

На правах рукописи

САФАРЗОДА АБДУЛЛО МУМИН

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

14.01.17 - хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Душанбе–2019

Работа выполнена на базе Государственного учреждения «Городской центр скорой медицинской помощи» и Государственного учреждения «Институт гастроэнтерологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор
Гулов Махмадшох Курбоналиевич

Официальные оппоненты:

Старков Юрий Геннадьевич - доктор медицинских наук, профессор, заведующий хирургическим эндоскопическим отделением Национального медицинского исследовательского центра хирургии имени А.В. Вишневского Минздрава России

Рахматуллаев Рахимджон - доктор медицинских наук, директор лечебно-диагностического центра «ВАРОРУД» Республики Таджикистан

Махмадов Фаррух Исроилович - доктор медицинских наук, руководитель отделения новой технологии и абдоминальной хирургии Государственного учреждения «Медицинский комплекс Истиклол» Управления здравоохранения г. Душанбе, Республики Таджикистан

Ведущая организация: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»

Защита состоится «___» _____ 2019 года в «___» часов на заседании диссертационного совета Д737.005.01. при Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибн Сино (Республика Таджикистан, 734003. г. Душанбе, проспект Рудаки, 139)

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке Таджикского Государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино и на сайтах: www.tajmedun.tj; vak.ed.gov.ru

Автореферат разослан «___» _____ 2019 года

Ученый секретарь
диссертационного совета
д.м.н.,

Назаров Шохин Кувватович

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Калькулезный холецистит является распространенным заболеванием органов брюшной полости, занимая третье место после сердечно-сосудистых заболеваний, нуждающихся в оперативном лечении, по частоте лишь иногда уступает аппендициту. Осложненное течение желчно-каменной болезни (ЖКБ) в пожилом и старческом возрастах выявляется до 33% оперированных пациентов [Шулутко А.М., 2002; Яковенко Э.П., 2002]. Мнения специалистов по поводу целесообразности проведения оперативных вмешательств у пожилых людей часто различны [Баранов Г.А., 2008; Yamashito Y., 2007]. Ориентир либо на консервативную терапию, либо на хирургическое лечение продолжает оставаться дискуссионным [Дибиров М.Д., 2011; Strasberg S.M., 2008]. Холецистит называют «болезнью современности», т.к. число больных увеличивается каждое десятилетие в два раза [Абдуллаев А.А., 2002; Абрамов А.А., 2007]. По статистике, в ближайшее время наблюдается дальнейшее старение населения, связанное с увеличением общей продолжительности жизни [Власов А.П., 2009; Мальков И.С., 2004; Официальный сайт Президента РФ – URL: <http://www.kremlin.ru>; 2009]. В Российской Федерации ежегодно выявляется более одного миллиона человек, страдающих этим заболеванием, при этом выполняется более 300 тысяч холецистэктомий [Щепин О.П., 2005; Алексеев А.М., 2013]. В последнее десятилетие желчнокаменная болезнь выявляется у каждой пятой женщины и каждого десятого мужчины [Ивашкин В.Т., 2015], у четверти населения старше 60 и у трети после 70 лет [Медведев А.М., 2014]. 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 [Strasberg S.M., 2008]. В США желчнокаменная болезнь обнаруживается среди населения в возрасте старше 40 лет у 15-20%, а после 70 лет - у 50% [Yamashito Y., 2007].

После холецистэктомии отмечают улучшение самочувствия менее половины пациентов. На отсутствие перемен в самочувствии указывают 23% больных, на ухудшение

- 29%, после холецистэктомии инвалидами становятся до 12% пациентов [Яхно Н.Н., 2004].

При холецистите вследствие возрастания числа пациентов преклонного возраста увеличивается количество осложненных форм данной патологии и, как следствие, послеоперационная летальность [Власов А.П., 2009]. Данная патология имеет вековую историю попыток решения различных проблем, однако, множество вопросов при этом до сих пор остаются нерешенными [Алексеева Е.О., 2014]. Выбор метода хирургического лечения для конкретного больного с учетом состояния, давности сопутствующей патологии одинаковых рекомендаций не имеет [Баранов Г.А., 2008; Дибиров М.Д., 2011; Yamashita Y., 2007; Strasberg S.M., 2008]. До середины 80-х годов методом выбора при холецистэктомии оставался распространенный широкий лапаротомный разрез. 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 лапаротомный доступ 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 небезразлично пациентам пожилого и старческого возрастов [Дадвани С.А., 2000; Винокуров М.М., 2002]. По этим причинам удлиняется течение послеоперационного периода, развиваются осложнения, тем самым снижается качество послеоперационной реабилитации и замедляется восстановление трудоспособности пациентов [Вахидов А., 2003].

Все выше названное диктует необходимость поиска новых методик, обеспечивающих менее травматичное осуществление холецистэктомии. С целью минимизации операционной травмы и улучшения отдаленных результатов у оперированных по поводу желчнокаменной болезни пациентов

используются малотравматичные способы: лапароскопическая холецистэктомия и операции из мини-доступа [Галашев В.И., 2001]. Все существующие методы холецистэктомии обладают определенными преимуществами и недостатками. Однако, предложенные в последнее время способы хирургического лечения холецистита позволяют значительно снизить наличие послеоперационного болевого синдрома, увеличить активность пациента, тем самым, резко снизить пульмонологические осложнения и дисфункцию желудочно-кишечного тракта, уменьшить сроки нетрудоспособности, улучшить косметический результат вмешательства [Кульчиев А.А., 2001; Тимошин А.Д., 2003]. Использование в настоящее время вышеперечисленных 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 [Пушкарь Д.Ю., 2005; Новак А.А., 2007; Путилина М.В., 2017]. У большинства пациентов преклонного возраста помимо хирургической патологии имеются сопутствующее заболевания, такие как сердечно-сосудистые, неврологические, эндокринные, что увеличивает риск оперативного вмешательства, а также утяжеляет их состояние в послеоперационном периоде. Все это повышает возможность неблагоприятных исходов операции в 2-3 раза [Абдувоситов Х.А., 2007]. Холецистэктомия, как и любая другая полостная операция, - это мощнейший стресс для всего организма. В ответ на него происходит изменение различных систем гомеостаза с повышением уровня стрессовых гормонов гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы [Вахидов А., 2004], что способствует усилению негативного воздействия

анестезиологических и хирургических факторов на кровообращение и функциональное состояние сердца и мозга [Недашковский Э.В., 2006].

