

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

НИЗАМОВ РУСЛАН АЙРАТОВИЧ, соискатель кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, врач-хирург-рентгенолог, Россия, 450000, Уфа, ул. Ленина, 3, тел/факс 8 (347)223-24-21, e-mail: nizamgik@gmail.com

ТИМЕРБУЛАТОВ ШАМИЛЬ ВИЛЕВИЧ, докт. мед. наук, доцент, профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 450000, Уфа, ул. Ленина, 3, тел/факс 8 (347)223-24-21, e-mail: timersh@yandex.ru

ИСХАКОВ ЭДУАРД РОБЕРТОВИЧ, докт. мед. наук, профессор, профессор кафедры криминалистики Уфимского юридического института МВД России, Россия, e-mail: iskhakov1964@mail.ru

КИЛЬДЕБЕКОВА РАУШАНИЯ НАСГУТДИНОВНА, докт. мед. наук, профессор кафедры мобилизационной подготовки ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, заслуженный врач Республики Башкортостан, Россия, 450000, Уфа, ул. Ленина, 3, тел/факс 8 (347)223-24-21, e-mail: kildebekova49@mail.ru

Реферат. Цель исследования – установить особенности приверженности к лечению, типа отношения к болезни, уровни показателей качества жизни больных с желчнокаменной болезнью в зависимости от программы реабилитации после холецистэктомии. **Материал и методы.** Обследовано 106 пациентов трудоспособного возраста, которым была выполнена холецистэктомия лапароскопическим доступом. Обследование проводилось до оперативного лечения (лапароскопической холецистэктомии) и через 1 мес. Пациенты с желчнокаменной болезнью после хирургической операции были разделены на две группы: I группа, основная (n=79), где для ускорения процессов восстановления пациенты с 5–6-го дня продолжали реабилитацию в условиях санатория и II – группа сравнения (n=27), где больные наблюдались в амбулаторных условиях. Группой контроля были 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Пациенты после лапароскопической холецистэктомии из операционной поступали в палату интенсивной терапии для контроля за общим состоянием, через 4–6 ч рекомендовали вставать и принимать жидкую пищу. На следующий день после хирургической операции пациент передвигался по стационару на 100–150 м с ежедневным увеличением физической нагрузки. На 5–6-е сут после холецистэктомии больных направляли в санаторий для дальнейшего восстановительного лечения. Исследование уровня приверженности к врачебным рекомендациям проводили путем опроса пациентов через месяц после операции по специально разработанной нами анкете, содержащей вопросы о выполнении врачебных рекомендаций, качестве жизни – по опроснику MOS SF-36. Состояние печени и гепатобилиарной системы изучали на аппарате УЗИ «Siemens acusion», при необходимости применяли магнитно-резонансную холангиопакреатографию. **Результаты и их обсуждение.** После хирургического лечения наблюдалось клиническое улучшение и повышение уровня качества жизни. Приверженность к лечению, частота гармоничного типа отношения к болезни, уровни показателей качества жизни в сфере физического и психологического здоровья были значимо выше в I группе больных, проходивших реабилитацию в условиях санатория, по сравнению со II группой, которые наблюдались амбулаторно. **Выводы.** У больных с желчнокаменной болезнью после лапароскопической холецистэктомии и ускоренной послеоперационной реабилитации доля лиц, придерживающихся предписанных рекомендаций, была значимо выше в I группе с санаторным этапом реабилитации по сравнению с теми, кто прошел реабилитацию только в амбулаторных условиях. После хирургической операции и ускоренного восстановительного лечения с реабилитацией в санатории пациентов с желчнокаменной болезнью число лиц с гармоничным типом отношения к болезни значимо увеличилось, а число лиц с эргопатическим типом уменьшилось. В результате проведения ускоренной послеоперационной реабилитации с применением санаторного этапа у больных с желчнокаменной болезнью после холецистэктомии наблюдалось восстановление качества жизни в физической и психологической сфере.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, ускоренное восстановительное лечение, психологическое состояние, тип отношения к болезни, приверженность к лечению.

