М., 2002. - 16с.
129. Михайлова Н.М. Тревога при психических нарушениях непсихического уровня / Н.М. Михайлова, Т.М. Сироченко // Русский.мед. журнал.- 2006.-Т.14(15).- С. 8-11
130. Мондель Н.А. Конверсия в подреберной мини доступ при лапароскопической холецистэктомии/ Н.А. Мондель // Альманах института хирургии им. А. В. Вишневского.– 2010.-Т.5, №1.-С. 118-119
131. Море Е. Лапароскопическая холецистэктомия / Е.М. Море// Клиническая хирургия.- 2000.- №11.-С.10-13
132. Недашковский Э.В. Актуальные вопросы анестезиологии и реаниматологии (освежающий курс лекции) / Э.В. Недашковский.- Архангельск, 2006.-123 с.
133. Незнанова А.Г. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике /А.Г. Незнанова, Б.Д. Корвасарский.- СПб.:Питер, 2008.-582 с.
134. Некоторые патогенетические аспекты энтерального проявления постхолецистэктомического синдрома /Л.А. Иванова [и др.]// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.-2009.- №6.- С. 42-46
135. Неронов В. А. Нарушение внешнесекреторной функции печени у больных, перенесших лапароскопическую холецистэктомию / А.В. Неронов, В.А. Максимов,В.А. Чернышов// Дневник Казанской медицинской школы.- 2006.- № 2(2).- С. 23-28
136. Нечупаренко Н.И. / Основные патофизиологические механизмы ишемии головного мозга / Н.И. Нечупаренко,И.Д. Пашковский,Ю.И. Мусоенко // Журнал медицинские новости.-2008.- №1.– С.7-13
137. Никитенко А.И. Экономика в эндохирургии / А.И. Никитенко, М.Д. Горшков // Новые медицинские технологии.- 2001.- №5.- С.6-12.

138. Никонсон С.Ф. Исследование качество жизни у пожилых больных после операции на сердце / С.Ф. Никонсон, И.Е. Олифинская, Л.С. Багрян // Качественная клиническая практика.- 2003.- №1.- С.56-59
139. Новак А.А. Руководство по исследованию качество жизни в медицине / А.А. Новак, Т.И. Ионова / под ред. Ю.Л. Шевченко.- М.: ОЛМА МЕДИА Групп, 2007.-320 с.
140. Новак А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А.Новак, Т.И. Ионова,П. Кайнд.- СПб.: ЭЛБИ, 1999. - 140 с.
141. Носачев Г.Н. Психология и Этика общения с пациентами / Г.Н. Носачев, Г.И. Гусарова, В.В. Павлов.- Самара: Перспектива, 2003
142. Объективизация оценки качества жизни больных ишемической болезнью сердца // Д.А. Осипов [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал.-2010.-Т.6(3).-С.585-690
143. Овечкин А.М. Профилактика послеоперационного болевого синдрома (патогенез основы и клиническое применение/ А.М. Овечкин// Хирургия.– 2008.- №5.- С. 43-44
144. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний - реальный путь улучшения дермографической ситуации в России / Р.Г. Оганов, Г.А. Масленникова// Кардиология.- 2007.- №1.-С.4-7.
145. Оганов Р.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в Российской Федерации во второй половине двадцатого столетия /Р.Г. Оганов, Г.А. Маленникова // Кардиология.- 2007.- №4.-С. 39-43.
146. Оганов Р.Г. Материалы Российского национального конгресса кардиологов: «Депрессии в кардиологии: больше, чем фактор риска».- М., 2003. -С.1-4.
147. Оганов Р.Г. Метаболический синдром: путь от научной концепции до клинического диагноза /Р.Г.Оганов, М.Мамедов, И.Колтунов // Врач.- 2007.- № 3.-С. 3–7.

148. Оганов Р.Г. Современные стратегии профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний / Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова // Кардиология.- 2007. -№12.- С.4- 9.

149. Осипенко М.Ф. Последствия оперативного лечения желчнокаменной болезни/ М. Ф. Осипенко// Практическая медицина.-2012.- №3.-С.38-43

150. Османбеков Н.С. Значение и методика анализа качества жизни хирургическим больным/ Н.С. Османбеков, Т.С. Курбонов, С. Р. Добровольский // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.- 2012.- №5.-С.84-87

151. Османбеков Н.С. Сравнительный анализ осложнений после лапароскопической и традиционной холецистэктомии/ С.Н. Османбеков // Материалы молодых ученых.- Москва., 2012.-С.35-37.

152. Османбеков С.Н. Качество жизни после традиционной холецистэктомии / С.Н.Османбеков, В.К. Чинников, Ю.Г.Алиев // Хирургия.- 2013.- №9.-С.24-28.

153. Отдаленные результаты видеолапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Х.К. Абдулламитов [и др.] // Эндоскопическая хирургия.- 2007.- №3.- С. 3-7

154. Официальный сайт Президента РФ [Электронный ресурс]. – URL: [http://www.kremlin.ru /text/appears/2005/09/93296.shtml](http://www.kremlin.ru/text/appears/2005/09/93296.shtml) Российская газета. – 13 ноября 2009 г. – Федеральный выпуск № 5038 (214).

