

ОТЗЫВ ОФИЦИАЛЬНОГО ОППОНЕНТА

на диссертационную работу Сафарзода Абдулло Мумин на тему: «Оптимизация качества жизни, когнитивных функций у пациентов среднего, пожилого, старческого возрастов после различных методов холецистэктомии», представленную к официальной защите на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17-хирургия (медицинские науки)

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. Мнения специалистов по поводу целесообразности проведения оперативных вмешательств у пожилых людей часто различны. Ориентир либо на консервативную терапию, либо на хирургическое лечение продолжает оставаться дискуссионным. Холецистит называют «болезнью современности», т.к. число больных увеличивается каждое десятилетие в два раза. В Российской Федерации ежегодно выявляется более одного миллиона человек, страдающих этим заболеванием, при этом выполняется более 300 тысяч холецистэктомий. В последнее десятилетие желчнокаменная болезнь выявляется у каждой пятой женщины и каждого десятого мужчины, у четверти населения старше 60 и у трети после 70 лет. 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. В США желчнокаменная болезнь обнаруживается среди населения в возрасте старше 40 лет у 15-20%, а после 70 лет - у 50%.

У большинства пациентов преклонного возраста помимо хирургической патологии имеются сопутствующие 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. 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, что способствует усилению негативного воздействия анестезиологических и хирургических факторов на кровообращение и функциональное состояние сердца и мозга.

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

основной функции мозга - памяти - в 70% случаев. 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.

Научная новизна

- Впервые в Таджикистане определено состояние качества жизни (КЖ) пациентов с желчнокаменной болезнью с учетом возраста.

- Определена выраженность психоневрологического статуса в зависимости от возраста у пациентов с желчнокаменной болезнью.

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

- Определена диагностическая значимость показателей гомеостаза, 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 MLHFQ и степени психоневрологической дисфункции с учетом возраста пациентов, позволяющие оптимизировать результаты хирургического лечения пациентов с желчнокаменной 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 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 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 «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.

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 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 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.

В целом работа представляет большой научную и практическую значимость. Результаты исследования внедрены в повседневную клиническую практику медицинских учреждений.

1. Утверждено рационализаторское предложение №000211 «Способ лечения психоневрологического статуса, проявляемое когнитивной дисфункцией после холецистэктомии»

2. Утверждено рационализаторское предложение № 000214 «Способ лечения дисфункции желудочно-кишечного тракта после разных методов удаления желчного пузыря»

3. Утверждено рационализаторское предложение №000217 «Способ лечения диастолической дисфункции левого желудочка у пациентов преклонного возраста»

Обоснованность и достоверность научных положений, выводов и рекомендации не вызывают сомнения.

Объектом настоящего исследования явились 820 больных острым и хроническим калькулёзным холециститом в возрасте от 18 до 84 лет в период от 1 до 2 лет после оперативного вмешательства.

В ходе обследования автором использован широкий спектр современных клинических и инструментальных методов исследования, которые в полной мере и достоверно позволили тщательно и глубоко изучить патоморфологические изменения в гомеостазе пациентов желчнокаменной болезни всех возрастных групп.

Полученные выводы обоснованы, сформулированы конкретно и сжато, соответствуют поставленным задачам и цели диссертации. Достоверность и обоснованность практических рекомендаций не вызывают сомнения и они являются определяющими при лечении больным со столь тяжелой патологией органов брюшной полости.

Основные положения диссертации могут быть внедрены в научно-практический процесс для интернов, ординаторов, аспирантов и деятельность врачей абдоминального профиля.

Автором опубликованы 44 научных работ, 18 из которых в журналах, рекомендованных ВАК РФ, и утверждены три рационализаторские предложения.

Оценка содержания и оформления диссертации.

Диссертация А.М. Сафарзода написано в обычном стиле, принятом для докторских диссертации и состоит из введения и 9 глав собственных исследований заключения, выводов, практических рекомендации и списка литературы.

Клинические наблюдения и методы исследования описаны пунктуально с соблюдением требований к научной работе. Результаты всесторонне проанализированы, их обсуждение последовательно обосновывает правильность сделанных выводов.

