

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК СОВРЕМЕННЫЙ ИНТЕГРАЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В СТАЦИОНАРНОЗАМЕЩАЮЩИХ УСЛОВИЯХ

Шихметов А.Н.*, Лебедев Н.Н.

МЧУ Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», Москва

УДК: 612.013-021.4:617.55-007.43-089

DOI: 10.25881/BPNMSC.2019.49.27.015

Резюме. Проанализированы результаты лечения 300 пациентов с грыжами передней брюшной стенки на основе определения качества жизни с помощью специализированных опросников. Проведено сравнение эффективности применения различных методик пластики передней брюшной стенки (открытые методики и с использованием эндовидеоскопической техники). Лучшие показатели качества жизни (КЖ) отмечены после применения лапароскопических технологий. Пациенты этой группы отмечали хорошее течение послеоперационного периода, что позволило им быстро вернуться к выполнению повседневных обязанностей: восстановление работоспособности заняло в среднем $10,2 \pm 0,5$ (от 7 до 14) суток, в то время как после традиционных вмешательств – в среднем $18,5 \pm 1,5$ (от 12 до 24) суток ($p < 0,05$).

Концепция исследования КЖ является методом, позволяющим изучать разнообразные субъективные переживания пациента, вызванные болезнью, и становится важным компонентом в оценке эффективности новых методов лечения. Она позволяет осуществлять экспертизу новых методов лечения, опираясь на международные критерии, разрабатывать прогностические модели для многих заболеваний, проводить медико-социальные популяционные исследования с выделением групп риска в отношении различных видов патологии, обеспечить динамическое наблюдение за группами риска и оценить эффективность превентивных программ, изучать и проводить экономическое обоснование методов лечения с учетом фармакоэкономических показателей: стоимость-полезность, стоимость-эффективность.

Ключевые слова: качество жизни, стационароразмещающие технологии, грыжи передней брюшной стенки.

Введение

Конечной целью любого метода лечения становится не только восстановление соматического уровня здоровья, но также обеспечение высокого КЖ оперированных больных. Традиционно результаты лечения оценивают сами врачи, используя данные лабораторных и инструментальных методов обследования. Вместе с тем, с учетом современных принципов доказательной медицины, такая оценка признается недостаточной. Важна еще оценка КЖ с помощью валидизированных опросников (общих и специальных для отдельных нозологических форм), при этом важно, что отдаленный результат оценивает сам пациент. Такая комплексная оценка (традиционная и изучение КЖ) признается корректной [8; 12].

В медицину понятие «КЖ» пришло из социологии, характеризовалось как совокупность труда и отдыха, качества питания, одежды, жилья и окружающей среды [1] и оценивалось по специальным опросникам [5; 11], среди которых чаще всего используется общий опросник здоровья – MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36) [6; 12].

QUALITY OF LIFE AS A MODERN INTEGRAL CRITERION FOR EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH HERNIAS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL IN OUTPATIENT DEPARTMENT

Shikhmetov A.N.*, Lebedev N.N.

MChU Branch Clinical Diagnostic Center of PJSC Gazprom, Moscow

The Authors analyzed the treatment results of 300 patients with abdominal wall hernias on the basis of determining the quality of life using specialized questionnaires. The comparison of the effectiveness of different methods of the anterior abdominal wall plastic surgery (open techniques and endovideoscopic techniques) had been made. The best indicators of quality of life were observed in patients after using the laparoscopic technologies. The patients in this group reported good postoperative period, which allowed them to quickly return to the performance of daily tasks: the restoration of health has taken an average of $10,2 \pm 0,5$ (7 to 14) days, while after traditional interventions – an average of $18,5 \pm 1,5$ (12 to 24) days ($p < 0,05$).

The concept of quality of life research is a fundamentally new method that allows to study a variety of subjective experiences of the patient caused by the disease, and becomes an important component in assessing the effectiveness of new treatments. It allows to carry out the examination of new methods of treatment, based on international criteria, to develop prognostic models for many diseases, to carry out socio-medical population studies with the allocation of risk groups for different types of pathology, to provide dynamic monitoring of risk groups and to assess the effectiveness of preventive programs, to study and conduct economic justification of treatment methods taking into account pharmacoeconomical indicators: cost-utility, cost-effectiveness.

Keywords: quality of life, stationary substitution technologies, hernias of the anterior abdominal wall.