155. Петренко В.Ф. Основы психосемиотики /В.Ф. Петренко; 2-е изд., доп.- СПб.:Питер, 2005.- 480 с.

156. Петухов В.А. Диагностика и результаты лечения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы при желчнокаменной болезни/ В.А. Петухов, В.М. Куликов, П.Ю. Туркин// Российский медицинский журнал.-2002.-Т.10, № 8,9.-С.406-410

157. Петухов В.А. Желчнокаменная болезнь и синдром нарушенного пищеварения // В.А. Петухов.- М.: ВЕДИ, 2003. - 128 с.

158. Петухов В.А. Результаты лечения внепеченочных билиарных дисфункций при липидном дистресс-синдроме / В.А. Петухов // *Consilium medicum. Приложение.* - 2003. - №3. - С.10-17.

159. Повреждение внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии / А.Е. Борисов [и др.] // Научно-практическая конференция ассоциации хирургов Санкт-Петербурга (Пушкинские горы).- СПб, 2001.- С. 57-59.

160. Погосова Г.В. Депрессия у больных ишемической болезнью сердца и новые возможности ее лечения / Г.В. Погосова // *Психиатрия и психофармакология.*- 2002.- Т.4, №5.

161. Погосова Г.В. Депрессия у кардиологических больных: современное состояние проблемы и подходы к лечению/ Г.В. Погосова // *Кардиология.*- 2004. -№ 4.- С.88-92.

162. Послеоперационная когнитивная дисфункция и принципы церебропротекции в современной анестезиологии: учебное пособие для врачей / А.М. Овезов[и др].- Москва: Тактик-Студио,2016.- 56 с.

163. Послеоперационный делирий и маркер повреждения ЦНС как показатели эффективности анестетической защиты мозга при церебральной десатурации / В.Л. Шайбакова [и др.] // *Вестник анестезиологии и реаниматологии.* – 2013. - №2. - С. 9-15.

164. Постхолецистэктомический синдром, изжога через 6 месяцев после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни/ Н.В. Литвинова [и др.] // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.*-2013.- № 10.- С.51-53

165. Проблема желчнокаменной болезни в возрастном аспекте / А.А. Ильченко [и др.] // *Материалы I Российского форума «Геронтотехнологии XXI».*- М., 2001.-С.60-63.

166. Профилактика и коррекция послеоперационных когнитивных дисфункций у больных пожилого возраста: методические рекомендации / Л.В. Усенко [и др.].- Днепропетровск, 2008.- 38 с.
167. Профилактика и коррекция послеоперационных когнитивных дисфункций у больных преклонного возраста/Л.В.Усенко [и др.] //Международный неврологический журнал.-2008.- № 3(9).- С.98-110
168. Психокardiология /А.Б. Смулевич [и др.].- М., 2005.– 240 с.
169. Психосоматические расстройства в практике терапевта: руководство для врачей / под ред. В.И. Симоненкова.– СПб, 2008.-320с.
170. Психосоматические соотношения у больных ишемической болезнью сердца с алекситимией / Провоторов В.М.[и др.] // Кардиология.- 2001.- №2.-С. 24-28.
171. Путилина М. В. Нарушение памяти у пожилых пациентов / М.В. Путилина // Возможности терапевтической стратегии в поликлинике.-2017.- №2.-С.3-8
172. Пучков К.В. Лапаратомная холецистэктомия с применением методики единого лапаратомного доступа/ К.В. Пучков, Д.К.Пучков, Д.А. Кубезов // Кубанский медицинский вестник.-2013.- №5.-С.155-160.
173. Пучков К.В. Сравнение 123 однопрокольных и традиционных холецистэктомии в лечении неосложненной желчнокаменной болезни / К.В. Пучков, Д.К. Пучков, В.В. Коренная //Эндоскопическая хирургия.-2015.- №1.-С.27-30
174. Пучков К.В. Сравнительная оценка применения миниинвазивных лапароскопических методик в лечении заболевания желчного пузыря// Эндоскопическая хирургия.-2014.-Т.20 № 1- С326=327
175. Пучков К.В. Транслюминальная минилапароскопия - новое лечение желчнокаменной болезни/ К.В Пучков, Д.К. Пучков // Эндоскопическая хирургия.-2013.- №1.-С.185-186