В обзоре литературы проведен тщательный и критический анализ доступных источников, касающихся различных аспектов факторов приводящих к развитию физических и психоневрологических изменений оперированных пациентов в зависимости от возраста пациента, вида оперативного доступа с учетом, давности заболевания и сопутствующей патологии. Указаны часто встречающиеся факторы повреждения, приводящие к развитию снижения компенсации организма и жизнеспособности больных. Акцентировано внимание на причины допускаемых ошибок и развития осложнений в процессе выбора и проведения оперативного доступа и анестезиологического пособия при проведении холецистэктомии пациентам преклонного возраста.

Глава 2 «Материал и методы» написаны последовательно, в традиционном стиле. Объектом настоящего исследования явились 820 больных острым и хроническим калькулёзным холециститом в возрасте от 18 до 84 лет в период от 1 до 2 лет после оперативного вмешательства. Пациенты среднего возраста составило 300 (36,6%), пожилого возраста – 240 (29,3%) и старческого возраста 280 (34,1%). 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 холецистэктомию из минидоступа с использованием специального набора инструментов фирмы «SAN» (Екатеринбург). 3-ю группу составили 280 (34,1%) больных после традиционной холецистэктомии. 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. Обязательными инструментальными методами обследования считали:

1. Ультразвуковое исследование печени, внутри- и внепечёночных желче выводящих протоков, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек.
2. Эзофагогастродуоденоскопия с осмотром большого дуоденального сосочка.
3. Флюорография лёгких.
4. ЭКГ.
5. ДЭГ.

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. Изучение качества жизни у группы пациентов сосуществовали, используя Опросник SF-36: при котором изучались вопросы характеризующие физический и психический статус пациентов. Когнитивную функцию мозга исследовали применяя краткую шкалу оценивая психоневрологический статус «Mini-Mental state Examination MMSE» с уточнением их разновидность; произвольного внимания по «Векслеру» распределение и переключение внимания по «Шульте» изучения уровня избирательности и концентрации внимания по «Мюнстербергу», изучения устойчивости внимания «Корректирующая проба Бурдона» и изучения «Интеллектуальной лабильности»

В третьей главе диссертационной работы автором вначале рассмотрен общий подход к исследованию нервно психического статуса у обследованных пациентов до операции и ее влияние на качество жизни респондентов. При исследовании у пациентов среднего возраста констатирован удовлетворительное состояние нейропсихического статуса, с умеренное снижение сфер физического и психического следствии, наличия болевого синдрома. У пациентов пожилого возраста нейропсихический статус равнялся умеренной степени когнитивным нарушениями на фоне

умеренного снижения интеллектуальной лабильности. Качество жизни было значимо сниженным у больных на фоне выраженного болевого синдрома как физической так и с психологической сферы. У пациентов старческого возраста изменение психоневрологического статус характеризовалась когнитивным нарушением тяжелой степени или деменцией легкой степени и была на 34,3% балла ниже, при сопоставлении с результатом среднего возраста ($p < 0,01$). Качество жизни у данной группы пациентов характеризовалась выраженным снижением физических компонентов и психологических компонента шкал социального уровнем взаимоотношений и эмоционального ограничением повседневной деятельности здоровья пациентов по сравнению с группами среднего и пожилого возрастов ($p < 0,05$). Общие инволюционные изменения органов и систем при сочетании с сопутствующими заболеваниями ухудшают прогноз и снижают качества жизни больных пожилого и старческого возрастов. В группу пожилого возраста у 18 человек выявлено сердечная недостаточность второго класса и у 27 респондентов старческого возраста 3 класса. Развитие нарушения кислородного режима, кислотно-щелочного состояния, активация процессов перекисного окисления липидов, угнетение системы антиоксидантной защиты способствовали углублению инволюционного процесса в организме респондентов преклонных лет с развитием недостаточности кровообращения.

На четвертой главе диссертационной работы автором рассмотрен влияние нервно психических состояний и степень когнитивных дисфункции на качества жизни с учетом возраста и доступа холецистэктомии на шестом месяце после операции. При исследовании психоневрологического статуса у пациентов среднего возраста на 6-ом месяце после операции холецистэктомии соответствует когнитивному нарушению легкой степени. Результаты исследования позволили анализировать о том, что через 6-месяцев после операции холецистэктомии отмечается удовлетворенностью жизнью респондентов среднего возраста после лапароскопической операции значительно лучше, чем в группы после операции минидоступа. При сопоставлении данных качества жизни больных оперированных минидоступом с традиционным вариантом отмечается выраженное снижение объема своей повседневной физической нагрузки изза состояния здоровьем отсутствие настроения следствии отрицательное взаимоотношение с друзьями, родственниками и коллегами на фоне возрастания болевого синдрома.