По мнению многочисленных авторов, развитие стационароразмещающих форм хирургической помощи населению отвечает нуждам практического здравоохранения и государственным интересам [2; 7]. В то же время не получены достоверные данные о влиянии характера и тяжести оперативных вмешательств, выполненных в хирургических дневных стационарах, на КЖ пациентов. При этом отмечено, что комплексная оценка КЖ больных с применением опросников может быть использована в качестве интегрального показателя уровня внебольничной медицинской помощи [4].

Таким образом, одной из важнейших задач современной медицины является улучшение КЖ пациентов с различными заболеваниями хирургического профиля за счет повышения эффективности работы медицинских учреждений.

Последние десятилетия ознаменовались большими изменениями в развитии инновационных хирургических технологий. Минитравматичные вмешательства – видеоскопические технологии, использование

* e-mail: shikalen@medgaz.gazprom.ru

современных энергий, применение интраоперационных диагностических систем – позволили уменьшить агрессивность хирургической операции и сократить послеоперационный реабилитационный период. Это стало основанием для проведения целого ряда хирургических операций в условиях амбулаторной хирургии [9].

Новые стационарозамещающие технологии в хирургии имеют несомненные медицинские (снижение вероятности развития внутрибольничных инфекций), экономические (уменьшение стоимости лечения) и социальные (позволяют пациенту быстро возвратиться в комфортные домашние условия) преимущества, что улучшает КЖ оперированных больных.

В то же время, будучи, несомненно, прогрессивными, стационарозамещающие технологии еще не имеют достаточного информативного и методического обеспечения, не установлены оптимальные формы организации их деятельности и круг хирургических заболеваний, подлежащих лечению в амбулаторных условиях [3].

При всей привлекательности оперативного лечения в хирургическом дневном стационаре может возрасть опасность развития ранних и поздних послеоперационных осложнений, мониторинг которых частично утрачивается из-за нахождения пациента в домашних условиях.

Материалы и методы

На сроках до операции и через 6, 12, 24 месяцев послеоперационного периода нами были исследованы показатели КЖ пациентов, оперированных в хирургическом дневном стационаре по поводу паховых и послеоперационных вентральных грыж на основании специализированных опросников, которые формировали следующие шкалы:

1. Physical Functioning – физическое функционирование (ФФ). Отражает степень, в которой здоровье ограничивает выполнение физических нагрузок, таких как самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей.
2. Role-Physical – ролевое физическое функционирование (РФФ). Показывает способность к выполнению типичной работы. Физическая роль определяется как низкая в случае возникновения проблем в выполнении работы или любой другой привычной ежедневной нагрузки. У людей с высокой физической ролью проблем при выполнении ежедневной работы не возникает.
3. Bodily Pain – боль, интенсивность болевых ощущений в области операции (ИБ). Определяет интенсивность боли, ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Шкала физической боли показывает наличие очень сильного или продолжительного болевого синдрома, который не может не сказываться на качественной оценке жизни. Полное отсутствие болей является другим крайним вариантом этой шкалы. Также существуют промежуточные состояния (непродолжительная боль; боль, не препятствующая

выполнению привычных действий; боль, мешающая общению с друзьями).

4. General Health – общее состояние здоровья (ОЗ). Определяет субъективное восприятие предшествующего, настоящего состояния здоровья, позволяет определить его перспективы. Наименьшее значение шкалы соответствует оценке состояния здоровья как плохого, либо указывает на возможность его ухудшения. Максимальное значение шкалы показывает убежденность пациента в хорошем состоянии своего здоровья.
5. Vitality – жизнеспособность, жизненная активность (ЖА). Определяет ощущение внутренней энергии, отсутствие усталости, желание энергичных действий. Значения колеблются от минимального – при ощущении утомляемости большую часть времени, ощущения снижения работоспособности, до максимального – при ощущении себя жизнеспособным, энергичным, полным сил в течение большей части времени.
6. Social Functioning – социальное функционирование (СФ). Показывает способность развиваться, полноценно общаться с родственниками, семьей, друзьями, возможность адекватного профессионального общения. По данной шкале можно оценить как максимальное препятствие для нормальной социальной активности, обусловленное эмоциональными или физическими проблемами, так и максимальную социальную активность без физических или эмоциональных проблем.
7. Role-Emotional – ролевое эмоциональное функционирование, обусловленное психологическим состоянием (РЭФ). Определяет степень, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая уменьшение объема работы, большие затраты времени, снижение ее качества). Также оценивается наличие или отсутствие проблем с работой и другой привычной активностью из-за эмоциональных проблем.
8. Mental Health – психологическое здоровье (ПЗ). Определяет настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