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 [Бардулин Н.М., 2001], а также снижения основной функции мозга - памяти - в 70% случаев [Захаров В.В., 2005; Путилина М.В., 2017]. В группе пациентов пожилого и старческого возрастов на фоне инволюционных изменений прослеживается наличие сердечной и мозговой недостаточности, характеризующихся развитием диастолической дисфункции левого желудочка сердца и когнитивной недостаточности мозга, что в значительной мере повышает риск послеоперационного периода. Из-за стрессовых факторов существенно ограничиваются приспособительные и резервные возможности больных, способствующие снижению функции мозга – памяти, развитию выраженной сердечной недостаточности, оставляя больных инвалидами и резко снижая качество жизни после холецистэктомии. Данное обстоятельство делает актуальным сравнительное изучение применения дифференцированного подбора метода оперативного доступа при удалении желчного пузыря, комплексного анализа отдаленных результатов, а также показателей толерантности организма к физическим и психологическим нагрузкам. Немаловажным является изучение зависимости изменений памяти и возникновения сердечной недостаточности, их динамики у пациентов пожилого и старческого возрастов до операции и в отдаленном периоде в зависимости от способа холецистэктомии, анестезиологического пособия и учета возраста с целью разработки качественной медицинской помощи. 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 качество жизни пациентов с желчнокаменной болезнью среднего, пожилого, старческого возрастов при наличии ишемической болезни сердца до операции.
3. Провести сравнительный анализ показателей качества жизни и степени когнитивной дисфункции с учетом оперативного доступа и возраста больных спустя 6 месяцев после операции.
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 различных 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 (КЖ) пациентов жёлчнокаменной болезнью с учетом возраста.

- 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 возрастов с жёлчнокаменной болезнью сопутствующая ишемическая болезнь сердца проявляется диастолической дисфункцией левого желудочка сердца.

- Определена диагностическая значимость показателей гомеостаза, гипоэргоза, метаболического ацидоза, активации процессов перекисного окисления липидов на фоне угнетения систем антиоксидантной защиты, определяющих тяжесть сердечной недостаточности, у респондентов пожилого возраста.

- изучены параметры качества жизни опросниками SF-36 и MLHFO и степени психоневрологической дисфункции с учетом возраста пациентов, позволяющие 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. ограничение жизнеспособности.

- Выявлено, что качество жизни после традиционной холецистэктомии (ТХЭ) у пациентов старческого возраста по обоим 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 желчнокаменной болезни подтверждает целесообразность дифференцированного подхода к выбору хирургического вмешательства.

Практическая значимость. Изучены показатели качества жизни пациентов желчнокаменной болезнью с помощью опросников SF-36, MLHFQ, а также степень когнитивной дисфункции по «ММSE» 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 мини-доступа.

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.

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.

Апробация результатов исследования. Основные положения работы доложены на 2 съезде детских хирургов и анестезиологов Республики Таджикистана (Душанбе, 2008); научно-практической конференции «Современные проблемы физики» Академии наук Республики Таджикистан (Душанбе, 2010); на 5 съезде хирургов Республики Таджикистан (Душанбе, 2011); научно-практической конференции «Частная медицина в структуре здравоохранения» (Душанбе, 2011); научно-практической конференции «Педиатрия и детская хирургия» (Душанбе, 2011); Республиканской научно-практической конференции «Достижение современной гастроэнтерологии» (Душанбе, 2012); Ученом совете ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗиСЗН РТ (Протокол №4 от 20 апреля 2018 года, Душанбе).

Публикации. Основное содержание и результаты исследования отражены в 44 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.

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 ибн 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 желчнокаменной 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 252 страницах и состоит из введения, 9 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Иллюстрирована 45 таблицами, 29 рисунками. Библиографический указатель включает 223 источника на русском языке, 91 – иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования.

Дифференцированный выбор метода хирургического лечения желчнокаменной болезни был осуществлен у 820 больных, находившихся на лечении в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи (ГКБ СМП) г. Душанбе и Институте гастроэнтерологии с 2006 – 2016 гг. Лапароскопическая холецистэктомия была произведена 300 больным: пациентов среднего возраста было 130, пожилого - 110 и старческого - 60. Минихолецистэктомия выполнена 240 больным: 103 - пациенты среднего, 90 - пожилого и 47 - старческого возраста. Традиционная холецистэктомия осуществлена 280 больным: 120 пациентов среднего, 108 - пожилого и 52 - старческого возраста.

Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее общеклинические, инструментальные и лабораторные методы. В обязательном порядке выполнялись УЗ-исследования печени, желчных протоков, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек. Производились эзофагогастродуоденоскопия с оценкой состояния большого

дуоденального сосочка, а также электрокардиография и флюорография лёгких. При наличии показаний выполняли рентгеноскопию органов желудочно-кишечного тракта, ретроградную холецистопанкреатографию, ирригоскопию и колоноскопию.

У 433 (63,6%) больных продолжительность заболевания не превышала 2-х лет. Среди 53 (7,8%) пациентов с длительностью болезни до 1 месяца превалировала острая форма заболевания, в случае безуспешного консервативного лечения им было рекомендовано хирургическое лечение традиционными способами. У пациентов с длительностью течения калькулёзного холецистита более одного года хирургическое вмешательство выполнялось миниинвазивным методом, при этом чаще использована лапароскопическая холецистэктомия. При определении тактики и способа оперативного вмешательства, а также для предупреждения вероятных сложностей во время операции большое значение имела длительность безболевого периода, а также наличие сопутствующей патологии.

Хронический калькулёзный холецистит был диагностирован у 540 (65,8%) пациентов. У большей части больных (58,5%) применялся миниинвазивный способ холецистэктомии, при этом чаще выполнялась лапароскопическая холецистэктомия (55,5%). С острым воспалительным процессом в экстренном порядке был госпитализирован 81 (27,0%) больной. Среди них в 19 (23,5%) случаях нами проведены миниинвазивные хирургические вмешательства: ЛХЭ и выполнение холецистэктомии через минидоступ. В оставшихся 62 (76,5%) случаях наблюдалось наличие манифестирующего деструктивного воспалительного процесса в желчном пузыре и вокруг него, что явилось основанием для проведения традиционной холецистэктомии.

Сопутствующие заболевания были выявлены у 557 (67,9%) пациентов. У 423 больных с патологией сердечно-сосудистой и у 88 пациентов - пульмонологической систем выполнена миниинвазивная лапароскопическая методика и холецистэктомия из минидоступа. У пациентов с заболеваниями

сердца и легких в стадии суб- и декомпенсации предпочтение отдавалось применению хирургического вмешательства из минидоступа ввиду исключения отрицательного воздействия на организм больного напряженного карбоксиперитонеума. В группе пациентов с ожирением 2-4 ст. мы отдавали предпочтение лапароскопическому (14) и традиционному вмешательствам (15). В случае необходимости проведения оперативного вмешательства при наличии рефлюкс-эзофагита (49), послеоперационной грыжи, при необходимости проведения грыжесечения потребовалось проведение симультанных операций и использование традиционного хирургического вмешательства. ЛХЭ проводилась стандартным способом из 4-х проколов на передней брюшной стенке с карбоксиперитонеумом под давлением 8-12 мм рт.ст. При хирургическом вмешательстве применялись эндохирургические инструменты и аппаратура фирм «Wisapa. KStorse», Германия и «Эндомедиум», Россия. При выполнении холецистэктомии из минидоступа использовали набор инструментов фирмы «SAN» и традиционный набор инструментария. Традиционная ХЭ выполнялась стандартным способом через косой разрез в правом подреберье либо путем верхне-срединной лапаротомии с использованием традиционного набора хирургических инструментов.