Снижение качества жизни пациентов среднего возраста оперированных традиционным доступом обусловлена, наличием болевого синдрома с развитием синдром психического торможения, процесс постепенной утраты, интереса к жизни, отрицание связи с родственниками, друзьями, коллегами. Эмоциональной замкнутость проявляющийся умственным истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы.

Исследование психического статуса у пациентов пожилого возраста на 6-й месяц после операции соответствовало когнитивному нарушению легкой степени. При сопоставлении качество жизни у респондентов, оперированных ЛХЭ и МХЭ, прослеживается отрицательная динамика после МХЭ: объем повседневной физической нагрузки было снижено после МХЭ на 3,0%, ограничение своей повседневной деятельности на 1,7%. Болевое ощущение было увеличено после МХЭ на 4,1%, общее состояние здоровья было снижено на 2,1%, настроение было снижено на 2,1%, степень повседневной деятельности было ограничено на 3,9%, уровень взаимоотношений с родственниками, друзьями, коллегами была снижена на 2,0%, субъективная оценка здоровья была снижена на 2,3% ($p > 0,5$).

В группе пациентов оперированных традиционным доступом отмечается достоверная отрицательная динамика качество жизни по физическим шкалам при сопоставлении с результатами группой минидоступом. Психические симптомы бывают в виде легкой степени и имеют симптомы и проявляющееся нарушением сна, неприятных ощущений в теле; выявляются неустойчивым настроения, раздражительностью, безотчетностью респондента, опасения о благосостояние близких, своим здоровьем. Ограничение повседневной деятельности обусловленной проблемой здоровья, часто наводит на мысль присутствие неизлечимого болезни. Изменяется характера респондента происходит как бы утрирование отдельных своих понятия. Недоверчивость переходит подозрительность, бережливость в скупость, настойчивость в упрямство. С трудом, вспоминает события прошедшего дня. Снижена критика, правильно оценит свое психическое состояние. Интеллектуальные процессы утрачивают, свою окраску, окраска становятся бедными. Сообщение не усваивается или усваивается с большим трудом.

При опросе пациентов старческого возраста на 6-ом месяце после холецистэктомии исследования психоневрологического статуса выявлено, что соответствовало когнитивной дисфункции тяжелой степени или деменции легкой степени. При сопоставлении показателей шкал КЖ между ЛХЭ и МХЭ отмечается отрицательная динамика после МХЭ: оценки объема повседневной физической нагрузки была снижена на -3,9%, оценка своей повседневной деятельности, обусловленная проблемой со здоровьем была снижена на 3,2% болевое ощущение была повышена у респондентов после МХЭ на 3,1%, оценка состояние здоровье была снижена после МХЭ на 2,7%, психическое состояние было снижена после МХЭ на 3,9%, повседневная деятельность обусловленная эмоциональной проблемами была снижена на 3,9%, оценка взаимоотношении родственниками, друзьями и коллегами была снижена на 2,8%, ($p > 0,05$). После сопоставлении мини холецистэктомии с традиционным у респондентов старческого возраста прослеживается отрицательная динамика шкал опросника после ТХЭ. В результате опроса больных старческого возраста после традиционного доступа операции выявлено отрицательная динамика как в физических так и психических компонентов здоровья. Так изучение

субъективной оценки объема своей повседневной физической нагрузки состояние здоровья было снижено на 8,6%, субъективная оценка степени ограничения своей повседневной деятельности обусловленной проблемами со здоровьем снижено на 9,3%, болевой синдром, ограничивающий повседневную деятельность был повышен на 4,4%, субъективная оценка общее состояние здоровья было снижено на 4,7%, оценка своего настроения было снижено на 5,2%, оценка степени ограничения обусловленной проблемами здоровья было снижено на 4,6%, оценка уровней своих взаимоотношений с друзьями, родственниками и коллегами была снижена на 6,6% ($p < 0,05$). И оценка своей энергии и бодрости снижена на 1,9% ($p > 0,5$) по сравнению с показателями МХЭ. Нередко наблюдается психические расстройства в виде несистематизированных идей преследования, ущерба, галлюцинации, состояние спутанности сознания и сокращения групп мышц усиливающееся в вечернее и ночное время. Респонденты бездеятельные без инициативные. Однако временами становятся инициативными при одобрении готовы выполнить работу по уходу. Отмечается расстройства памяти: больные забывают события прошедшего дня, текущие события, не узнают, знакомых лиц встречая, их в непривычной обстановке. Занимаются своими делами при этом, не учитывая 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 характерны снижение эмоциональной устойчивости подозрительность и психоэмоциональное состояние человека, вызванное неудовлетворительностью жизненно значимым потребностей. Склонность к доминантности, повышенная личностная тревожность.