176. Пушкарь Д.Ю. Качество жизни - новая парадигма медицины/ Д.Ю. Пушкарь, В.В. Дьяков, А.Н Берников// Фарматека.- 2005.- №11.-С.14-16.
177. Радзиховский А.П. Безопасность выполнения лапароскопической холецистэктомии / А.А. Радзиховский, Н.А Мендель // Сборник научных трудов МАПО им.П.Л. Щукина.- Киев, 2010.- Вып.19, Кн.1.- С. 69-75
178. Разумов А.Н. Концепция развития восстановления медицины на профилактическое направление медицинской науки и практики здравоохранения /А.Н. Разумов// Материалы Научно-практической конференции.- Пермь, 2005.-С.11-19
179. Распоряжение Правительства РФ 11 декабря 2006 г. N 1706-р [Электронный ресурс]. URL: www.businesspravo.ru
180. Реабилитация больных после холецистэктомии по поводу острого калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой / Рашидов А. З. [и др.] // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. - 2002. - №5. - С.24-25.
181. Рубанова М.П. Материалы симпозиума «Депрессии в кардиологии: больше, чем фактор риска» Российского национального конгресса кардиологов /М.П.Рубанова,В.Р. Вебер.- М., 2003. -С.1-4.
182. Руднев В.А. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы /В.А. Руднев // Кардиология.- 2010.- №4.- С.66-78.
183. Савченко Т.Н. Субъективное качество жизни: подходы, методы оценки, прикладные исследования / Т.Н.Савченко, Г.М.Головина.- М.: ИПРАН, 2006. - 170 с.
184. Савченко Ю.П. Отдаленные результаты хирургического лечения холецистита в зависимости от способа холецистэктомии/ Ю.П. Савченко,С.Г. Гюманюк // Кубанский научный медицинский журнал.-2016.- №5.-С. 16-21

185. Сажин В. П. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / В.П. Сажин, А.В. Федоров, А.В. Сажин.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.-512 с.
186. Сандаков П.Я. Отдаленные результаты хирургического лечения Рубцовых стенозов большого дуоденального сосочка / П.Я. Сандаков, М.И. Дьяченко, В.А. Самарцев // Анналы хирургии. - 2003. - № 1. - С. 29-31.
187. Связь диастолических параметров с клиническими проявлениями сердечной недостаточности у больных с додиализной хронической почечной недостаточностью: тезисы докладов / С.Р. Кузьмина [и др.] // Российский национальный конгресс кардиологов.- М., 2001.- С. 214.
188. Сердюков М.А. Результаты лапароскопической холецистэктомии по материалам клиники и качество жизни у оперированных больных/ М.А. Сердюков // Вестник новых медицинских технологий.- 2008.- №1.- С.107-108.
189. Сидоров П.И. Психосоматическая медицина / П. И. Сидоров. А. Г. Соловьев, И.А. Новикова.- М.: МЕДпресс-информ, 2006.-568 с.
190. Скоромец П.И. Значение поведенческих особенностей в лечении пациентов с ишемической болезнью сердца / П.И. Скоромец, В.Г Радченко, В.Н. Федорец // Журнал неврологии и психиатрии.- 2005.- №6.- С. 47-49.
191. Слабодин Т.Н. Когнитивный резерв, причины снижения и защитные механизмы /Т.Н. Слаботин, Л.В. Гореев // Международный неврологический журнал.- 2012.-Т. 3 (49).-С. 45-51
192. Смулевич А.Б. Психосоматические реакции коморбитные ИБС; психогенно провоцирование инфаркта / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, А.А. Дробышев// Журнал неврологии и психиатрии.- 2003.- №3.-С.1-3-20
193. Современные принципы медицинской реабилитации раненых с патологией внутренних органов на санаторном этапе / Л.М. Клячкин [и др.] // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.- 2003.- №2. - С.14-17.
- 194.** Старков Ю.Г. Антеградная папиллосфинктеротомия при поражениях желчных путей, выявленных при лапароскопической холецистэктомии /

Ю.Г. Старков, Е.Н. Солоднина, К.В. Шишин // Хирургия. - 2003. - №9.-С. 14-17.

195. Студеникин Л.В. Профилактика хронических нарушений дуоденальной проходимости при лапароскопической холецистэктомии/ Л.В. Студеникин, И.Я. Бондаревский//Саратовский медицинский журнал.- 2002.-Т. 10(2).- С.342-345

196. Тарасевич Е.В. Связь тревоги и депрессии с общесоматическими заболеваниями// Е.В. Тарасевич // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.– 2012. - №3.- С.123-1

197. Терещенко С.Н. Клинико-патогенетические и генетические аспекты хронической сердечной недостаточности и возможности медикаментозной коррекции: дисс. ... докт. мед.наук. / С.Н. Терещенко; М.,2000; 281 с.

198. Тимошин А.Д. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии / А.Д. Тимошин, А.П. Шестаков, А.В. Юрасов.- М.: Триада, 2003.-216 с.

199. Туманян С.В. Психологические особенности больных ишемической болезнью сердца на стационарном этапе реабилитации в зависимости от контакта с практического врачом /С.В. Туманян, Ю.М. Согомоян //Журнал неврологии и психиатрии.- 2008.- № 9.- С.69-72.

200. Фатенков В.Н. Внутренние болезни. Заболевания сердечно-сосудистой системы: учебное пособие; Ч. II.-М., Самара: Перспектива, Сам-ГМУ, 2008.- 544 с.

201. Федоров И.В. Эндоскопическая хирургия / И.В. Федоров, Е.И. Сегал, Л.Е. Славин.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.- 22 с.

202. Фомин А.В. Психологические особенности и внутренняя картина при хроническом холецистите / А.В. Фомин, А.Н. Косинец // Медицинская помощь.-2006.- №6.-С. 22-24

203. Хаджибаев А.М. Эндоскопические вмешательства в лечении резидуального и рецидивного холедохолитиаза / А.М.Хаджибаев, Ф.Б. Алиджанов, Н.У. Арипова // Хирургия. - 2006. - № 12. - С. 27-29.

204. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе осложненной механической желтухой у больных пожилого и старческого возраста /Б.С. Брискин [и др.] // Анналы хирургии гепатологии.- 2008.- Т.13 (3).– С.15-19

205. Хлистов Е.В. О возможности улучшения ближайших и отдаленных результатов холецистэктомии/ Е.В. Хлистов, О.А. Чипура// Молодой ученый.-2014.- №4.- С. 381-385

206. Холецистэктомия из минидоступа в хирургическом лечении желчнокаменной болезни: тезисы докладов III Всероссийского Съезда по эндоскопической хирургии / П.С Ветшев [и др.] // Эндоскопическая хирургия.- 2000.- №2.- С. 17.

207. Холецистэктомия из минидоступа с элементами открытой лапароскопической техники при хирургическом лечении желчнокаменной болезни / Чилингарида К.Е. [и др.] // Хирургия.- 2000.- №9.- С. 45-49.

208. Шалимов А.А. Холецистэктомия из мини доступа/ А.А. Шалимов В.М. Копчак, А.И. Дронов // Клиническая хирургия.-2001.- №5.- С.12-15

209. Шапавалова С.А. Эффективность коррекции когнитивных нарушений при реабилитации дисциркуляторной энцефалопатии: автореф. дисс. ... канд.мед.наук / С.А. Шапавалова; Н.Новгород, 2006.- 23 с.

210. Шевченко Ю.А. Особенности диастолической дисфункции в процессе ремоделирования левого желудочка сердца при хронической сердечной недостаточности / Ю.А. Шевченко // Кардиология.- 2002.- № 3.-С.56 - 61.

211. Шептухин А.А. Нарушение двигательной функции желудка в клинической практике/ А.А. Шепухин,Г.О. Смирнова, С.В. Сулюянов// Рос-

сийский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.- 2007.- № 4.-С49-55

212. Шнайдер Н.А. Новый взгляд на проблему послеоперационной когнитивной дисфункции / Н.А. Шнайдер// Журнал острых и неотложных состояний в практике врача. – 2006.- №5.-С.47-49

213. Шнайдер Н.А. Послеоперационные когнитивные дисфункции/Н.А. Шнайдер// Неврологический журнал.- 2005.- №4.-С.37-44

214. Шнайдер Н.А. Постоперационная когнитивная дисфункция (диагностика, профилактика и лечение) / Н.А. Шнайдер, В.В. Шпрах, А.Б. Сабина // Конференция «Новая компьютерная технология».- Красноярск, 2005.- С.95-96.

215. Шпаченко Ф.А. Влияние различных методов холецистэктомии на качество жизни оперированных больных: автореф. дисс. ... канд. мед.наук / Ф.А. Шпаченко;М., 2002.-19 с.

216. Щепин О.П. Проблемы демографического развития России / О.П. Щепин, Е.А. Тищук // Экономика здравоохранения. - 2005. - №3. - С.8-11.

217. Щербакова М.Б. Качество жизни после минихолецистэктомии/М.Б. Щербакова, Н.В. Горох,Ю.Г. Алиев// Гастроэнтерология.- 2012.- №4(66).-С.101 -112

218. Эффективность образовательной профилактической технологии у больных стабильной стенокардией в амбулаторных условиях / Г.В. Погосова [и др.] // Кардиология.- 2008.- № 7.- С.4-9.

219. Яковенко Э.П. Хронические заболевания внепеченочных желчевыводящих путей (диагностика и лечение): методическое пособие для врачей /Э.П. Яковенко, П.Я. Григорьев.- М.: Медпрактика, 2002. -31с.

220. ЯхноН.Н. Актуальныевопросынейрогериатрии; вкн.: Достижениянейрогериатрии / Н.Н. Яхно.- М., 2006.- С.9-27.

221. Яхно Н.Н. Болезнь Альцгеймера и деменции с тельцами Леви: некоторые аспекты клиники, диагностики и лечения/ Н.Н. Яхно, И.В. Даму-

лин, И.А.Приображенская // Русский медицинский журнал.- 2003.- № 11.- С.100-110

222. Яхно Н.Н. Легкие когнитивные расстройства в пожилом возрасте / Н.Н. Яхно, В.В. Захарав // Неврологический журнал.- 2004. - №9.- С.4-8

223. Яхно Н.Н. Нарушение памяти в неврологической практике/Н. Н. Яхно, В.В. Захаров// Неврологический журнал.-2006.- № 4.- С.4-9

224. A comparison of the effect of high- and low-dose fentanyl on the incidence of postoperative cognitive dysfunction after coronary artery bypass surgery in the elderly / B.S. Silbert [et al.] //Anesthesiology.- 2006. – Vol. 104. – P. 1137-1145.