Оценка отдаленных послеоперационных результатов выставлялась по трехбалльной шкале специальной анкеты: хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный. Критерии хороших результатов: общее состояние больного хорошее, отсутствуют какие-либо жалобы, пациенты чувствуют себя здоровыми, продолжают трудовую деятельность на прежнем месте, рекомендованную диету не нарушают, повседневная активность расценивается пациентами как нормальная. Критерии удовлетворительных результатов: общее состояние пациентов расценивается как удовлетворительное, больные отмечают некоторое улучшение самочувствия, но с периодическим появлением болей в правом подреберье или в области эпигастрия, имеют место нарушения пищеварения. Неудовлетворительными считались результаты при наличии

выраженных болей, расстройств пищеварения, необходимости хирургического лечения, смены прежнего места работы по причине болезни. По полученным результатам была проведена сравнительная оценка различных методов холецистэктомии.

С целью оценки качества жизни проведено анкетирование больных при помощи русскоязычной версии опросника SF-36 (Сенкевич, 1999). Расчет показателей выполнялся с использованием статистического пакета Microsoft Excel-98 и методов статистического анализа (Мороз Ю.В., 1999). 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, психоневрологического состояния, наличия сердечной недостаточности и их влияния на качество жизни, медико-социальную реабилитацию пациентов и сроки анкетирования, прошедшие после операции.

Для диагностики когнитивных нарушений использовали стандартные и скрининговые нейропсихические тесты: краткую шкалу оценки психологического статуса («Mini-Mental State Examination - MMSE»); тест рисования часов; тест 5 слов; батарею тестов на лобную дисфункцию. Изучали произвольное внимание по Векслеру расстановкой чисел, распределение и переключение внимания по Шульте, уровень избирательности и концентрации внимания по Мюнстербергу, устойчивость внимания корректурной пробой Бурдона, а также интеллектуальную лабильность пациентов.

У 423 (51,6%) наблюдаемых нами больных с желчнокаменной болезнью отмечено наличие ишемической болезни сердца и гипертонической болезни. В связи с этим до и после холецистэктомии у пациентов спустя 6, 12 и 24 месяца реографически исследовалась система гемодинамики и трансмитральный диастолический поток доплерэхокардиографически на аппарате Toshiba Core Viaion PRO Model SSA 350 A.

Для исследования качества жизни пациентов с диастолической дисфункцией левого желудочка (ДЛЖ) был использован Миннесотский опросник для больных с сердечной недостаточностью (СН).

Статистическая обработка результатов производилась с использованием программного пакета Statistica 13.0 для Windows. При анализе статистической достоверности различий в зависимых выборках применялся Т-критерий Вилкоксона. Выявление наиболее близкого типа распределения осуществлялось визуально по Фишеру-Снедекору. Межгрупповые сравнения несвязанных выборок проводились при помощи критерия Манна-Уитни (U-критерий). Достоверным считали значение при $p < 0,05$.

Результаты собственных исследований

Психический статус, оцененный по методике «MMSE», у пациентов с желчнокаменной болезнью среднего возраста (исходное) в среднем составлял $29,21 \pm 0,48$ балла, т.е. удовлетворительное состояние. Анализ данных нейропсихического статуса с оценкой его влияния на качество жизни по опроснику SF-36 до операции свидетельствует об удовлетворительном его состоянии у пациентов среднего возраста с ЖКБ. У данной группы снижение памяти характеризовалось незначительной стадией модально-неспецифического характера. Нарушения в равной степени затрагивали как объем, так и прочность запоминания. Материал, объединенный в смысловые системы, запоминался лучше, чем неорганизованный по смыслу. Более выраженными оказались расстройства произвольного внимания. У большинства пациентов выявлялись трудности абстрагирования в просьбе объяснить переносный смысл, например, пословиц. Отмечалась недостаточность активного внимания, при этом ошибки пациенты исправляли самостоятельно, интеллектуальная среда была сохранена у всех пациентов. При исследовании качества жизни в исходном периоде отмечено умеренно снижение показателей физического функционирования (PF), ролевого физического функционирования (RP), боли (BP), общего

состояния здоровья (GH), жизнеспособности (VT), социального (SF) и эмоционального функционирования (RE), а также психологического здоровья (MH) вследствие наличия болевого синдрома (BP), на фоне удовлетворительной интеллектуальной способности. У больных преклонного возраста прослеживается изменение адаптационных и компенсаторных ресурсов. Общие инволюционные изменения органов и систем при сочетании с сопутствующими заболеваниями, ишемической болезнью сердца, на фоне которых возникает сердечная недостаточность по типу диастолической дисфункции левого желудочка (у 14,9% пациентов пожилого и у 41,5% пациентов старческого возрастов от общего количества исследованных), ухудшают прогноз, снижая качества жизни больных этих возрастных категорий. Вследствие возникновения нарушений кислородного режима, кислотно-основного состояния, активации процессов перекисного окисления липидов, угнетения системы антиоксидантной защиты развивается недостаточность трансмитрального кровотока, а возникший вследствие гипеоэргаза метаболический ацидоз, активация процессов перекисного окисления липидов на фоне угнетения систем антиоксидантной защиты истощают адаптационно-компенсаторные ресурсы организма пациентов пожилого и старческого возрастов с ЖКБ.

У пациентов пожилого возраста нейропсихический статус оценивался, в среднем, в $27,11 \pm 0,39$ балла и был снижен на 13,3% при сопоставлении с данным среднего возраста ($p < 0,05$). У больных пожилого возраста прослеживается изменение психоневрологического статуса в зависимости от истощения адаптационных и компенсаторных ресурсов. Он характеризуется умеренными модально неспецифическими мнестическими нарушениями с дисфункцией произвольного, концентрационного, продуктивного внимания. Качество жизни у пожилых больных преимущественно было сниженным на фоне выраженного болевого синдрома. При этом прослеживается меньшее снижение физической сферы компонентов, по сравнению с психологической сферой компонентов качества

жизни, на фоне умеренного снижения интеллектуальной лабильности.

У пациентов старческого возраста состояние психоневрологического статуса в среднем равнялось $24,45 \pm 0,62$ баллам, что на 34,3% ниже, чем результаты среднего возраста ($p < 0,01$). У этой категории пациентов имелись выраженные нарушения произвольного, концентрационного, продуктивного, избирательного и точного внимания. Данные нарушения свидетельствуют о несостоятельности регуляторных и контрольных возможностей деятельности пациентов. Качество жизни у данной группы характеризовалось выраженным снижением как физических, так и психологических компонентов здоровья, по сравнению с группой пациентов среднего возраста ($p < 0,01$).

При исследовании психического статуса по методике «MMSE» у пациентов среднего возраста спустя 6 месяцев после холецистэктомии он в среднем соответствовал $26,82 \pm 0,64$ баллам, т.е. когнитивным нарушениям легкой степени.

Результаты нашего исследования позволили сделать заключение, что через 6 месяцев качество жизни пациентов среднего возраста после лапароскопической операции значительно лучше, чем после операции из минидоступа, подтверждением чему является тенденция снижения качества жизни, RP, MH ($p > 0,05$) и значимое различие по шкалам GH, VT, SF ($p < 0,05$).