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

Изучению КЖ были подвергнуты 220 (71%) пациентов с паховыми грыжами от общего числа наблюдений, из них 60 (75%) после операции по методике Lichtenstein, 60 (75%) – с применением PHS и 100 (66,7%) после использования лапароскопической техники. Паховые грыжи имели как правостороннюю (170 пациентов; 54,8%) или левостороннюю (110 больных; 35,5%), так и двустороннюю (у 30 мужчин; 9,7%) локализации.

При «открытых» методиках оперативное вмешательство производилось под сочетанной или спинальной анестезии при спонтанном дыхании. При использовании лапароскопической техники применяли эндотрахеальный наркоз и ларингеальную маску.

В работе применяли способ Lichtenstein – протезирование сетчатым имплантатом задней стенки пахового канала, трансабдоминальную предбрюшинную пластику (transabdominal preperitoneal patch plastic, TAPP) по J.D. Corbitt с применением лапароскопической техники, пластику с применением Prolen Hernia System (PHS).

Отмечаем, что двусторонние грыжи оперированы только с применением лапароскопической техники.

По поводу послеоперационных вентральных грыж оперировано 80 пациентов. 50 пациентам была выполнена операция с применением лапароскопической техники, 30 – открытая (лапаротомный оперативный доступ).

Среди пациентов было 28 (35%) мужчин и 52 (65%) женщины. Средний возраст составил $46,2 \pm 2,5$ (от 23 до 72) года.

Преобладали пациенты с длительностью заболевания от 1 года до 3 лет, составивших группу в 56,25%. По нашим данным, большие размеры грыж далеко не у всех больных являлись следствием длительного заболевания. Средняя длительность заболевания составила $2,9 \pm 0,5$ лет.

Преобладали грыжи средних и больших размеров, встретившиеся, соответственно, в 36,25% и 26,25%. Следует отметить, что помимо основных грыжевых ворот, у 49 больных определялись дополнительные дефекты в апоневрозе: по 1 – у 28 и по 2 – у 21 пациента.

Из сопутствующей патологии преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, встретившиеся в 61,3% случаев, среди них на долю гипертонической болезни приходилось 59,2% и ИБС – 40,8%. Заболевания желудочно-кишечного тракта выявлены в 13,75% наблюдений, алиментарное ожирение (средний ИМТ составил $34,9 \pm 1,5$ кг/м²) в 25%.

Результаты

Полученные результаты оценки КЖ оперированных больных представлены в табл. 1.

Согласно результатам анализа данных анкетирования MOS SF-36, высокие показатели наблюдались у пациентов, оперированных по методике TAPP по шкалам физического функционирования, ролевого функционирования, болевым ощущениям, жизненной активности, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья (в среднем $80,1 \pm 2,3$ баллов), что свидетельствует о высоком уровне КЖ (Рис. 1).

Как видно на рисунке результаты анкетирования пациентов, перенесших операции с применением системы PHS и методики Lichtenstein, оказались несколько ниже – $72,7 \pm 2,7$ и $64,4 \pm 2,9$ баллов соответственно ($p < 0,01$), но все равно находились в пределах нормальных значений опросника MOS SF-36.

Отмечаем, что изучение динамики улучшения показателей КЖ показали, что после пластики по TAPP в сравнении с другими методами (Lichtenstein, PHS) они достигали максимальных значений уже к

Табл. 1. Результаты оценки КЖ в зависимости от методов пластики передней брюшной стенки при грыжах паховой локализации через 24 мес. после операции

Данные шкалы MOS SF-36	До операции	Методы хирургических вмешательств		
		Lichtenstein, n = 60	TAPP, n = 100	PHS, n = 60
ФФ	$38,9 \pm 1,6$	61,1	88,4	74,9
РФФ	0	62,5	89,1	79,2
ИБ	91,7	60,9	50,1	55,7
ОЗ	$47,5 \pm 1,9$	57,8	74,9	64,9
ЖА	$38,9 \pm 1,5$	69,9	88,2	77,1
СФ	$53,3 \pm 1,9$	66,1	87,7	73,9
РЭФ	0	72,9	81	79,2
ПЗ	$56 \pm 2,8$	65	84,4	78,8
Среднее значение, баллы	–	$64,4 \pm 2,9$	$80,1 \pm 2,3$	$72,7 \pm 2,7$