225. Adam S. Occupational activity and cognitive reserve implications in terms of prevention of cognitive aging and / S. Adam, E. Bonsand, C. Perebman // Alzheimer's disease Clin Inrev. Aging.- 2013. –Vol. 8.- P.377-390

226. Alptekin H. Incisional hernia rate may increase after single –port cholecystectomy /H. Alptekin, H.Yilmaz, F.Acar // Laparoendosc Adv Surg Tech.- 2012.-Vol. 22(8).- P. 31-37

227. Apre G. Morphofunctional gastric pre and postoperative changes in elderly patients undergoing laparoscopic cholecystectomy for gallstone related (disease) / G. Apre, A. Confora, A.Forranetti // BMC Surgery.-2009.- Vol.12.-P. 5-9

228. Azagra J.S. Place for Laparoscopy in management of postcholecystectomy diaphragmatic injuries / J.S. Azagra, P.De Simone, M. Goergen // W.J. S.- 2001.- Vol. 25.-P. 1331-1334

229. Bitzer E.M. Assessing patient reported outcomes of cholecystectomy in cholecystectomy surgery / E.M.Bitzer, C.Lorenz, S. Niker // Surg Endosc.-2008.-Vol.22.- P.2712-2719

230. Bjornsson E. Fatigue in patients with primary sclerosing cholangitis / E Bjornsson //Scand J.Gastroenterol.- 2004 . – Vol. 20(10). – P. 961-968

231. Borzellino G. Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis A meta analysis of results / G. Borzellino, S. Samerland, M. Minicozzi // Surg. Endosc.- 2008.- Vol. 22.- P. 8-15
232. Brown D.W. Bile duct injury During laparoscopic cholecystectomy results a national survey / D.W. Brown, C.D. Smith, G.D. Hunter // Ann Surg - 2001.-Vol. 234(4).- P.549-558
233. Burkhart C.S. Can postoperative cognitive dysfunction be avoided? / C.S. Burkhart, L.A. Steiner // Hosp. Pract. – 2012. – Vol. 40. – P. 214-223.
234. Carraro A. Helts quality of life after jpen cholecystectomy /A.Carraro, D.E. Mazloun, F.Bihe // Wold J. Gastroenterol.-2011.-Vol. 17(45).-P4945-4951
235. Cerebral oxygen desaturation predicts cognitive decline and longerhospital stay after cardiac surgery / J.P. Slater [et al.] // Ann. Thorac. Surg.- 2009. – Vol. 87. – P. 36-44.
236. Changes of learning and memory in aged rats after isoflurane inhalational anaesthesia correlated with hippo campal acetylcholine level / H. Wang [et al.] // Ann. F.r Anesth. Reanim.- 2012.- Vol. 3.- P. 61-66.
237. Chen L. Patients quality aflife after laparoscopic or open cholecystectomy / L.Chen, S.T. Tao, Y.Xu // J. Zhejiang Univ Sci.-2005.- Vol. 6(7).-P.678-681
238. CirocchR. Laparoscopic cholecystectome for acute cholecystitis / R. Cirocch, A. Delsel, U. Morelli // Gioornale di Chirurgia.-2008.- Vol. 29(6,7).– P.305-311
239. Cognitive function after sevoflurane- vs propofol-based anaesthesia foron-pump cardiac surgery: a randomized controlled trial / J. Schoen [et al.] // Br. J. Anaesth.– 2011.– Vol. 106. – P. 840-850.
240. Comparison of recovery profile after ambulatory anesthesia with propofol, isoflurane, sevoflurane and desflurane: a systematic review / A. Gupta [et al.] // Anesth. Analg.– 2004.– Vol. 98.- P. 632-641.

241. Comparison of longterm results of laproscopic and endoscopic expla-
ciation of cjmnen bileduct / S.S. Rai [at al.]// Jornal of Minimal Access Surgery.-
2006.-Vol.2.- P. 16-22
242. Contribution of depression and anxiety to impaired health-related
quality of life following first myocardial infarction / C.M. Dickens[et al.] //
Br.J.Psychiatry.- 2006.-Vol. 189.- P. 367-372
243. Criag A.B. Who did theLaoparoscopic cholecectomy / A.B. Craig,
D. B. Adoms // Minim Access Surg.- 2011.-Vol. 7(3)- P. 165-168
244. Depth of anaesthesia and post-operative cognitive dysfunction /
J. Steinmetz [et al.] // Acta Anaesthesiol. Scand.– 2009.- Vol. 54, №2.– P. 162-
168.
245. Di Carlo A. Cognitive impairment Without dementia in older people
prevalence, vascular risk factore impaet on disobillity. The Halion Langiradunat
Study on Aging/ A. Di Carlo, M. Balderesch, L. Amadicet // J. Am. Geriat Sae.-
2000.-Vol. 48.- P.775-78
246. Does anaesthesia cause postoperative cognitive dysfunction? A
randomized study of regional versus general anaesthesia in 438 elderly patients /
L.S. Rasmussen [et al.] // Acta Anaesthesiol. Scandinavica. – 2003. – Vol. 47. –
P. 260-266.
247. Does sevoflurane preserve regional cerebral oxygen saturation
measured by near-infrared spectroscopy better than propofol? / L. Valencia [et
al.] // Ann. Fr. Anesth.Reanim.- 2014.- Vol. 33, №4.– P. 59-65.
248. Effects Cholecystectomy on gastric and esophageal bile refluxiu pa-
tients wits upper gastrjintestinal symptom / M.Fein [et al.]// Dis Sci.-2008.-Vol.
23.- P.1186-1191
249. Effects of sevoflurane on dopamine, glutamate and aspartate release in
an in vitro model of cerebral ischemia / C.C. Toner [et al.] // Br. J. Anaesth. –
2001. – Vol. 86. – P. 550-554.