При сопоставлении результатов оценки качества жизни больных, оперированных лапароскопическим и мини-доступом, отмечается значимое снижение оценок по шкалам PF, RP, GH, VT, RE, SF, MH при первом способе на фоне увеличения болевого синдрома ($p < 0,01$). Снижение качества жизни пациентов среднего возраста, оперированных традиционным доступом, обусловлено наличием болевого синдрома после холецистэктомии, на почве которого развивается синдром психического истощения, т.е. постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, что проявляется умеренным эмоциональным, умственным

истощения, физическим утомлением, личной отстраненностью, снижением удовлетворения от исполнения работы. Психические расстройства могут проявляться как в форме пограничных расстройств, так и в виде выраженных расстройств психики - грубые расстройства памяти и т.п. Отмечаются неврозоподобные нарушения в виде нарушения сна, различных неприятных ощущений в теле, эмоционально неустойчивого настроения, раздражительности, безотчетной тревоги, опасений за свое здоровье, благополучие и т.п. Случаи физического недомогания, соматическое неблагополучие часто наводят на мысль о наличии какого-либо неизлечимого, тяжелого заболевания. Происходящие изменения личности захватывают как характеристические, так и интеллектуальные свойства больного. В характерологических особенностях происходит как бы заострение и утрирование отдельных, свойственных больному ранее, личностных черт. Так, например, недоверчивость переходит в подозрительность, бережливость, скупость, настойчивость и упрямство и т.д. Прежде всего, нарушается память о текущих событиях. С трудом вспоминаются события прошедшего дня. Происходит также и снижение критики, возможность правильной оценки своего психического состояния и происходящих изменений. Интеллектуальные процессы утрачивают свою яркость, ассоциации становятся бедными. Новая информация вообще не усваивается или усваивается с большим трудом.

Уровень психического статуса при помощи опросника MMSE у пациентов пожилого возраста спустя 6 месяцев после операции составлял $23,44 \pm 0,73$ балла и соответствовал когнитивным нарушениям легкой степени. При сопоставлении с исходными показателями опросника SF-36 на 6-й месяц после ЛХЭ и МХЭ операции у пациентов пожилого возраста отмечается значимое повышение оценок по шкалам PF, RP, хотя разницы между показателями из двух оперативных доступов недостоверны. При этом снижение болевого синдрома после ЛХЭ более выраженное, чем у пациентов, оперированных МХЭ доступом. После двух видов ХЭ показатели по шкале VT идентичные. По шкалам RP и MH показатели у пациентов после

ЛХЭ в разы больше, чем у пациентов, оперированных МХЭ. По шкалам SF и VT значимых различий не выявлено ($p > 0,05$). В группе пациентов, оперированных традиционным доступом, отмечается достоверная отрицательная динамика КЖ как по физическим, так и психическим компонентам здоровья при сопоставлении с результатами предыдущих групп, т.е. оперированных лапароскопически и мини-доступом, а также с исходными данными ($p < 0,05$). Психические расстройства могут проявляться как в форме пограничных расстройств, так и в виде выраженных расстройств психики – грубые расстройства памяти. Неврозоподобная симптоматика заключается в нарушениях сна, различных неприятных ощущениях в теле, эмоциональной неустойчивости, раздражительности, безотчетной тревоги и опасений за благополучие близких, свое здоровье и т.п. Случаи физического недомогания, соматическое неблагополучие часто наводят на мысль о наличии какого-либо неизлечимого, смертельного заболевания.

Происходящие изменения личности больного захватывают как характеристические, так и интеллектуальные способности. В характерологических особенностях происходит как бы заострение и утрирование отдельных личностных черт, доверчивость переходит в подозрительность, бережливость - в скупость, настойчивость - в упрямство и т.д. Нарушается память на текущие события, с трудом вспоминаются события дня. Отмечается снижение самокритики, возможности правильно оценить свое психическое состояние и происходящие изменения. Интеллектуальные процессы утрачивают свою яркость, ассоциации бледнеют. Новая информация вообще не усваивается или усваивается с большим трудом. При исследовании психического статуса пациентов старческого возраста на 6-м месяце после холецистэктомии определено, что в среднем он составляет $20,55 \pm 0,81$ балла, что соответствует когнитивной дисфункции тяжелой степени (или деменции легкой степени).

При сопоставлении оценок по шкалам опросника SF-36 между холецистэктомией лапароскопической и мини-доступом прослеживается достоверная разница в пользу

лапараскопического доступа, в частности по психическим компонентам шкал (VT, SF, RE и MH). В результате опроса больных старческого возраста после традиционного доступа операции выявлена достоверная отрицательная динамика как физических, так и психических компонентов здоровья. Показатели PF, RP, GH, VT, SF, RE и MH были снижены на фоне усиления болевой синдрома, по сравнению с исходными данными ($p < 0,01$). Наблюдаются психические расстройства в виде несистематизированных идей преследования, ущерба, отравления, слуховые и зрительные галлюцинации, состояние спутанности и психомоторного возбуждения, усиливающиеся, как правило, в ночное и вечерное время, а также эпизоды расслоения сознания. Больные ничего не делают по собственной инициативе, однако при наличии побуждающего стимула со стороны могут выполнять даже сложную работу. Иногда состояние приобретает псевдопаралитический характер и выражается благодушно-эйфорическим настроением с элементами расторможенности влечений.

Прослеживаются грубые расстройства памяти; пациенты не помнят события прошедшего дня, текущие события, не могут оценить своего состояния, при указании на ошибки огорчаются, не понимают смысловое значение тех или иных событий. Пациенты не в состоянии передать смысл сюжетных изображений и ограничиваются простым перечислением компонентов. Следовательно, большинству пациентов, оперированных традиционным доступом, свойственны снижение эмоциональной устойчивости, подозрительность, низкое психоэмоциональное состояние, вызванное неудовлетворительностью жизненно значимых потребностей. Они также имеют склонность к повышенной личностной тревожности. Клинические проявления ишемической болезни сердца, двигательные и социальные ограничения способствуют ухудшению КЖ этих больных. Поэтому оценка их качества жизни нами использована для характеристики тяжести патологического процесса, выявления наиболее значимых проявлений ишемической болезни сердца (ИБС). Мы провели исследование КЖ

опросником SF-36 у пациентов с наличием ИБС и сопоставили их с условно контрольной группой (средний возраст), в которой ИБС отсутствует. После холецистэктомии мини-доступом у пациентов пожилого возраста с ИБС отмечается значимое снижение оценок по шкалам PF, RE, BP, MH, VT, SF при сопоставлении с исходными данными, при этом нет разницы со шкалами RP и 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 GH и VT ($p > 0,5$).