В 5 главе диссертационной работы автором рассмотрен влияние анестезиологического- операционных факторов на усугубление психоневрологического состояния. Полноценная защита организма пациента от анестезиолого-хирургической агрессии при операции на желчевыводящих путей возможно только при проведении сочетанной обезболивании, так как наличие эпидуральной анестезии способна вызывать блокаду ноцицептивных импульсов на сегментарном уровне спинного мозга. Проводимое исследование диктует необходимость проведения нейрозащитные профилактические мероприятия в отношении профилактики и развития в послеоперационном периоде когнитивных нарушений возникающее у пациентов, оперированных под общим многокомпонентным обезболиванием, особенно у пациентов преклонного возраста, у которых отмечено снижением резерва внутричерепной гемодинамики, гемодинамики малого круга кровообращения и процессы метаболизма из-за инволюционных процессов. Полноценная защита организма пациента от анестезиолого-хирургической агрессии при операции на желчевыводящих путей возможно только при проведении сочетанной обезболивании, так как наличие эпидуральной анестезии способна вызывать блокаду ноцицептивных импульсов на сегментарном уровне спинного мозга. Проведение общего многокомпонентного обезболивании не устраняется раздражения на уровне

спинном мозге, что является фактором развития нейропсихических осложнений в послеоперационном периоде у пациентов преклонного возраста. Согласно полученным результатам проведение сочетанной общей с эпидуральной анестезии у пациентов среднего и пожилого возрастов в процессе анестезиологического и хирургического пособия прослеживается торможения ноцицептивных импульсов, что способствует развитию эукинетического типа кровообращения на фоне снижения давления малом круге кровообращения, сопровождавшееся достоверным повышением напряжения кислорода артериальной крови, что способствовало улучшению когнитивной функции головного мозга респондентов. У пациентов старческого возраста после сочетанного обезболивания (общая + эпидуральная) на фоне умеренного снижения давления в малом круге кровообращения и внутричерепной гипертензии отмечается нивелирование гипоксии артериальной крови, активация активности крови и буферного эквивалента. Не прослеживается достоверная динамика улучшения произвольного, концентрационного, распределительного и избирательного внимания. Возможно снижением эмоциональной действенной активности пациентов в результате изменения в головного мозга следствии дисциркуляторной энцефалопатии.

Глава 6 диссертационной работы автором рассмотрен, характер изменений качества жизни пациентов опросником SF-36 и MLHFQ с сопутствующей ишемической болезнью сердца с учетом возраста и доступов холецистэктомии.