250. Endoscopic therapy of choledocholithiasis 1973-1995: A meta-analysis/ W. Sandschin [et al.] // *Gastrointest Endosc.* - 2000. - №8. - P.53.
251. Fein M. Effect of cholecystectomy on gastric and esophageal bile refluxing patients with upper gastrointestinal symptoms / M. Fein // *Dis Dis Sci.* – 2008.-Vol. 53.-P.1186-1191
252. Fest D. Incidence of gallstone disease in Italy results from a multicenter population based study (the MICOL) project / D. Fest, S. Aorm Capodicasa // *J. gastroenterol.*- 2008.-Vol 14.-P. 5282-5289
253. Finan K.R. Improvement in gastrointestinal symptom and quality of life cholecystectomy / K.R Finan, R.R. Leeth, B.M. Whitley // *Am J. Surg.*-2006.-Vol 192.-P.196-202
254. Fjell A. M. Structural brain changes in aging: courses, causes and cognitive consequences / A.M. Fjell, K.B. Walhovd // *Rev. Neurosci.*– 2010.– Vol. 21.– P. 187–221.
255. Gastrointestinal Quality of life in patients With symptomatic or asymptomatic cholelithiasis before and after laparoscopic cholecystectomy / B. Bulent [et al.] // *Theor Surg Endosc.*- 2001.- Vol.15.- P. 1267-1272
256. Geigar T.M. Prognostic indicators of quality of life after cholecystectomy for biliary dyskinesia / T.M. Geigar, Z.T. Awad, M. Burgard // *Am. Surg.*- 2008.-Vol. 74, N5.-P. 400-404
257. Gloor B. Incidence of management of biliary pancreatitis in cholecystomized patients results of 7-year study / B. Gloor, P.F. Stadel, A. Miller // *J Gastrointest Surg*- 2003- Vol7(3) – P372-377.
258. Gorelick P.B. World Stroke Day Proclamation 2015 Call to Preserve Cognitive Vitality / P.B. Gorelick // *Stroke.*- 2015.-Vol. 46(11). –P 3037-3039
259. Green D.W. A retrospective study of changes in cerebral oxygenation using a cerebral oximeter in older patients undergoing prolonged major abdominal surgery / D.W. Green // *Eur. J. Anaesthesiol.* – 2007. – Vol. 24. – P. 230–234.

260. Grigoreva I.N. Quality of life of patients with cholecysteliasis in the remore period after cholecystecto my / I.N.Grigoreva, T.I. Romanova // Eksp kein Gastroentectol.-2010.-Vol. 9. –P. 38-43

261. Hsueh L.N. Health related quality of life in patients undergoing chol-ecystectomy / L.N. Hsueh, H.Y. Shi, F. Wand // Koonsiung J.Med Sci.-2011.-Vol.27(7).-P.280-288

262. Hudetz A.G. General anesthesia and human brain connectivity / A.G. Hudetz // Brain Connect. – 2012. – Vol. 2, №6. – P. 291-302.

263. Inhaled anesthetic enhancement of amyloid-beta oligomerization and cytotoxicity / R.G. Eckenhoff [et al.] // Anesthesiology.- 2004.- Vol. 101. – P. 703-709.

264. Is depth of anaesthesia, as assessed by Bispectral Index, related to postoperative cognitive dysfunction and recovery / E. Farag [et al.] // Anesth. An-alg.– 2006.– Vol. 103.– P. 633-640.

265. Kanbak M. Propofol offer no advantage jver isoflurane anesthesia for cerebral protection during cardiopulmonary bypassi a preliminary study of s 100 heta protein levels / M. Kanbak, F. Saricaoglu, A. Avici // Can. J. Anesth.- 2004.- Vol. 51.–P 712-717

266. Kanbak M. The offect of isoflurane sevolfklarane and anesthesia on neurocognitive jutcome after cardiac surgery a pilat study/ M. Kanbak, F. Sari-caoolu, S.B. Akinei // Heart Surg Forum.-2007.-Vol. 10(1). –P. 36-41

267. Kirk G. Preoperative syptoms of irritable bowel syndrome predict pooroutcome stress cholecystectomy /G. Kirk, R.Kennedy, L.McKie // Surg. En-dosc.- 2011.-Vol. 10, N1.- P. 3379-3384

268. Landavist M. Cognitive recovery after ambulatory anaesthesia based on desflurane or propofari a prospective rondomised study / M. Landavist, A.Schening A. Grastrom // Acta Anesthesia Scand.-2014.- Vol. 58 (9).– P. 1111-1120

269. Laparoscopic versus minilaparotomy cholecystectomy: a randomised trial / A.J. Mc Mahon [et al.] // Lancet.- 2001.- Vol 15, N 343.- P. 135-138.