Снижение КЖ у больных с ИБС многие исследователи связывают преимущественно с клиническими проявлениями ишемической болезни сердца, особенностями клинического течения заболевания и тем, как именно 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 больных среднего возраста ($p < 0,01$). Также отмечается резкое снижение сократимости левых и правых отделов сердца. Для дифференциации вида несостоятельности сердечной недостаточности произведено определение трансмитрального кровотока доплероэхокардиографическим методом, при этом обнаружено наличие сердечной недостаточности по диастолическому типу. У пациентов пожилого возраста волемический статус характеризуется повышением постнагрузки и изменением трансмитрального кровотока, при наличии диастолической дисфункции левого

желудочка по гипертрофическому типу. У пациентов старческого возраста трансмитральный кровоток характеризуется диастолической дисфункцией левого желудочка по псевдонормальному типу. При наличии сердечной недостаточности у пациентов пожилого и старческого возрастов исследовано качество жизни по опроснику MLHFQ. Органические проявления самой патологии непосредственно влияют на качество жизни пациентов. При этом психические изменения ограничиваются социальным взаимодействием, в последующем протекают как следствие основного заболевания. Детальным анализом субсфер устанавливают, в каких областях пациенты испытывают неблагополучие, а какие из них являются сохранными. Изучение качества жизни пациентов с ИБС позволяет подробно оценить значение психических предикторов в ситуации здоровья и болезни, а также определить дополнительные мишени психокоррекционной работы в общем восстановительном комплексе мероприятий при ИБС.

При проведении сравнительного изучения качества жизни в подгруппах было установлено, что значимое его ухудшение в пожилом и старческом возрастах происходит при нарастании сердечной недостаточности. Пациенты старческого возраста менее удовлетворены качеством жизни, чем пациенты пожилого возраста. Данный факт можно объяснить большими функциональными ограничениями в связи с заболеванием, более плохим самочувствием у пациентов старческого возраста. Полученные данные свидетельствуют о следующем: удовлетворительность КЖ пациентов с ишемической болезнью сердца возрастает при наличии таких личностных черт, как высокий уровень коммуникативной компетентности, эмоциональной устойчивости, ответственности, организованности, принятии общественных правил и норм, высоком уровне толерантности к стрессу, экспрессивности, эмоциональной яркости, хорошо развитых волевых качествах, уверенности в себе, тактичности, практической направленности. При исследовании отдаленных результатов у больных, перенесших ЛХЭ, среднего, пожилого и старческого возрастов,

спустя 24 месяца после операции, были получены следующие результаты. Хорошие результаты после ЛХЭ получены 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 числа больных с хорошим результатом и уменьшении с удовлетворительным в сроки наблюдения спустя 24 месяца после операции, 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 при $28,64 \pm 0,71$ балла, у пациентов пожилого возраста когнитивная дисфункция соответствовала $26,04 \pm 0,86$ баллам, у пациентов старческого возраста - $23,36 \pm 0,91$ балла, при когнитивной дисфункции тяжелой степени, или деменции легкой степени ($p < 0,05$).

Спустя 24 месяца после ЛХЭ КЖ у пациентов среднего возраста отмечается значимое возрастание индексов физической работоспособности (PF), физического состояния (RP), общего здоровья (GH), жизнеспособности (VT) на фоне снижения болевого синдрома (BP); однако, вследствие ухудшения индекса социальной роли (SF) отмечается тенденция к снижению эмоционального (RE) и психического состояния (MH) пациентов из-за легкой психоневрологической дисфункции.

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

У пациентов старческого возраста, по сравнению с дооперационным периодом, КЖ 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), выраженное изменение психического здоровья (MH) и индекса социальной роли (SF).

После МХЭ результатами операции были удовлетворены 240 пациентов, из них 103 пациента среднего возраста, 90 пожилого и 47 старческого. С хорошими результатами было 146 (61,4%) пациентов, удовлетворительными – 94 (39,4%). Состояние оценивали как удовлетворительное ввиду наличия жалоб на боли в животе и диспепсические расстройства. Болевой синдром появился в период от одного до 12 месяцев. Болевой синдром не сопровождался иктеричностью кожи и склер, потемнением мочи или обесцвечиванием кала. Спустя 24 месяца после операции отмечалось увеличение количества больных с хорошим результатом и у удовлетворительных результатов по мере снижения у больных болевого синдрома. КЖ больных среднего возраста после МХЭ в отдаленном периоде достоверно улучшилось по следующим показателям: физическая работоспособность (PF), физическое состояние (RP), общее здоровье (GH), жизнеспособности (VT), эмоциональное состояние (RE), социальная роль (SF), и отсутствие достоверности в индексе психическое здоровье (MH).

У пациентов пожилого возраста в отдаленном периоде после МХЭ вмешательства КЖ достоверно улучшилось по следующим показателям: физическая работоспособность (PF), физическое состояние (RP), болевой синдром (BP), общее здоровье (GH) и жизнеспособность (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 вмешательства отсутствует достоверная разница по

следующим показателям: физическая работоспособность (PF), физическое состояние (RP), общее здоровье (GH), жизнеспособности (VT), социальная роль (SF), эмоциональное состояние (RE), психическое здоровье (MH) на фоне достоверной разницы в болевом синдроме (BP), в сравнении с дооперационными данными.

После ТХЭ хороших отдаленных результатов было 164 (58,6%), удовлетворительных - 116 (41,4%). Состояние расценивалось как удовлетворительное ввиду наличия жалоб на боли в животе и диспепсические расстройства. У большинства пациентов болевой синдром появился в период от 1 до 12 месяцев от момента операции. Неудовлетворительные результаты выявлены у 2 (1,7%), Причиной чего стал резидуальный холедохолитиаз. Однако анкетирование через 24 месяца после операции показало относительное изменение соотношения отдаленных результатов в сторону улучшения, что связано с проводимым лечением сопутствующей патологии. Психоневрологический статус после ТХЭ у 120 пациентов среднего возраста в отдаленном периоде соответствовал когнитивной дисфункции легкой степени при $28,64 \pm 0,71$ балла; у 108 пациентов пожилого возраста - когнитивной дисфункции умеренной степени, что соответствовало $26,04 \pm 0,86$ балла; у 52 пациентов старческого возраста когнитивная дисфункция тяжелой степени (или деменции легкой степени) соответствовала $23,36 \pm 0,91$ балла.

При исследовании КЖ пациентов среднего возраста после традиционной операции в отдаленном периоде определяется тенденция к его улучшению по следующим показателям: по шкале физической работоспособности (PF), физического состояния (RP), общего здоровья (SF), жизнеспособности (VT) на фоне умеренного снижения болевого синдрома (BP), при отсутствии достоверности по шкалам социальная сфера (SF), эмоциональное функционирование (RE) и психическое здоровье (MH).

При изучении КЖ пациентов пожилого возраста после ТХЭ в отдаленном периоде определяется тенденция к

улучшению по следующим показателям: достоверное по шкале физической работоспособности (PF), общего состояния здоровье (GH), ролевого физического состояния (RP), жизнеспособности (VT) на фоне к тенденции снижения болевого синдрома (BP), при отсутствии достоверности по шкалам социальной сферы (SF), эмоционального функционирования (RE) и психического здоровья (MH).