Для ссылки: Психологические особенности больных с желчнокаменной болезнью после холецистэктомии / Р.А. Низамов, Ш.В. Тимербулатов, Э.Р. Исхаков, Р.Н. Кильдебекова // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 6. – С. 23–28. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(6).23-28.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS AFTER CHOLECYSTECTOMY

NIZAMOV RUSLAN A., applicant for a degree of the Department of surgery with the course of endoscopy of Bashkir State Medical University, surgeon, radiologist, Russia, 450000, Ufa, Lenin str., 3, tel/fax 8 (347)223-24-21, e-mail: nizamgik@gmail.com

ТИМЕРБУЛАТОВ ШАМИЛЬ В., D. Med. Sci., associate professor, professor of the Department of surgery with the course of endoscopy of Bashkir State Medical University, Russia, 450000, Ufa, Lenin str., 3, tel/fax 8 (347)223-24-21, e-mail: timersh@yandex.ru

ИСХАКОВ ЭДУАРД Р., D. Med. Sci., professor of the Department of criminalistics of Ufa Law Institute, Russia, e-mail: iskhakov1964@mail.ru

КИЛЬДЕБЕКОВА РАУШАНИЯ Н., D. Med. Sci., professor of the Department of mobilization preparation of Bashkir State Medical University, Honored doctor of the Republic of Bashkortostan, Russia, 450000, Ufa, Lenin str., 3, tel/fax 8 (347)223-24-21, e-mail: kildebekova49@mail.ru

Abstract. Aim. The aim of the study was to establish the features of adherence to treatment, the type of attitude towards the disease, and the levels of quality of life indicators in patients with cholelithiasis, depending on the rehabilitation program performed after cholecystectomy. **Material and methods.** 106 patients of working age, who experienced

cholecystectomy via laparoscopic access, have been examined. The examination was carried out before surgical treatment (laparoscopic cholecystectomy) and after 1 month. After the surgery the patients with cholelithiasis were divided into two groups: I – the main group ($n=79$), unifying patients who continued rehabilitation in a health resort from day 5–6 to enhance the recovery process, and II – comparison group ($n=27$), where patients were observed in outpatient facilities. Control group included 20 practically healthy individuals matched by gender and age. The patients were admitted to intensive care unit from the operating room to monitor their general condition after laparoscopic cholecystectomy. After 4–6 hours they were recommended to get up and to take liquid food. The following day after surgery, the patients were able to move around the hospital for 100–150 meters with a daily increase in physical activity. 5–6 days after cholecystectomy the patients were forwarded to health resort for further rehabilitation. The study of the level of adherence to medical recommendations was carried out by interviewing patients one month after the operation via specially designed questionnaire containing questions on following medical recommendations. Quality of life was assessed according to the MOS SF-36 questionnaire. Condition of liver and hepatobiliary system was studied on Siemens acuson ultrasound machine. Magnetic resonance cholangiopancreatography was performed when necessary.

Results and discussion. Clinical improvement and improvement of the quality of life was observed after surgical treatment. Adherence to treatment, harmonious type of attitude to the disease, and the levels of quality of life indicators related to physical and psychological health were significantly higher in patients in group I, who underwent rehabilitation in health resort, compared with the patients in group II, observed in outpatient facilities. **Conclusion.** Proportion of people adhering to the prescribed recommendations in patients with cholelithiasis after laparoscopic cholecystectomy and accelerated postoperative rehabilitation was significantly higher in group I with health resort rehabilitation stage compared with those who underwent rehabilitation only in outpatient settings. The number of people having harmonious relationship to the disease significantly increased and the number of people with ergopathic type decreased in patients with gallstone disease after surgery and accelerated rehabilitation in health resort. Quality of life restoration in physical and psychological spheres was observed as a result of the accelerated postoperative rehabilitation including health resort stage in patients with gallstone disease after cholecystectomy.

Key words: cholelithiasis, cholecystectomy, accelerated rehabilitation, psychological condition, type of attitude to the disease, adherence to treatment.

For reference: Nizamov RA, Timerbulatov ShV, Iskhakov ER, Kildibekova RN. Psychological characteristics of patients with cholelithiasis after cholecystectomy. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2018; 11 (6): 23–28. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(6).23-28.

В настоящее время распространенность заболеваний гепатобилиарной системы среди населения имеет тенденцию к неуклонному росту и приобретает статус социальной болезни. В патологии билиарного тракта ведущее место занимает желчнокаменная болезнь (ЖКБ), которая диагностируется на стадии сформировавшихся конкрементов [1, 2]. Около 25% населения земного шара старше 60 лет и треть населения старше 70 лет имеют камни в желчном пузыре [3, 4]. Золотой стандарт лечения при ЖКБ – хирургическое лечение [5]. Фазовый переход от классической хирургии к новым лапароскопическим методам совпал с повсеместным внедрением принципов доказательной медицины [6, 7, 8]. Оценка эффективности лечения складывается не только по результатам проведенного оперативного вмешательства, но и по отдаленным результатам, особенно в психологической сфере [9–13]. Изучение психологического состояния пациентов с ЖКБ (приверженность к лечению, тип отношения к болезни, качество жизни) является актуальным [14, 15].