270. Lien H.H. Changes in quality of life following laparoscopic cholecystectomy in adult patients with cholelithiasis / H.H. Lien, C.C.Hung, C.Wang // J. Gastrointest. Surg.-2010.-Vol. 14.-P. 126-130

271. Longitudinal assessment of neurocognitive function after coronary-artery bypass surgery / M.F. Newman [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2001. – Vol. 344. – P. 395-402.

272. Long-term consequences of postoperative cognitive dysfunction, ISPOCD Group / J. Steinmetz [et al.] // Anesthesiology. – 2016. – Vol. 110. – P. 548-555.

273. Long-term prognosis after treatment of patients with choledocholithiasis / K. Uchiyama [et al.] // Annals of Surgery.-2003.-Vol. 238, N1.-P.97-102

274. Management of gallstone cholangitis in the era of laparoscopic cholecystectomy / R. Tung-Ping Poon [et al.] // Arch. Surg.-2001.-V. 136.-P.11-16.

275. Mayou R.A. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction / R.A. Mayou, D. Gyll, D.R. Thompson // Psychosom. Med.-2006.-Vol. 60.-P. 629-636

276. Ments B.B. Gastrointestinal quality of life in patients with symptomatic cholelithiasis before and laparoscopic cholecystectomy / B.B. Ments, M.Akin, J. Irkorucu // Surg Endosc.-2001.- Vol. 15-11.- P. 1267-1272

277. Modifiable and nonmodifiable risk factors for postoperative delirium after cardiac surgery with cardiopulmonary bypass / C.S. Burkhart [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc.Surg.- 2010.- Vol. 24. – P. 555-559.

278. Neurological Outcome Research Group and the Cardiothoracic Anesthesiology Research Endeavors Investigators. Longitudinal assessment of neurocognitive function after coronary-artery bypass surgery / M.F. Newman [et al.] // N. Engl. J. Med.- 2001. – Vol. 353.- P. 395-402.

279. Noninvasive cerebral oxygenation may predict outcome in patients undergoing aortic arch surgery / G.W. Fischer [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc.Surg.– 2011.– Vol. 141, №3.– P. 815-821.

280. One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on cardiac outcome./ J.J. Strik [at al.] // Journal of Psychosomatic Research.- 2004. - Vol.56. - P. 59-66.

281. Pietraszek S.The simultaneous recording and analysis EGG and URV signals /S.Pietraszek, D. Kemorowsk // Eng. Med. Biol. Soc.-2009.-Vol. 20(9).- P.396-399

282. Planells R.M. Evaluation the gastrointestinal quality of life index as a system to prioritize patients on the waiting list for laparoscopic cholecystectomy / R.M. Planells // Cir Eso.-2013.-Vol. 91,N 5.-P.308-315

283. Poor agreement among expert witnesses in bile duct injury mal practice litigation an expert panel survey / P.R.de Rouver [at al.]// Ann Surg.-2008.- Vol. 248.-P. 815-820

284. Postoperative cognitive function following general versus regional anesthesia: a systematic review / N. Davis [et al.] // J. Neurosurg. Anesthesiol. – 2014. – Vol. 26, №4. – P. 369-376.

285. Postoperative impairment of cognitive function in rats: a possible role for cytokine-mediated inflammation in the hippocampus / Y. Wan [et al.] // Anesthesiology. – 2007. – Vol. 106. – P. 436-443.

286. Price C.C. Type and severity of cognitive decline in older adults after noncardiac surgery / C.C.Price,C.W.Garven,T.G. Monk //Anesthesiology.-2008.- Vol. 108.-P. 8-17

287. Quintana J.M. Health related quality of life and appropriateness of cholecystectomy / J.M. Quintana, J. Cabriada, I Arostegui // Ann Surg.-2005.-Vol. 241.- P.110-118

288. Quintona J.M. Predictors of improvement in health related quality of life in patients undergoing cholecystectomy / J.M.Quintona , J. Arestequil, J. Cabriada // Surg. Endosc.-2003.-Vol. 17.-P. 1129-1134

289. Rasmussen L.C. Does anaesthesia cause postoperative cognitive dysfunction, A randomized study of regional versus general anaesthesia in 438 elderly patients / L.C. Rasmussen, T.Jahson, H.M.Kuipers// Acta Anaesthesiologica Scandinavica.-2003.-Vol. 47.- P. 260-266

290. Reinsfelt B. The effects of sevoflurane on cerebral blood flow autoregulation and flow-metabolism coupling during cardiopulmonary bypass / B. Reinsfelt, A. Westerlind, S.E. Ricksten // Acta Anaesthesiologica Scandinavica.- 2011.- Vol. 55.- P. 118-123.

291. Report of the substudy assessing the impact of neurocognitive function on anaesthesia quality of life 5 years after cardiac surgery / M.F. Newman [et al.] // Stroke.- 2001.- Vol. 32.- P. 2874-2881.

292. Rooke G.A. Cardiovascular aging and anesthetic implications / G.A. Rooke // J. Cardiothorac. Vasc.Anesth.- 2003.- Vol. 17.- P. 512-523.

293. S-100 protein and neuron-specific enolase as markers of subclinical cerebral damage after cardiac surgery: preliminary observation of a 6-month follow-up study / A.M. Basile[et al.] // Eur. Neurol.- 2001.- Vol. 45, №3.