При исследовании КЖ пациентов старческого возраста после традиционной операции в отдаленном периоде определяется отсутствие достоверности по шкалам: физической работоспособности (PF), физического состояния (RP), болевого синдрома (BP), общего состояния здоровье (GH), жизнеспособности (VT), социального (SF) и эмоционального функционирования (RE), психического здоровья (MH). Многие параметры качества жизни отражают характеристики социально-психического здоровья индивида вследствие истощения психоневрологических предикторов и предполагают системное исследование психических и социальных факторов болезни, что, по существу, отражает содержание интегрального междисциплинарного подхода к личности больного человека, отношение к нему, как к единой биопсихосоциодуховной личности.

Многих врачей интересуют преимущественно те параметры качества жизни конкретного пациента, которые изменяются в связи с болезнью и её лечением, в основном, удовлетворенность пациентов своим физическим функционированием. При этом роль личностных особенностей в оценке пациентами качества жизни остается до сих пор недостаточно раскрытой, несмотря на то, что изначально именно личностные характеристики выступают в виде факторов, обуславливающего возникновение дезадаптивных психических реакций и типов реагирования на заболевания. Выявленные достоверные значения преимущественно физических компонентов шкал качества жизни у пациентов среднего и пожилого возрастов после ЛХЭ и МХЭ сопряжены с такими психологическими особенностями, как общительность,

уверенность в себе, нормогнозия, гармоничное эмоциональное состояние, оптимизм.

Низкие показатели удовлетворенности качеством жизни, наблюдаемые у пациентов старческого возраста после традиционной холецистэктомии, связаны с высоким уровнем тревоги, депрессии, дезадаптивными типами отношения к болезни, недостатком коммуникативной компетентности, пессимизмом, а также с такими личностными особенностями больных, как эмоциональная неустойчивость, фрустрированность, недостаток самоконтроля.

Таким образом, в результате проведенного исследования обнаружено:

- 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 выше, чем после традиционной (хороший: ЛХЭ - 82,3%, МХЭ - 61,6%, ТХЭ - 58,1%; по возрасту: ЛХЭ средний возраст - 43,3%, пожилой 36,7%, старческий 20,0%; МХЭ средний возраст - 47,1%, пожилой - 33,3%, старческий - 19,6%; ТХЭ средний возраст - 42,9%, пожилой - 38,6%, старческий - 18,5%);

- традиционная операция создает условия для более раннего манифестирования болевого синдрома со снижением эмоциональной и действенной активности пациентов, преимущественно преклонного возраста, вызывая удовлетворительные отдаленные результаты оперативного вмешательства;

- в сроки анкетирования пациентов через 24 месяца после операции число хороших отдаленных результатов миниинвазивных вмешательств снижается преимущественно у пациентов среднего и пожилого возрастов и приравнивается к показателям старческого возраста. При этом положительной динамики 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 у пациентов старческого возраста отмечается достоверная разница по шкалам PF, RP, BP, GH и недостоверная по показателям шкал VT, SF, BE, MH. При ТХЭ у пациентов данной возрастной группы отмечается недостоверное изменение показателей по шкалам как физического, так и психического компонентов по опроснику SF-36;

- в сроки анкетирования спустя 24 месяца после оперативного вмешательства улучшение показателей качества жизни отмечено у пациентов среднего возраста по ЛХЭ, МХЭ, неудовлетворительные показатели зафиксированы в шкалах эмоционального и психического функционирования. У пациентов после ТХЭ отмечено достоверное улучшение результатов по шкалам физических компонентов, неудовлетворительные результаты - по шкалам социальной, эмоциональной роли и психического здоровья в результате нарушений психоневрологического статуса легкой степени;

- при анализе показателей качества жизни спустя 24 месяца после ЛХЭ и МХЭ у пациентов пожилого возраста отмечаются удовлетворительные результаты по шкалам PF, RP, BP, GH, VT,

отрицательные результаты зафиксированы по шкалам SF, RE, MN. После проведения ТХЭ у пациентов пожилого возраста отмечается положительный сдвиг по шкалам качества жизни PF, RP, BP, GH и отрицательная динамика по шкалам VT, SF, RE, MN в результате наличия психоневрологического дискомфорта средней степени.

При динамическом анализе результатов качества жизни после ЛХЭ и МХЭ у пациентов старческого возраста отмечается положительный результат по всем шкалам физических компонентов и отрицательная динамика по психическим компонентам, характеризуемая ограничением жизнеспособности, замедлением социальных, эмоциональных, психических компонентов в результате наличия психоневрологического статуса средней степени тяжести. После ТХЭ у пациентов старческого возраста отмечается отрицательная динамика по всем шкалам как физических, так и психических компонентов опросника SF-36, характеризуя ухудшение физической работоспособности, физического состояния, общего здоровья, снижение энергичности, социальной, эмоциональной роли и психического здоровья в результате ухудшения психоневрологического статуса до тяжелой степени (или деменции легкой степени).

Патофизиологические изменения в организме больного после холецистэктомии очень разнообразны и не всегда ограничиваются только билиарным трактом, а включают всю систему организма. Дальнейшее восстановление трудоспособности и прогноз для жизни больного зависит от послеоперационной реабилитации в ранние сроки, когда нарушения в органах и системах носят функциональный характер.

Социально-экономическая эффективность ранней реабилитации выражается в сокращении сроков временной утраты трудоспособности в течение года по основному заболеванию, стоимости лечения в условиях поликлиники и стационара, величины недоданной продукции и размеров выплат по листам

нетрудоспособности. Наиболее приемлемой является схема реабилитации в санатории, т.к. она характеризуется меньшими затратами на единицу эффективности. Дальнейшее восстановление трудоспособности и прогноз для жизни больного зависят от послеоперационной реабилитации в ранние сроки, когда нарушения в органах и системах носят функциональный характер.

В послеоперационном периоде у 30 пациентов после холецистэктомии развился синдром дисфункции желудочно-кишечного тракта. При проведении консервативной терапии в комплексе послеоперационного лечения заболеваний билиарной системы Пантопрозолом в сочетании с Антилактовом отмечается улучшение показателей качества жизни по шкале жизнеспособности на 12,1%, социального функционирования - на 15,5%, эмоционального функционирования - на 12,5%, психического здоровья - на 11,5%, при сопоставлении с исходными показателями ($p < 0,05$). В результате такого лечения послеоперационных осложнений сократились сроки реабилитации больных при холецистэктомии от 5 до 3 суток.

В отдаленном послеоперационном периоде у 108 пациентов после холецистэктомии диагностирована когнитивная дисфункция, из них 27 пациентов среднего, 31 - пожилого и 50 - старческого возрастов. Спустя 24 месяца после операции на фоне комплексной реабилитационной терапии осуществлялся пероральный приём препарата Проноран по 50 мг в сутки пациентам среднего и пожилого возрастов и 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 органических изменений в головном мозге. Из 308 пациентов пожилого возраста наличие ИБС со

стенокардией I-II и III функциональных классов (ФК) диагностировано у 46 (14,9%), наличие гипертонической болезни II и III стадий - у 41 (84,1%). У пациентов старческого возраста из 159 больных у 66 (41,5%) диагностирована ИБС, стенокардия II ФК - у 30, III ФК - у 36 и гипертоническая болезнь II и III стадий - у 53 (33,3%) больных.