Цель исследования – установить особенности приверженности к лечению, тип отношения к болезни, уровни показателей качества жизни у больных с желчнокаменной болезнью в зависимости от программы реабилитации после холецистэктомии.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты с ЖКБ после лапароскопической холецистэктомии при наличии информированного согласия. Диагноз желчнокаменной болезни верифицировался согласно МКБ-10 (K80). Отбор пациентов проводился методом случайной выборки из числа оперированных с ЖКБ в больнице скорой медицинской помощи г. Уфы. Было обследовано 106 пациентов трудоспособного возраста от 20 до

59 лет, средний возраст составил ($47 \pm 2,1$) года, из них женщин – 67 (63,2%) и мужчин – 39 (36,7%), длительность заболевания у всех пациентов составила более трех лет.

Критерии исключения из исследования: наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии (онкопатология, хронические заболевания в стадии декомпенсации, кардиохирургические вмешательства).

Обследование проводилось до оперативного лечения (лапароскопической холецистэктомии) и через 1 мес. Пациенты с ЖКБ после хирургической операции были разделены на две группы: пациенты I группы (основной; $n=79$) для ускорения процессов восстановления с 5–6-го дня продолжали реабилитацию в условиях санатория, пациенты II группы (сравнения; $n=27$) наблюдались в амбулаторных условиях. Группой контроля были 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту.

Согласно концепции ускоренной послеоперационной реабилитации для больных с ЖКБ была разработана и проведена программа лечебных мероприятий.

Пациенты после лапароскопической холецистэктомии из операционной поступали в палату интенсивной терапии для контроля за общим состоянием, через 4–6 ч им рекомендовали вставать и принимать жидкую пищу. На следующий день после хирургической операции пациент передвигался по стационару на 100–150 м с ежедневным увеличением физической нагрузки. На 5–6-е сут после холецистэктомии больных направляли в санаторий для дальнейшего восстановительного лечения: диета, терренкур, физиотерапия, на 10-й день пациенты дополнительно получали кумыс (кисло-молочный продукт из кобыльего молока, обладающий антиоксидантным

действием, нормализующий моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта) по 100 мл слабой крепости (по Тернеру 80°) за 20 мин до приема пищи.

Исследование уровня приверженности к врачебным рекомендациям проводили путем опроса пациентов через месяц после операции по специально разработанной нами анкете, содержащей вопросы о выполнении врачебных рекомендаций, качество жизни – по опроснику MOS SF-36, тип отношения к болезни (ТОБ) – по рекомендациям Н.Л. Вассермана и др. [15].

Состояние печени и гепатобилиарной системы изучали на аппарате УЗИ «Siemens acusion×300» (2010), при необходимости применяли магнитно-резонансную холангиопакреатографию.

Статистический анализ данных проводился с использованием программы Statistica для Windows версии 10,0/Microsoft Office 7.0.

Результаты и их обсуждение. Анализ клинических данных у пациентов с ЖКБ показал превалирование болевого синдрома: чувство тяжести и распирания в области правого подреберья – у 60 (56,6%) человек; из диспептических проявлений: отрыжка воздухом – у 27 (25,4%), изжога – у 54 (50,9%), чувство горечи во рту – у 72 (67,9%), вздутие живота – у 45 (42,4%), неустойчивый стул – у 31 (29,2%).

Оценка частоты факторов риска развития гепатобилиарной патологии у лиц с ЖКБ выявила низкую физическую активность у 71 (66,9%) человека, избыточную массу тела – у 53 (50%), злоупотребление алкоголем – у 15 (14,1%), курение – у 9 (8,5%).

Изучение биохимических показателей крови (уровень глобулинов; активность экскреторных ферментов: щелочной фосфатазы, 5-нуклеотидазы, лейцинаминопептидазы, β-глюкуронидазы, γ-глутамилтранспептидазы) не выявили значимых различий с группой контроля и было в пределах физиологической погрешности.