Клинические проявления ишемической болезни сердца связаны с двигательным и социальным ограничением способствуют ухудшению КЖ больных. В связи с этим оценка качества жизни использована для характеристики тяжести патологического процесса, выявления наиболее значимых проявлений ИБС. После, холецистэктомии минидоступом, у пациентов пожилого возраста с ИБС отмечается значимое снижение шкал (PF), (RE), (BP), (MH), (VT), (SF) при сопоставлении исходным данным, при этом нет разницы между шкалами ограничение жизнедеятельности по физическим проблемам (RP) и оценки общего состояния здоровья (GH). При сопоставлении данных КЖ группы пожилого возраста с старческим, после МХЭ отмечается наличие достоверной разницы по шкалам (PF),(BP),(SF), (RE),(MH) и отсутствии разницы по шкалам оценки общего состояния здоровья (GH) и субъективной оценки общего состояния здоровья (VT). Снижение шкал КЖ у больных с ИБС многие исследователи связывают преимущественно с клиническими предикторами ишемической болезни сердца, особенностями клинического течения заболевания; то как пациент переживает своё заболевание. Получены доказательства «патологического сродства» и развития параллельных изменений церебральных и коронарных сосудов 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. Для дифференциации вида несостоятельности гемодинамики произведено определение состояния сердечно-сосудистой системы. У пациентов пожилого возраста система кровообращения характеризуется повышением постнагрузки и изменением кровенаполнения предсердия, приводящее 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. Учитывая у пациентов преклонного возраста наличие сердечной недостаточности, произведено исследование качества жизни по опроснику MLHFQ. Следовательно, при сравнении качества жизни в подгруппах выявлено, что выраженные ухудшения качества жизни в пожилом и старческом возрасте возникают при увеличении сердечной недостаточности. Респонденты старческого возраста минимально удовлетворены качеством жизни, чем респонденты пожилых лет. Это можно объяснить преимущественным функциональным ограничением вследствие заболевания, более плохим самочувствием у респондентов старческого возраста. Удовлетворенность качеством жизни с ишемической болезнью сердца возрастает при наличии таких личностных черт, у респондента как высокий уровень коммуникативной компетентности, эмоциональной устойчивости, ответственности, организованности, принятие общественных правил и норм, экспрессивности, эмоциональной яркости, хорошо развитые волевые качества: уверенность в себе, тактичность, практическая направленность.

Глава 7 диссертационной работы автором рассмотрены, отдаленные результаты качества жизни и психоневрологического статуса больных после хирургического лечения лапароскопического, минидоступа и традиционной холецистэктомии с учетом возраста.

Исследование психоневрологического статуса у пациентов среднего возраста после ЛХЭ диагностировано когнитивная дисфункция легкой степени при наличии $28,64 \pm 0,71$ балла. На 24-й месяц послеоперационного периода после ЛХЭ КЖ у пациентов среднего возраста, отмечается значимое возрастание индексов физической работоспособности (PF), индекса 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 эмоциональной (RE) и психического состояния (MH) пациентов, из-за наличия умеренной степени дисфункции психоневрологического статуса.

У пациентов пожилого возраста когнитивная дисфункция соответствовала когнитивной дисфункции средней степени составляя $26,04 \pm 0,86$ балла после ЛХЭ отмечается значимое возрастание индексов физической работоспособности (PF), индекса 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 когнитивная дисфункция равному $23,36 \pm 0,91$ балла, по сравнению с до операционным периодом качества жизни достоверно улучшилось после ЛХЭ по таким показателям, как физическая функционирование (PF), ролевое физическое функционирование (RP) общее состояние здоровья (GH), на фоне умеренного снижения болевого синдром (BP) при этом отмечается тенденция к ухудшению эмоционального состояния (RE) и выраженное изменение психического здоровья (MH), и индекса социальной роли (SF). Исследование психоневрологического статуса характеризовалась наличием когнитивной дисфункции умеренной степени пациентов среднего возраста равному $28,64 \pm 0,71$ балла. КЖ больных среднего возраста после МХЭ в отдаленном периоде достоверно улучшилось по следующим показателям: физическая работоспособность (PF), физическое состояние (RP), общее здоровье (GH), энергичности (VT), эмоциональное состояние (RE) социальная роль (SF), и отсутствие достоверности в индексе психическое здоровье (MH). У пациентов пожилого возраста в отдаленном периоде после МХЭ У пациентов пожилого возраста психоневрологический статус равному $26,04 \pm 0,86$ балла т.е. когнитивной дисфункции умеренной степени, вмешательства достоверно улучшилось по следующим показателям: физическая работоспособность (PF), физическое состояние (RP), болевой синдром (BP), общее здоровье (GH) и энергичности (VT), и отсутствие достоверности по индексам социальная роль (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH). У пациентов старческого возраста психоневрологический статус равному $23,36 \pm 0,91$ балла диагностирована когнитивная дисфункция тяжелой степени, в отдаленном периоде после МХЭ вмешательства по следующим показателям: физическая работоспособность (PF), физическое состояние (RP), общее здоровье (GH) и энергичности (VT), социальная роль (SF), эмоциональное состояние (RE), психическое здоровье (MH) отсутствует достоверной разницы, на фоне достоверной разницы в болевом синдроме (BP) с до операционными данными.