Для реабилитации сердечной недостаточности произведена курсовая терапия телмисартаном – препаратом из группы антагонистов рецепторов ангиотензина II, что позволило улучшить показатели трансмитрального диастолического потока, период раннего и позднего кровенаполнения левого желудочка сердца. При этом уменьшение массы, толщины и ригидности стенок ЛЖ, увеличение диастолической податливости обусловлены биохимическими процессами, происходящими в миофибриллах, у пациентов с сердечной недостаточностью по гипертрофическому типу, у пациентов старческого возраста с псевдонормальным типом гемодинамики и удовлетворительными показателями сердечного выброса.

ВЫВОДЫ

1. Изучение параметров качества жизни опросниками SF-36 и MLHFQ, а также степени когнитивной дисфункции по опроснику «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», «окружающей сфере» и «социальным отношениям».

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 наблюдаются у пациентов, перенесших ЛХЭ, у пациентов пожилых и старческих возрастов 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 MN; после ТХЭ отмечены достоверные положительные результаты по шкалам PF, RP, BP, VT и отрицательные результаты - по шкалам SF, RE, и MN 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, MN. После проведения ТХЭ у пациентов пожилого возраста имеется положительная динамика по шкалам PF, RP, BP, GH, отрицательная - по шкалам VT, SF, RE, MN 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 компонентов 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 способов 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 пантопрололом в сочетании с антилактовом нормализуется функция желудочно-кишечного тракта с улучшением 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 транзитрального 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 по «ММSE» 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

реабилитация в санатории, т.к. она характеризуется меньшими затратами на единицу эффективности.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации

1. Роль интраоперационной холангиографии при лапароскопической холецистэктомии / А.М. Сафаров [и др.] // **Здравоохранение Таджикистана.- 2008.- №3.- С. 89-92.**

2. Интраоперационная холангиография при лапароскопической холецистэктомии / Г.Т. Комилов [и др.] // II съезд детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана.- Душанбе, 2008.- С. 326-327

3. Сафаров А.М. Роль видеолапароскопической санации брюшной полости при различных формах перитонита / А.М. Сафаров, Ш.К. Назаров, Ш.К. Каюмов //Сборник трудов II съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана.- Душанбе, 2008.- С. 95

4. Оценка качества жизни у больных ЖКБ, перенесших различные виды оперативных вмешательств / М.К. Гулов [и др.] // **Здравоохранение Таджикистана.- Душанбе, 2009.- №3.- С. 259-260.**

5. Сравнительный анализ показателей вариации сердечного ритма у больных калькулезным и бескаменным холециститом в сочетании с ишемической болезнью сердца / Р.Б. Курбонов [и др.] // **Здравоохранение Таджикистана.- Душанбе, 2009.- №3.- С. 212- 214.**

6. Улучшение качества жизни у больных спонтанными внутренними желчными свищами / А.М. Сафаров [и др.] // **Здравоохранение Таджикистана.- Душанбе, 2009.- № 2.- С. 258- 259.**

7. Качество жизни больных желчнокаменной болезнью после лапаротомной и лапароскопической холецистэктомии на 3-й и 6-й месяцы после операции / А.М. Сафаров [и др.] // **Новости хирургии.- Витебск, 2010.- С. 78-91**

8. Спектральное исследование влияния низкоинтенсивного лазерного излучения на желчь / Т. Шукуров [и др.] // **Матер. Международной научной конференции**

«Современные проблемы физики», посвященной Году образования и технического знания.- Душанбе, 2010.- С. 235

9. Бобоев Б.Д. Диагностическая точность магнитно-резонансной холангиопанкреатикографии в диагностике холедохолитиаза / Б.Д. Бобоев, А.М. Сафаров, Д.М. Сайдалиев // Материалы V-го съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе, 2011. – С. 36-37.

10. Диагностика и лечение желчеистечения при различных видах холецистэктомии / А.М. Сафаров [и др.] // **Здравоохранение Таджикистана.- Душанбе, 2011.- №2.- С. 46-51.**

11. Диагностика и лечение желчнокаменной болезни и ее осложнений / Д.Р. Абдурахмонов [и др.] // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана.- 2011.- № 2 (10).- С. 46-51.

12. Диагностическая точность магнитно-резонансной холангиопанкреатикографии при холедохолитиазе / Б.Д. Бобоев [и др.] // Материалы V-го съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе, 2011.- С. 37-38.

13. Качество жизни больных желчнокаменной болезнью после лапароскопической холецистэктомии на четвёртой неделе после операции / А.М. Сафаров [и др.] // Материалы V-го съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе, 2011.- С. 56-57.

14. Качество жизни больных желчнокаменной болезнью после холецистэктомии минидоступом и холецистостомии в позднем послеоперационном периоде / А.М. Сафаров [и др.] // Матер. научно-практич. конференции частной медицины.- Душанбе, 2011.- С.32-37.

15. Качество жизни больных с желчнокаменной болезнью / А.М. Сафаров [и др.] // **Здравоохранение Таджикистана.– 2011.– №2. – С. 73-75.**

16. Качество жизни больных с желчнокаменной болезнью после лапаротомной холецистэктомии на четвертой неделе после операции / А.М. Сафаров [и др.] // **Здравоохранение Таджикистана.– 2011.– №2.– С. 70-72.**

17. Особенности хирургического лечения интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков / С.М Ахмедов [и др.] // Материалы V-го съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе, 2011.- С. 128-129.

18. Оценка качества жизни пациентов после традиционной и лапароскопической холецистэктомии / А.М. Сафаров [и др.] // Материалы V-го съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе, 2011.- С. 56-57.

19. Первый опыт применения ультразвукового пункционного датчика в декомпрессии желчных путей при осложненных формах желчнокаменной болезни в Таджикистане / А.М. Хаётов [и др.] //Матер. V-го съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе, 2011.- С. 114-115.

20. Сафаров А.М. Качество жизни больных желчнокаменной болезни / А.М. Сафаров, А. Вахидов, Б.Д. Бобоев // Матер. научно-практич. конференции частной медицины.- Душанбе, 2011.- С. 73-75.

21. Сафаров А.М. Качество жизни больных холелитиазом после различных видов оперативного лечения в позднем послеоперационном периоде / А.М. Сафаров, А.И. Муродов, М.К. Гулов //Матер. научно-практич. конференции частной медицины.- Душанбе, 2011.- С. 83-86.

22. Сафаров А.М. Качество жизни больных, перенесших операции при ятрогенных повреждениях внепеченочных желчных протоков на 3-й и 6-й месяцы после операции / А.М. Сафаров, А. Вахидов, Б.Д. Бобоев //Матер. научно-практич. конференции частной медицины.- Душанбе, 2011.- С.65-69.

23. Современные подходы в лечении желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом (обзор литературы) / Б.Д. Бобоев [и др.] // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана.- 2011.- № 2(10).- С. 51-57.