По результатам ультразвукового исследования у пациентов с ЖКБ исходно были выявлены от 3 до 7 конкрементов у 54 (50,9%); с локализацией в области тела и дна пузыря – у 73 (68,8%); субтотально заполняли объем желчного пузыря – у 33 (31,1%) пациентов.

Анализ результатов оперативного лечения с применением ускоренного восстановительного лечения в санаторных условиях у лиц с ЖКБ (I группа) выявили значимую позитивную динамику с улучшением клинических данных по сравнению со II группой. Оценка приверженности по выполнению врачебных рекомендаций показала, что пациенты I группы, которые обучались в процессе реабилитации в санатории, была значимо выше по сравнению со II группой (табл. 1). В обеих группах были пациенты,

Таблица 1

Выполнение врачебных рекомендаций пациентами с желчнокаменной болезнью

| 1. Вопрос: Выполняете ли Вы ежедневно рекомендованные физические упражнения? | | | | | | | |
|---|--------|-----------------------------------|--------|--|-------|---------------------|-------|
| Варианты ответов | | | | | | | |
| Да, выполняю | | Нет, были пропуски 1–2 раза в мес | | Нет, были пропуски 3 и более раз в мес | | | |
| Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | | |
| <i>I группа (n=79)</i> | | | | | | | |
| 42 | 53,16* | 30 | 37,97 | 7 | 8,86* | | |
| <i>II группа (n=27)</i> | | | | | | | |
| 2 | 7,4 | 9 | 33,33 | 16 | 59,25 | | |
| 2. Вопрос: Принимали ли Вы за прошедший месяц алкогольные напитки? | | | | | | | |
| Варианты ответов | | | | | | | |
| Нет | | | | Да | | | |
| <i>I группа (n=79)</i> | | | | | | | |
| Абс. число | % | Абс. число | | % | | | |
| 72 | 91,13* | 5 | | 6,32* | | | |
| <i>II группа (n=27)</i> | | | | | | | |
| 21 | 77,77 | 6 | | 22,22 | | | |
| 3. Вопрос: Как часто Вы принимали пищу 5–6 раз в день на протяжении последнего месяца? | | | | | | | |
| Варианты ответов | | | | | | | |
| Практически все время | | Большую часть месяца | | Меньшую часть месяца | | | |
| Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | | |
| <i>I группа (n=79)</i> | | | | | | | |
| 71 | 89,87* | 8 | 10,12* | – | – | | |
| <i>II группа (n=27)</i> | | | | | | | |
| 8 | 29,62 | 17 | 62,96 | 2 | 7,40 | | |
| 4. Вопрос: Принимали ли Вы острую (жареную, пряную) пищу за последний месяц? | | | | | | | |
| Варианты ответов | | | | | | | |
| Нет | | 1–2 раза в мес | | 1–2 раза в нед | | 3 и более раз в нед | |
| Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % |
| <i>I группа (n=79)</i> | | | | | | | |
| 64 | 81,01* | 5 | 6,32 | 4 | 5,06* | 5 | 6,32 |
| <i>II группа (n=27)</i> | | | | | | | |
| 14 | 51,81 | 3 | 11,11 | 6 | 22,22 | 4 | 14,81 |

| 5. Вопрос: Нарушали ли Вы предписанное Вам медикаментозное лечение за последний месяц? | | | | | | | |
|--|-------|----------------|------|----------------|-----|---------------------|-----|
| Варианты ответов | | | | | | | |
| Нет | | 1–2 раза в мес | | 1–2 раза в нед | | 3 и более раз в нед | |
| Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % |
| I группа (n=79) | | | | | | | |
| 76 | 96,2* | 3 | 3,79 | – | – | – | – |
| II группа (n=27) | | | | | | | |
| 23 | 85,18 | 1 | 3,7 | 2 | 7,4 | 1 | 3,7 |

Примечание: *при $p < 0,05$ по сравнению со II группой.

которые не придерживались строгого выполнения рекомендаций по лечению, диете, ведению здорового образа жизни. Наиболее выполняемыми были рекомендации в отношении алкоголя, сладких газированных напитков и медикаментозного лечения.

В I группе установлено почти в 6 раз больше пациентов, придерживающихся рекомендаций по выполнению ежедневных физических упражнений. Значительно чаще (на 12,8%) больные I группы выполняли рекомендации в отношении запрета на потребление алкогольных напитков. Подавляющее большинство пациентов I группы в течение месяца придерживались предписанной частоты приема пищи в день, в отличие от пациентов II группы, где таковых было лишь одна 1/3. Нарушающих рекомендации по диете во II группе было на 29,97% больше, чем в I группе. Подавляющее большинство больных I группы регулярно принимали предписанное медикаментозное лечение, во II группе таковых было на 10,3% меньше.