Примечание: ФФ – физическое функционирование – возможность выполнять физическую нагрузку в течение обычного дня; РФФ – ролевое физическое функционирование – роль физических проблем в организации жизнедеятельности (физическая способность выполнять свою работу); ИБ – интенсивность (выраженность) боли; ОЗ – общее состояние здоровья (субъективная оценка); ЖА – жизненная активность (субъективная оценка настроения, энергичности, жизненных сил); СФ – социальное функционирование – эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми; РЭФ – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием – эмоциональная способность человека заниматься профессиональной работой или работой по дому; ПЗ – психическое здоровье; различия статистически достоверные между показателями до- и после оперативного лечения ($p < 0,05$).

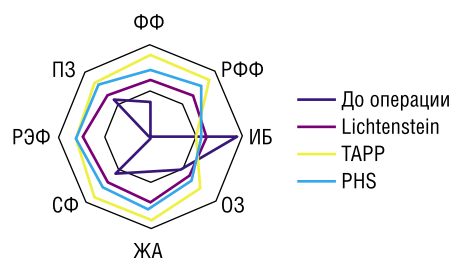


Рис. 1. Результаты оценки качества жизни в зависимости от методов пластики передней брюшной стенки при паховых грыжах через 24 месяца после операции.

исходу 3–4 месяцев после операции, тогда как после применения методики PHS – через 6–8 месяцев, а после Lichtenstein – через 8–12 месяцев.

Поскольку характер выполненного оперативного вмешательства, а именно степень травматизации тканей в паховой области и определяет выраженность показателей КЖ, то обоснованно ожидать связь показателей динамики КЖ с особенностями оперативной техники пластики передней брюшной стенки.

Изучение корреляционной связи улучшения динамики показателей КЖ с методами пластики установило, что степень ассоциации показателей КЖ по всем шкалам имеет существенную статистически значимую связь с характером операции: величина коэффициента корреля-

ции оказалась максимальной ($r_{xy} = +0,801 \pm 0,009$; $p < 0,01$) у пациентов после пластики по TAPP и менее значимой ($r_{xy} = +0,522 \pm 0,01$; $p < 0,01$) по методике PHS и Lichtenstein ($r_{xy} = +0,522 \pm 0,01$; $p < 0,01$). Таким образом, можно сделать вывод, что более ранняя реабилитации пациентов по показателям КЖ после TAPP обусловлена меньшей степенью травматизации тканей в паховой области.

Показатели КЖ пациентов с послеоперационными вентральными грыжами по опроснику MOS SF-36, представлены в табл. 2.

Установлено, что параметры КЖ после оперативного лечения ПВГ были высокими, но статистически значимо отличались в исследуемых группах (Рис. 2).

Лучшие показатели КЖ отмечены у пациентов после применения лапароскопических технологий. Пациенты этой группы отмечали хорошее течение послеоперационного периода, что позволило им быстро вернуться к выполнению повседневных обязанностей: восстановление работоспособности заняло в среднем $10,2 \pm 0,5$ (от 7 до 14) суток, в то время как после традиционных вмешательств – в среднем $18,5 \pm 1,5$ (от 12 до 24) суток ($p < 0,05$). Отмечаем, что по шкалам ролевого функционирования (100), жизненной активности ($79,1 \pm 2,1$), физического ($88,0 \pm 4,4$), социального функционирования ($88,1 \pm 3,5$) и психического здоровья ($82,2 \pm 2,9$) исследуемые пациенты этой группы почти приблизились к популяционным значениям.

Выводы

Таким образом, наш собственный опыт показывает, что частота ранних осложнений после открытых (по Lichtenstein, с системой PHS) и лапароскопических (TAPP) операций при грыжах паховой локализации различаются, при этом после применения методики TAPP они встречаются в 4 раза реже, чем после вмешательства по Lichtenstein и в 2,6 – с PHS ($p < 0,05$).