24. Современные подходы в лечении желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом (обзор литературы) / Б.Д. Бобоев [и др.] // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2011. – №2. – С. 51-57.

25. Хирургическое лечение ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков / А.М. Сафаров [и др.] // Материалы V-го съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе, 2011.- С. 143.

26. Эндоскопическая ультрасонография в диагностике холецистохоледохолитиаза / Бобоев Б.Д. [и др.] // **Известия АН РТ.– №2.– 2011.- С. 78-83**

27. Вахидов А. Перекисное окисление липидов при желчнокаменной болезни у больных старческого возраста. / А. Вахидов, А.Б. Ходжаев, А.М. Сафаров // **Здравоохранение Таджикистана.- 2012.- № 3.- С. 38-43.**

28. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi: материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Достижения современной гастроэнтерологии» / Бобоев Б.Д. [и др.] // Проблемы гастроэнтерологии. – 2012. – №3-4. – С. 110-111.

29. Кислородный режим, кислотно-основное состояние и перекисное окисление липидов при желчнокаменной болезни у больных старческого возраста / Вахидов А.В. [и др.] // **Здравоохранение Таджикистана. – 2012. – №3. – С. 38-43.**

30. Медико-социальная реабилитация пациентов в преклонном возрасте с ишемической болезнью сердца, осложненной диастолической дисфункцией левого желудочка, в отдаленном периоде после холецистэктомии / А.М. Сафаров [и др.] // Хирургия Таджикистана им. академика К.Т. Таджиева.- 2012.- № 2.- С. 14-15

31. Оценка качества жизни у больных перенесших реконструктивно-восстановительные операции при ятрогенных повреждениях внепеченочных желчных протоках: материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Достижения современной гастроэнтерологии» / А.М. Сафаров [и др.] // Проблемы гастроэнтерологии. – 2012. – №3-4. – С. 112-114.

32. Сафаров А.М. Качество жизни у больных после холецистэктомии минидоступом и холецистостомии на 3-й и 6-й

месяц после операции / А.М. Сафаров, А.В. Вахидов, Б.Д. Бобоев // **Врач-Аспирант.**– 2012.– №2.3.– С. 420-424

33. Сафаров А.М. Лечение диастолической дисфункции левого желудочка у больных гипертонической болезнью пожилого возраста после холецистэктомии в послеоперационном периоде / Сафаров А.М., А.В. Вахидов // III-я научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы неотложной хирургии».- Душанбе, 2012.- С. 227-228.

34. Сафаров А.М. Лечение диастолической дисфункции левого желудочка у больных с ишемической болезнью сердца, старческого возраста после холецистэктомии в послеоперационном периоде. /А.М. Сафаров, А.В. Вахидов // III-я научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы неотложной хирургии».- Душанбе, 2012.- С. 228-229.

35. Сафаров А.М. Сравнительная оценка различных методов хирургического лечения холецистохоледохолитиаза / А.М. Сафаров, Б.Д. Бобоев, О.О. Холмуратов // **Здравоохранение Таджикистана.**– 2012.– №2.– С. 37-43.

36. Современные технологии в диагностике холедохолитиаза / А.М. Сафаров [и др.] // Матер. XIX международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии».- Иркутск, 2012.- С. 189.

37. Медико-социальная реабилитация пациентов с когнитивными дисфункциями в отдаленном периоде после холецистэктомии с учетом возраста / А.М. Сафаров [и др.] // Хирургия Таджикистана им. академика К.Т. Таджиева.- 2013.- № 3.- С. 16-18.

38. Сафаров А.М. Влияние высокой эпидуральной блокады на функции миокарда левого желудочка после холецистэктомии минидоступом у пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующей ишемической болезнью сердца / А.М. Сафаров, А. Вахидов, Д.А. Давлятов // **Вестник педагогического университета.**-2015. №-5-2(66).- С. 282-286

39. Сафаров А.М. Влияние психического статуса и когнитивной дисфункции на качество жизни больных после традиционной холецистэктомии в отдалённом периоде с учётом возраста / А.М. Сафаров, З.К. Косимов // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.- 2016.- №3.- С. 58-61.**

40. Сафаров А.М. Влияние психического статуса и когнитивной дисфункции на качество жизни больных после лапароскопической холецистэктомии в отдалённом периоде с учётом возраста / А.М. Сафаров, З.К. Косимов // **Здравоохранение Таджикистана.- 2017.- №4.- С. 47-51**

41. Сафаров А.М. Медико-социальная реабилитация больных пожилого возраста с постхолецистэктомическим синдромом / А.М. Сафаров, А. Вохидов, Дж.А. Абдуллоев // **Здравоохранение Таджикистана.- 2017.- №4.- С. 36-41**

42. Гулзода М.К. Реабилитация больных с постхолецистэктомическим синдромом / М.К. Гулзода, А.М. Сафарзода // Материалы 66-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибн Сино (с международным участием).- Душанбе, 2018.- Т.1.- С. 68-70

43. Современные возможности хирургического лечения острого холецистита при сопутствующих вирусном гепатите, циррозе и туберкулёзе печени / С.М. Ахмадзода [и др.] // **Вестник Академии медицинских наук Таджикистана.- 2018.- Т.VIII, №2(26).- С. 167-174**

44. Гулов М.К. Когнитивные дисфункции в отдалённом периоде у пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов после холецистэктомии / М.К. Гулов, А.М. Сафарзода // **Вестник Авиценны.- 2019.- Т.21, №1.- С.60-65.**

Рационализаторские предложения

1. Способ лечения послеоперационной дисфункции желудочно-кишечного тракта после разных методов удаления желчного пузыря; Выдано Институтом последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан № 000214 от 22.05.2018 г.

2. Способ лечения психоневрологического статуса с проявлениями когнитивной дисфункции после холецистэктомии; Выдано Институтом последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан №000211 от 22.05.2018 г.

3. Способ лечения диастолической дисфункции левого желудочка сердца у пациентов преклонного возраста после холецистэктомии; Выдано Институтом последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан № 000217 от 22.05.2018 г.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ	– артериальная гипертензия
БС	– болевой синдром
ДДЛЖ	– диастолическая дисфункция левого желудочка
ЖКБ	– желчнокаменная болезнь
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
КД	– когнитивная дисфункция
КЖ	– качество жизни
ЛХЭ	– лапароскопическая холецистэктомия
МХЭ	– мини холецистэктомия
ОЗ	– общее здоровье
ПЗ	– психическое здоровье
ПХЭС	– постхолецистэктомический синдром
СР	– социальная роль
ТХЭ	– традиционная холецистэктомия
ФК	– функциональный класс
ФКЗ	– физический компонент здоровья
ФР	– физическая работоспособность
ФС	– физическое состояние
ХСН	– хроническая сердечная недостаточность
ХЭ	– холецистэктомия
ЦНС	– центральная нервная система
ЭА	– эпидуральная анестезия
ЭН	– энергичность.
ЭС	– эмоциональное состояние
ВР	– болевой синдром
ГН	– общее состояние здоровья
МН	– 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