Тип отношения к болезни (ТОБ) у пациентов с ЖКБ до хирургической операции в большинстве случаев был эргопатический, анозогностический и смешанный (табл. 2). Гармоничный ТОБ в I группе был лишь у 7,5% пациентов, во II группе – у 7,4% исследуемых. Другие типы составили менее 5%. После операции через месяц в I группе в 3 раза увеличилось число лиц с гармоничным типом, а во II группе в 2 раза уменьшилось с эргопатическим типом отношения к болезни.

Изучение состояния психического и физического здоровья у больных с ЖКБ показал улучшение качества жизни (КЖ) после оперативного вмешательства (табл. 3).

Анализ исходного уровня КЖ у пациентов с ЖКБ показал снижение уровня физического функционирования (PF) на 49,9% по сравнению с контрольной группой, после санаторного этапа реабилитации показатель в I группе увеличился на 58,1%, а во II группе – на 26,1%. Показатель ролевого функционирования, обусловленный физическим состоянием (RP), был ниже на 40,5% по сравнению с контролем и указывал на ограничение жизнедеятельности пациентов с ЖКБ. Уровень физической активности у лиц с ЖКБ через 1 мес после оперативного лечения увеличился в I группе на 62,9%, а во II группе – на 38,7%. Большое значение у пациентов с ЖКБ имеет сфера болевых ощущений в ограничении повседневной деятельности (BP), которая исходно была ниже на 49,1% по сравнению с контролем, но после реабилитации через 1 мес увеличилась на 30 и 16%

Таблица 2
Динамика типов отношений к болезни в процессе реабилитации

| I группа (n=79) | | | | II группа (n=27) | | | |
|-----------------------------------|------|----------------------------|-------|------------------|------|----------------------------|-------|
| До операции | | Через 1 мес после операции | | До операции | | Через 1 мес после операции | |
| Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % |
| <i>Эргопатический</i> | | | | | | | |
| 33 | 41,7 | 24 | 30,2* | 12 | 44,4 | 11 | 40,7 |
| <i>Анозогностический</i> | | | | | | | |
| 17 | 21,5 | 13 | 16,4 | 5 | 18,5 | 4 | 14,8 |
| <i>Анозоэргопатический</i> | | | | | | | |
| 7 | 8,8 | 3 | 3,7 | 2 | 7,4 | 2 | 7,4 |
| <i>Гармоничный</i> | | | | | | | |
| 6 | 7,5 | 23 | 29,1* | 2 | 7,4 | 4 | 14,81 |
| <i>Ипохондрический</i> | | | | | | | |
| 2 | 2,5 | 2 | 2,5 | 1 | 3,7 | 1 | 3,7 |
| <i>Тревожный</i> | | | | | | | |
| 3 | 3,7 | 4 | 5,0 | 1 | 3,7 | 1 | 3,7 |
| <i>Тревожно-ипохондрический</i> | | | | | | | |
| 4 | 5,0 | 5 | 6,3 | 2 | 7,4 | 2 | 7,4 |
| <i>Тревожно-сенситивный</i> | | | | | | | |
| 2 | 2,5 | 2 | 2,5 | 1 | 3,7 | 1 | 3,7 |
| <i>Меланхолически-сенситивный</i> | | | | | | | |
| 3 | 3,7 | 2 | 2,5 | 1 | 3,7 | 1 | 3,7 |
| <i>Эргопатически-сенситивный</i> | | | | | | | |
| 2 | 2,5 | 1 | 1,3 | – | – | – | – |

Примечание: *при $p < 0,05$ по сравнению с данными до операции.

соответственно. Уровень КЖ у пациентов после холецистэктомии в результате проведенной ускоренной реабилитации был значимо выше в I группе, где проводился санаторный этап, по сравнению со II группой, которые наблюдались амбулаторно.

Показатели КЖ в сфере психологического здоровья у больных с ЖКБ после холецистэктомии также исходно были низкие. Наблюдалось ограничение жизненной активности вследствие эмоциональных проблем (VT), которая была ниже на 49,4%, социальное функционирование было ниже на 47,4%, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, было ниже на 46,1% по сравнению с контролем.