КЖ пациентов среднего возраста после традиционной операции в отдаленном периоде определяется тенденция к улучшению по следующим показателям: на фоне умеренного снижения болевого синдрома (BP) по шкале физической работоспособности (PF), физического состояния (RP), общее здоровье (SF), жизнеспособность (VT), и отсутствию достоверности по шкалам социальная сфера (SF), эмоционального функционирования (RE) и психическое здоровье (MH). КЖ пациентов пожилого возраста после традиционной операции и в отдаленном периоде определяется тенденция к улучшению по следующим показателям: на фоне к тенденции снижения болевого синдрома (BP), достоверное по шкале физической работоспособности (PF), общее состояния здоровья (GH), ролевого физического состояния (RP), жизнеспособности (VT), и отсутствию достоверности по шкалам социальная

сфера(SF), эмоциональная функционирования (RE) и психическое здоровье (MH). КЖ пациентов старческого возраста после традиционной операции в отдаленном периоде определяется отсутствием достоверности по шкалам: физической работоспособности (PF), физического состояния (RP), болевого синдрома (BP), общее состояние здоровье(GH), жизнеспособности (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное функционирование (RE) и психическое здоровье (MH). Многие параметры качества жизни отражают характеристики социально психического здоровья индивида, следствии истощения психоневрологических предикторов, 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 биопсиходуховной личности.

Глава 8 диссертационной работы автором рассмотрен, сравнительное изучение отдаленных результатов качества жизни и психоневрологического состояния до и после различных видов хирургического лечения с учетом возраста пациентов.

В сроки анкетирования на 24 месяца после оперативного вмешательства у респондентов среднего возраста улучшение показателей качества жизни отмечена по ЛХЭ, МХЭ не удовлетворительные показатели качества жизни были зафиксированы в шкалах эмоционального и психического, преимущественно после МХЭ ($p>0,05$). У респондентов после ТХЭ отмечено достоверные результаты по шкалам физических компонентам и не удовлетворительные результаты по шкалам социальной, эмоциональной роли и психического здоровья, в результате наличия психоневрологического статуса легкой степени. Анализ показателей качества жизни у респондентов пожилого возраста на 24 месяца после ЛХЭ и МХЭ отмечается удовлетворительные результаты по шкалам PF, RP, BP, GH, VT, и отрицательные результаты зафиксированы по шкалам SF, RE, MH более выраженные после МХЭ ($p>0,5$). После проведения ТХЭ у пациентов пожилого возраста отмечается положительный результат по шкалам качества жизни PF, RP, BP, GH, и отрицательная динамика по шкалам VT, SF, RE, MH следствии наличия психоневрологического статуса средней степени. Просмотр результатов качества жизни после ЛХЭ и МХЭ у пациентов старческого возраста отмечается положительный результат по всем шкалам физического компонентам и отрицательная динамика по психическим компонентам, т.е. характеризуемое ограничением жизнеспособности, замедлением социальных, эмоциональных, психических функционированием в результате наличия психоневрологического статуса средней степени но глубина которых более выражено после МХЭ ($p>0,5$). После ТХЭ у пациентов старческого возраста отмечается отрицательная динамика по всем шкалам, т.е. как по физическим, так и психическим компонентам опросника SF-36, характеризуя наличие ухудшению физической работоспособности, физического состояния общего здоровья, снижения энергичности, социальной,

эмоциональной роли и психического здоровья, следствии наличия психоневрологического статуса тяжелой степени (или деменции легкой степени).

Для установлении особенности ухудшении психической сферы качества жизни у респондентов с сопутствующей ишемической болезни сердца использован опросник MLHFQ. Установлено что причиной ухудшении качества жизни в пожилом и старческом групп является наличие сердечной недостаточности, при этом респонденты старческого возраста менее удовлетворены качеством жизни, чем пациенты пожилого возраста. Полученные данные свидетельствуют о том, что удовлетворительность КЖ с ишемической болезни сердца возрастает при наличии таких личностных черт, как высокий уровень коммуникативной компетентности, эмоциональной устойчивости, ответственность, организованность, принятие общественных правил и норм, высокий уровень к толерантности, экспрессивность, эмоциональная яркость, хорошо развитие волевой качества, уверенность в себе, тактичность и практическая направленность.