294. Sakorafas G.H. Asymptomatic cholelithiasis cholecystectomy really needed A critical reappraisal 15 years after the introduction of laparoscopic cholecystectomy /G.H.Sakorafas, D. Milingos, G.Peros // Dig Dis Sci.-2007.- Vol. 52 (5).-P. 1313-1325

295. Sevoflurane immediate preconditioning alters hypoxic membrane potential changes in rat hippocampal slices and improves recovery of CA1 pyramidal cells after hypoxia and global cerebral ischemia / J. Wang [et al.] // Neuroscience. 2007. V. 145 (3).- P. 1097-1107

296. Shi H.V. Post – cholecystectomy quality of life a prospective multicenter study of its associations with preoperative functional status and patient

demographics / H.V.Shi, K.T. Lee, H.H. Lee // J. Gastrointest Surg.-2009.-Vol. 13(9).- P.1651-1658

297. Shi H.Y. Long-term outcomes of laparoscopic cholecystectomies a prospective piecewise linear regression analysis / H.Y.Shi, H.H. Lee, M.H. Tsai // Surg Endosc.-2011.- Vol. 25(7). – P. 2132-2140

298. Shi H.Y. Responsiveness and minimal clinically important differences after cholecystomy GIQLI Versus SF-36 / H.Y.Shi, H.H. Lee, C.C. Chih // J.Gastrointest Surg.- 2008.-Vol. 12.- P.1275-1282

299. Steinmetz J. Long-term consequences of postoperative cognitive dysfunction, ISPOCD Group / J. Steinmetz [et al.] // Anesthesiology.– 2009.– Vol. 110. – P. 548-555.

300. Strasberg S.M. Errortraps and vasculo-biliary in laparoscopic and open cholecystectomy / S.M. Strasberg // J. Hepatobiliary Pancreat Surg.-2008.- Vol. 15.– P. 284-292

301. Strasberg S.M. Acute calculous cholecystitis / S.M. Strasberg // Ntw England Journal of medicine.- 2008. – Vol. 358.- P. 2804-2811

302. Stratmann G. Review article: Neurotoxicity of anesthetic drugs in the developing brain / G. Stratmann // Anesth. Analg.- 2011.- Vol. 113, №5.- P. 1170-1179.

303. Swenson J.R. Assessment of quality in patients with cardiac vascular disease in the field of psychosomatic medicine / J.R Swenson, J.J. Clinch // J. Psychosom Res.- 2000.-Vol. 48(5).-P. 405-415

304. The effects of sevoflurane and propofol anesthesia on cerebral oxygenation in gynecological laparoscopic surgery / J.K. Sung [et al.] // Korean J. Anesthesiol.- 2011.- Vol. 61, №3.- P. 225-232.

305. The influence of propofol or desflurane on postoperative cognitive dysfunction in patients undergoing coronary artery bypass surgery / C.F. Royse [et al.] // Anaesthesia.– 2011.– Vol. 66.– P. 455-464.

306. The longterm effect of sevoflurane on neuronal cell damage and expression of apoptotic factor after cerebral ischemia and reperfusion in rat / M. Pape [et al.] // *Anesth. Analg.*– 2006.– Vol. 103.– P. 173-179.
307. The neuropathologic effects in rats and neurometabolic effects in humans of large-dose remifentanyl / W.A. Kofke [et al.] // *Anesth. Analg.* – 2002. – Vol. 94. – P. 1229-1236.
308. The use of cerebral oximetry as a monitor of the adequacy of cerebral perfusion in a patient undergoing shoulder surgery in the beach chair position / G.W. Fischer [et al.] // *Pain Pract.*– 2009.–Vol. 9.– P. 304-307.
309. The common inhalational anesthetic sevoflurane induces apoptosis and increases beta-amyloid protein levels / Y. Dong [et al.] // *Archives of Neurology.* - 2011. – Vol. 66. – P. 620-631.
310. The effects of depth of isoflurane anesthesia on the performance of mice in a simple spatial learning task / A.M. Valentim [et al.] // *J. Am. Assoc. Lab. Anim. Sci.*- 2008.– Vol. 47.– P. 16-19.
311. Tuveri M. Different of surgical risks between physicians and patients under goes laparoscopic cholecystectomy / M.Tuveri, P.G. Caocci, F. Efficase // *Surg Laparosc. Endosc. Percutan Tech.*-2009.-Vol. 19.-P.305-311
312. Van Harten, A. E. A review of postoperative cognitive dysfunction and neuroinflammation associated with cardiac surgery and anaesthesia / A.E. van Harten, T.W. Scheeren, A.R. Absalom // *Anaesthesia.*- 2012.- Vol. 67, №3.- P. 280-293.
313. Velanovich V. Laparoscopic vs open surgery a preliminary comparison of quality of life outcomes / V. Velanovich // *Surg Endosc.*- 2000.- Vol. 14 (1).– P. 16-21.
314. Yamashita Y. Surgical treatment of patients with acute cholecystitis Tokyo Guidelines / Y. Yamashita, T. Tokado, Y.Kawarado // *J. Hepatobiliary Pancreatic Surg.*-2007.- Vol.14(1).– P. 91-97