Частота рецидивов также возникала после TAPP-вмешательств реже в 3,7 раза, чем после Lichtenstein и в 1,9 – с PHS ($p < 0,05$).

Мы отмечаем, что у всех пациентов, перенесших пластику передней брюшной стенки, КЖ в отдаленном послеоперационном периоде, независимо от выбранного метода операции (Lichtenstein, TAPP, PHS), остается высоким. В ходе проведенного исследования выявлены достоверно более высокие показатели КЖ у пациентов после пластики при паховых грыжах с использованием лапароскопических технологий (TAPP) ($p < 0,01$).

Мы также отмечаем, что с учетом социального фактора (опасность на длительный срок оказаться нетрудоспособными, а в ряде случаев и потерять работу), лапароскопические технологии в стационароразмещающих условиях показаны прежде всего лицам трудоспособного возраста, поскольку этот контингент больных, как правило, ограничен во времени и нуждается в полной и максимально быстрой реабилитации, включая готовность к тяжелой физической работе. При этом такие технологии

Табл. 2. Показатели физического и психологического компонентов здоровья у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами через 24 мес. после операции

Показатель	До операции	Характер операций	
		Открытые	Лапароскопия
ФФ	27,9±1,8	79,4±3,5	88±4,4
РФФ	0	71,9±2,8	100
ИБ	100	60±2,2	50,1±2
ОЗ	34,9±2,7	60,1±3,3	71,8±2,2
ЖА	28,9±1,3	70,7±2,4	79,1±2,1
СФ	51,9±3,9	79,3±3,8	88,1±3,5
РЭФ	0	74,2±4,1	97,9 ± 2,1
Психическое здоровье (ПЗ)	45,9±2,3	73,4±3,4	82,2±2,9

Примечание: см. табл. 1.

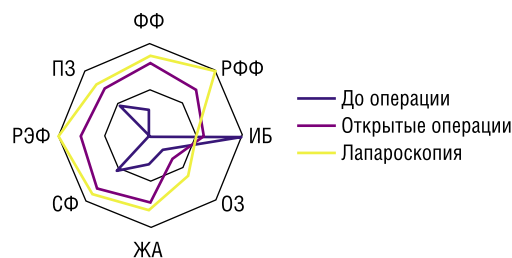


Рис. 2. Показатели физического и психологического компонентов здоровья у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами через 24 месяца после операции.

имеют несомненные и безоговорочные преимущества при двусторонних грыжах паховой локализации, а также при наличии сопутствующей интраабдоминальной патологии, требующей выполнения симультанной операции. Но для безопасного выполнения операций с применением лапароскопической техники необходим достаточно большой опыт у хирургической бригады и адекватное техническое оснащение операционной.

Таким образом, концепция исследования КЖ является принципиально новым методом, позволяющим изучать разнообразные субъективные переживания пациента, вызванные болезнью, и становится важным компонентом в оценке эффективности новых методов лечения. Она позволяет осуществлять экспертизу новых методов лечения, опираясь на международные критерии, разрабатывать прогностические модели для многих заболеваний, проводить социально-медицинские популяционные исследования с выделением групп риска в отношении различных видов патологии, обеспечить динамическое наблюдение за группами риска и оценить эффективность превентивных программ, изучать и проводить экономическое обоснование методов лечения с учетом фармакоэкономических показателей: стоимость-полезность, стоимость-эффективность.

Оценка эффективности амбулаторных операций, проведенная в послеоперационном периоде путем анкетирования

Шихметов А.Н., Лебедев Н.Н.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК СОВРЕМЕННЫЙ ИНТЕГРАЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ УСЛОВИЯХ

тирования пациентов с помощью опросника MOS SF-36, применяемого в общехирургической практике показала, что: 1) после операций наблюдалась положительная динамика всех параметров КЖ, причем различия между группами были достоверными во всех точках обследования ($p < 0,05$), однако при эндовидеохирургических вмешательствах показатели КЖ более сравнимы со значениями популяционной нормы ($p < 0,01$); 2) статистическая значимость полученных данных очень высока с доверительной вероятностью ($p < 0,01$), т.е. $98 \pm 1,7\%$ пациентов, оперированных в хирургическом дневном стационаре ОКДЦ ПАО «Газпром», отмечали отсутствие «стресса госпитализации» в связи с коротким по времени изменением привычной обстановки, более быстрое восстановление активности, что положительно отразилось на КЖ в целом; 3) все пациенты хирургического дневного стационара, имевшие опыт лечения в круглосуточном стационаре, считали эффект от полученного лечения положительным и отмечали, что дома после ранней выписки чувствовали себя лучше, чем в больнице; 4) наличие сопутствующих заболеваний значимо не сказалось на динамике показателей КЖ в отдаленном периоде, т.к. методы хирургического лечения направлены преимущественно на восстановление функций пострадавшего органа, и не оказывали значительного отрицательного воздействия на сопутствующую патологию.