Глава 9 диссертационной работы автором рассмотрен реабилитации в ранние сроки после холецистэктомии осложненное дисфункцией желудочно-кишечного тракта, когнитивной дисфункции и сердечной недостаточностью. В отдаленном послеоперационном периоде у 108 пациентов после холецистэктомии выявлена когнитивная дисфункция из них 27 пациентов среднего возраста, 31- пожилого возраста и 50 старческого возраста. И на 24 месяце после операции на фоне комплексно- реабилитационном периоде было прописано приёма перорально препарата Пронорона по 50 мг в сутки пациентам среднего и пожилого возраста и по 50 мг два раза в сутки пациентам старческого возраста. Включение в комплекс интенсивной терапии в послеоперационном периоде препарата Пронорона способствовало не только сохранить памятную функцию мозга в пределах исходных величин, но и достоверно их повысит с улучшением более сложных психических функции 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 головной мозг. Из 308 пациентов пожилого возраста диагностирована наличие ИБС со стенокардией I-II и III функционального класса (ФК) у 46 (14,9%), наличие гипертонической болезни II и III стадий у 41 (84,1%). У пациентов старческой возраста из 159 больных ЖКБ у 66 (41,5%) диагностировано ИБС стенокардия II-ФК у 30 и III-ФК у 36 и гипертоническая болезнь II и III стадии у 53 (33,3%) больных. При анализе систем гемодинамики прослеживается недостаточность кровообращения при удовлетворительном объеме ОЦК. Так у пациентов пожилого возраста УИ снижен 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% по сравнению с

идентичными показателями среднего возраста ($p < 0,01$) на фоне внутрилегочной гипертензии у респондентов преклонного возраста. Для дифференциации вида несостоятельности сердечнососудистой системы произведено определение трансмитрального кровотока доплероэхокардиографическое обследование, при котором диагностирована наличие сердечной недостаточности. У пациентов пожилого возраста волемический статус характеризуемое повышением постнагрузкой и изменения трансмитрального кровотока характеризующее наличие диастолической дисфункции левого желудочка по гипертрофическому типу, у пациентов старческого возраста трансмитрального кровотока характеризуют наличие диастолической дисфункции левого желудочка по псевдонормальному типу. Для реабилитации сердечной недостаточности произведено, курсовая терапия с включением телмисартана, что позволила улучшить показатели трансмитрального диастолического потока в период раннего и позднего кровенаполнения левого желудочка сердца. Сопровождающееся уменьшение массы, толщины и ригидности стенок ЛЖ, возрастание диастолической податливости обусловлены биохимическими процессами, происходящими в миофибриллах и снижением систолического артериального давления у обеих групп. Заключение в целом отражает и обобщает содержание диссертационной работы.

Выводы и практические рекомендации научно обоснованы и вытекают из поставленных перед диссертантом цели и задач исследования. Достоверность их не вызывает сомнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертационная работа Сафарзода Абдулло Мумин на тему: «Оптимизация качества жизни, когнитивных функций у пациентов среднего, пожилого, старческого возрастов после различных методов холецистэктомии», представленная к официальной защите на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия (медицинские науки), является завершенной научно-квалификационной работой, в которой решена актуальная научно-практическая проблема: улучшения качества жизни в послеоперационном периоде у пациентов преклонного возраста, выбора оперативного доступа с учетом возраста, сопутствующих заболеваний и коррекция осложнений, что представляет собой научно-практическую ценность для хирургии.

Диссертационная работа соответствует требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени согласно п.9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации № 842 от 24 сентября 2013 г. (в редакции постановления Правительства Российской Федерации № 335 от 21.04.2016 г. и № 748 от 02.08.2016 г.), а ее автор А.М. Сафарзода

заслуживает присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Отзыв и диссертация обсуждены на совместной научной конференции сотрудников хирургического эндоскопического отделения ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, протокол №2 от «4» сентября 2019г.

Заведующий хирургическим
эндоскопическим отделением
ФГБУ «НМИЦ хирургии
им. А.В. Вишневского»
Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор

Старков Юрий Геннадьевич

Подпись д.м.н., профессора Юрия Геннадьевича Старкова заверяю:

Заместитель директора
по образовательной работе,
д.м.н., профессор



Теплов Александр Александрович

ФГБУ «НМИЦ Хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России
117997, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, дом 27
Тел. +7 (499) 236-90-80
email: vishnevskogo@ixv.ru
сайт: www.vishnevskogo.ru