Анализ эффективности ускоренной послеоперационной реабилитации у пациентов с ЖКБ показал выраженное улучшение КЖ в сфере психологического здоровья. В I группе после санаторного этапа показатели были практически сопоставимы с группой контроля.

Динамика показателей качества жизни у пациентов после холецистэктомии

| Показатели качества жизни | Контрольная группа (n=20) | До операции (n=106) | Через 1 мес после операции | |
|---|---------------------------|---------------------|----------------------------|------------------|
| | | | I группа (n=79) | II группа (n=27) |
| Общее состояние здоровья (GH) | 87,3±4,3 | 52,4±2,62 | 65,3±3,1* | 56,1±2,9 |
| Физическое функционирование (PF) | 81,1±4,1 | 50,6±2,53 | 64,2±3,11* | 58,2±2,9 |
| Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP) | 71,6±3,5 | 52,6±2,6 | 66,4±2,1* | 60,1±3,0 |
| Боль (BP) | 89,1±4,4 | 52,8±2,6 | 68,7±3,3* | 61,3±3,0 |
| Жизненная активность (VT) | 91,5±4,5 | 46,3±2,3 | 68,1±3,4* | 60,8±3,0 |
| Социальное функционирование (SF) | 83,1±4,1 | 52,7±2,6 | 73,1±3,5* | 65,2±3,2 |
| Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) | 77,1±3,8 | 46,5±2,3 | 61,3±3,0* | 55,0±2,7 |
| Психологическое здоровье (MH) | 83,2±4,1 | 59,1±2,9 | 76,2±3,8* | 67,1±3,3 |

Примечание: *при $p < 0,05$ по сравнению с исходными данными.

Выводы:

1. У больных с ЖКБ после лапароскопической холецистэктомии и ускоренной послеоперационной реабилитации доля лиц, придерживающихся предписанных рекомендаций, была значимо выше в I группе, с санаторным этапом реабилитации, по сравнению с теми, кто прошел реабилитацию только в амбулаторных условиях.

2. После хирургической операции и ускоренного восстановительного лечения с реабилитацией в санатории пациентов с ЖКБ число лиц с гармоничным типом отношения к болезни значимо увеличилось, а число лиц с эргопатическим типом уменьшилось.

3. В результате проведения ускоренной послеоперационной реабилитации с применением санаторного этапа у больных с ЖКБ после холецистэктомии наблюдалось восстановление качества жизни в физической и психологической сфере.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство / Российская гастроэнтерологическая ассоциация; Ассоциация медицинских обществ по качеству; ред. В.Т. Ивашкин. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2008. – 700 с.
2. Болезни билиарного тракта: учеб. пособие / под ред. И.В. Маева. – М.: ГОУ «Всероссийский учебно-научный методический центр» Министерства здравоохранения России, 2010. – 88 с.
3. Current practice of abdominal wall closure in elective colorectal surgery – Is there any consensus / N. Rahbarinuh, Ph. Knebel, M.K. Diener [et al.] // BMC Surgery. – 2009. – Vol. 9. – P.8.
4. Kind, P. Measuring success in health care – the time has come to do it properly / P. Kind, A. Williams // Health Policy Matter. – 2004. – Issue 9. – P.1–8.
5. Kehlet convalescence after colonic resection with fast-track versus conventional care / D.H. Jakobsen, E. Sonne,

L. Basse [et al.] // Scandinavian Journal of Surgery. – 2004. – Vol. 93. – P.24–28.

6. Harold, E. Coleridge-smith, adrian d. Joyce Abdominal incisions-vertical or transverse? / E. Harold, D. Philip // Postgraduate Medical Journal. – 1984. –Vol. 60. – P.407–410.
7. Fairclough, L.D. Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials / L.D. Fairclough. – Charman & Hall/CRC, 2002. – P.164–177.
8. Выбор мини-инвазивных хирургических методов лечения больных желчнокаменной болезнью / В.М. Тимебулатов, Г.М. Гарипов, И.В. Верзакова [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2008. – № 1. – С.21–26.
9. Билиарный сладж: нерешенные вопросы / С.Н. Мехтиев, В.Б. Гриневич, Ю.А. Кравчук, Р.Н. Богданов // Лечащий врач. – 2007. – № 6. – С.4.–7.
10. Colonic Surgery With Accelerated Rehabilitation or Conventional Care / L. Basse, J.E. Thorbol, K. Lossli, H. Kehlet // Dis. Colon. Rectum. – 2004. – Vol. 47 (3). – P.271–278.
11. Ильченко, А.А. Фармакотерапия при заболеваниях желчного пузыря и желчных путей / А.А. Ильченко. – М.: МИА; Герпус, 2010. – 160 с.
12. Grigoras, I. Fast-trach surgery – a new concept – the perioperative anesthetic management / I. Grigoras // Jurnalul de Chirurgie. Iasi. – 2007. – Vol. 3, № 2. – P.89–91.
13. Clinical benefits after the implementation of a multimodal perioperative protocol in elderly patients / J.E. de Aguilar-Nascimento, A. Bicudo Salomão, C. Caporossi, B. Nadaf Diniz // Gastroenterol. – 2010. – № 2. – P.178–183.
14. Clavien, Nicolas demartines, and the Zurich Fast Track Study Group A Fast-Track Program Reduces complications and Length of Hospital Stay After Colonic / S. Muller, M.P. Zalunardo, M. Hubner [et al.] // Surgery gastroenterology. – 2009. –Vol. 136. – P.842–847.
15. Вассерман, Л.И. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: метод. рекомендации / Л.И. Вассерман, В.В. Иовлев, А.Я. Вукс. – Л.: Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т, 1987. – 25 с.

REFERENCES

1. Ivashkin VT ed. Gastroenterologiya; Natsional'noye rukovodstvo [Gastroenterology; National Leadership]. Moskva: GEOTAR-MEDIA [Moscow: GEOTAR-MEDIA]. 2008; 700 p.
2. Mayev IV ed. Bolezni biliarnogo trakta [Diseases of the biliary tract]. Moskva: GOU Vserossiyskiy uchebno-nauchnyy metodicheskiy tsentr Ministerstva zdravookhraneniya Rossii [Moscow: GOU All-Russian educational and scientific methodical center of the Ministry of Health of Russia]. 2010; 88 p.

3. RahbariNuh N, Knebel Ph, Diener MK et al. Current practice of abdominal wall closure in elective colorectal surgery – Is there any consensus. BMC Surgery. 2009; 9: 8 p.
4. Kind P, Williams A. Measuring success in health care – the time has come to do it properly. Health Policy Matter. 2004; 9: 1-8.
5. Jakobsen DH, Sonne E, Basse L et al. Kehlet convalescence after colonic resection with fast-track versus conventional care. Scandinavian Journal of Surgery. 2004; 93: 24-28.
6. Ellis Harold, Coleridge-smith Philip D, Joyce Adrian D. Abdominal incisions-vertical or transverse? Postgraduate Medical Journal. 1984; 60: 407-410.
7. Fairclough LD. Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials. Charman & Hall/CRC. 2002; 164-177.
8. Timerbulatov VM, Garipov GM, Verzakova IV, Sagitov RB, Akubekov LL. Vybór mini-invazivnykh khirurgicheskikh metodov lecheniya bol'nykh zhelchnokamennoy bolezn'yu [The choice of mini-invasive surgical treatment of patients with gallstone disease]. Meditsinskiy vestnik Bashkortostana [Medical Bulletin of Bashkortostan]. 2008; 1: 21-26.
9. Mekhtiyev SN, Grinevich VB, Kravchuk YUA, Bogdanov RN. Biliarnyy sladzh: nereshennyye voprosy [Biliary sludge: unresolved issues]. Lechashchiy vrach [Attending physician]. 2007; 6: 4-7.
10. Basse L, Thorbol JE, Lossl K, Kehlet H. Colonic Surgery With Accelerated Rehabilitation or Conventional Care. Dis Colon Rectum. 2004; 47 (3): 271-278.
11. Il'chenko AA. Farmakoterapiya pri zabolevaniyakh zhelchnogo puzyrya i zhelchnykh putey [Pharmacotherapy in diseases of the gallbladder and biliary tract]. Moskva: MIA, Gerus [Moscow: MIA, Gerus]. 2010; 160 p.
12. Grigoras I. Fast-trach surgery—a new concept—the perioperative anesthetic management. Jurnalul de Chirurgie lasi. 2007; 3 (2): 89-91.
13. José Eduardo de Aguilar-Nascimento; Alberto Bicudo Salomão; Cervantes Caporossi; Breno Nadaf Diniz. Clinical benefits after the implementation of a multimodal perioperative protocol in elderly patients. Gastroenterology. 2010; 2: 178-183.
14. Muller S, Zalunardo MP, Hubner M, Clavien PA, Demartines N. A fast-track program reduces complications and length of hospital stay after open colonic surgery. Gastroenterology. 2009; 136 (3): 842–847.
15. Vasserman LI, Iovlev VV, Vuke AY. Metodika dlya psikhologicheskoy diagnostiki tipov otnosheniya k bolezn'i : Metodicheskiye rekomendatsii [Methods for the psychological diagnosis of types of attitude to the disease: Methodical recommendations]. Leningrad: Leningradskiy nauchno-issledovatel'skiy psikhonevrologicheskiy institut [Leningrad: Leningradsky Research Psychoneurological Institute]. 1987; 25 p.

© Л.Б. Постникова, А.Л. Гудим, М.В. Болдина, В.А. Костров, В.А. Погребецкая, 2018

УДК 616.2-002.282-07:612.2

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(6).28-35

ПАРАМЕТРЫ ВЕНТИЛЯЦИИ И ГАЗООБМЕНА НА ПИКЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ПОСТНИКОВА ЛАРИСА БОРИСОВНА, докт. мед. наук, доцент, профессор кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Россия, 603005, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1, e-mail: plbreath@mail.ru

ГУДИМ АНДРЕЙ ЛЕОНИДОВИЧ, врач-терапевт ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 38», Россия, 603000, Нижний Новгород, ул. Чернышевского, 22

БОЛДИНА МАРИНА ВИКТОРОВНА, канд. мед. наук, ассистент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Россия, 603005, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1

КОСТРОВ ВЛАДИМИР АЛЕКСАНДРОВИЧ, канд. мед. наук, доцент, пульмонолог ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 38», Россия, 603000, Нижний Новгород, ул. Чернышевского, 22

ПОГРЕБЕЦКАЯ ВЕРА АЛЕКСЕЕВНА, зам. главного врача по лечебной части ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 38», Россия, 603000, Нижний Новгород, ул. Чернышевского, 22

Реферат. Цель исследования – провести анализ параметров газообмена и вентиляции на основании результатов кардиопульмонального нагрузочного тестирования с газовым анализом у пациентов с саркоидозом органов дыхания. **Материал и методы.** Обследовано 42 пациента, средний возраст – 34,5 года (29–41,5), с I–III стадией саркоидоза органов дыхания и 21 здоровый доброволец. Длительность саркоидоза органов дыхания составила 3 года (1–5). Гистологически саркоидоз органов дыхания подтвержден в 78,6% случаев. У пациентов с саркоидозом органов дыхания оценивали клинические проявления, у всех участников исследования проводили предтестовую спирометрию, кардиопульмональное нагрузочное тестирование с оценкой параметров вентиляции (R_f , V_t , V_e , V_t/FVC , BR) и газообмена [$P_{et}CO_2$, V_e/VCO_2 (VT_1), V_d/V_t] на пике нагрузки. Пациентов разделили на группы: 1-я группа ($n=20$) – потребление кислорода на пике нагрузки (VO_2 peak pred) $\leq 84\%$ и 2-я группа ($n=22$) – VO_2 peak pred $> 84\%$. Здоровые лица составили 3-ю группу. **Результаты и их обсуждение.** Уменьшение VO_2 peak (%) у пациентов с саркоидозом органов дыхания (критерий снижения толерантности к физической нагрузке) не влияло на клинко-рентгенологические признаки. Минутная вентиляция (V_e) и дыхательный объем (V_t) в 1-й группе были достоверно ниже, чем во 2-й и контрольной группах. Уровень дыхательного резерва (BR) у всех пациентов с саркоидозом органов дыхания превышал 30%, различия BR между группами отсутствовали ($p>0,05$). На всех этапах кардиопульмонального нагрузочного тестирования в 1-й группе зафиксировали более низкое значение $P_{et}CO_2$ ($p<0,001$), значимое увеличение V_e/VCO_2 (VT_1) ($p<0,001$) и V_d/V_t на пике нагрузки ($p=0,025$) относительно 3-й группы. Пациенты 2-й группы отличалась более низким $P_{et}CO_2$ на пике физической нагрузки по сравнению с контролем ($p=0,027$). **Выводы.** Кардиопульмональное нагрузочное тестирование позволяет выявить ограничение толерантности к физической нагрузке у пациентов с саркоидозом органов дыхания при отсутствии изменений функций внешнего дыхания в покое. Снижение толерантности к физической нагрузке у