Таким образом, исследование КЖ явилось подтверждением перспективности и целесообразности развития амбулаторно-поликлинической хирургической помощи. Комплексный анализ динамики параметров КЖ на фоне проводимых операций и клинических критериев эффективности лечения позволил адекватно и своевременно оценивать происходящие изменения в состоянии пациента, определять наиболее целесообразный метод лечения, что, в конечном итоге, оказалось полезным для комплексной оценки применяемых у больных способов хирургических вмешательств.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Агапов, А.Б. Оценка качества жизни с помощью опросников у пациентов с заболеванием вен нижних конечностей // Российский медико-биологический вестник. – 2015. – № 3. – С. 126–133. [Agapov, A.B. Otsenka kachestva zhizni s pomoshch'yu oprosnikov u pacientov s zabolevaniem ven nizhnih konechnostej // Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik. – 2015. – № 3. – С. 126–133].
- Белевитин, А.Б., Воробьев В.В., Безуглый А.В. Возможности амбулаторной хирургии // Хирургия. – 2010. – № 3. – С. 49–53. [Belevitin, A.B., Vorob'ev V.V., Bezuglyj A.V. Vozmozhnosti ambulatornoj hirurgii // Hirurgiya. – 2010. – № 3. – С. 49–53].
- Бутарева, М.М. Стационарозамещающие технологии в здравоохранении Российской Федерации // Вестник дерматологии. – 2013. – № 4. – С. 23–29. [Butareva, M.M. Stacionarozameshchayushchie tehnologii v zdorvoohranenii Rossijskoj Federacii // Vestnik dermatologii. – 2013. – № 4. – С. 23–29].
- Гуляева, С.Ф., Шихова Е.В., Гуляев П.В. Качество жизни – как интегральный показатель оптимизации внебольничной медицинской помощи // Вестник Российской военно-медицинской академии – 2009. – № 1. – С. 354–355. [Gulyaeva, S.F., Shihova E.V., Gulyaev P.V. Kachestvo zhizni – kak integral'nyj pokazatel' optimizacii vnebol'nichnoj medicinskoj pomoshchi // Vestnik Rossijskoj venno-meditsinskoj akademii – 2009. – № 1. – С. 354–355].
- Калинин, С.С., Хрыщанович В.Я., Климчук И.П. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения эмбоопасного флеботромбоза в системе нижней полой вены // Материалы международного конгресса «Славянский венозный форум». – Витебск, 2015. – С. 107. [Kalinin, S.S., Hryshchanovich V.YA., Klimchuk I.P. Analiz otdalennyh rezul'tatov hirurgicheskogo lecheniya ehmboloopasnogo flebotromboza v sisteme nizhnej poloj veny // Materialy mezhdunarodnogo kongressa «Slavyanskij venoznyj forum». – Vitebsk, 2015. – С. 107].
- Каприн, А.Д., Костин А.А., Филимонов В.Б. Изменение качества жизни и сексуальной функции у женщин с тазовым пролапсом после экстраперитонеальной кольпопексии полипропиленовой сеткой // Исследования и практика в медицине. – 2015. – Т.2, № 1. – С. 21–26. [Kaprin, A.D., Kostin A.A., Filimonov V.B. Izmenenie kachestva zhizni i seksual'noj funkcii u zhenshchin s tazovym prolapsom posle ehkstraperitoneal'noj kol'popeksii polipropilenoj setkoj // Issledovaniya i praktika v medicinine. – 2015. – Т.2, № 1. – С. 21–26].
- Каташева, Д.Н., Ермуханова Л.С. Развитие амбулаторной хирургии // Вестник Кыргызско-Российского национального медицинского университета. – 2016. – № 1. – С. 714–715. [Katasheva, D.N., Ermuhanova L.S. Razvitie ambulatornoj hirurgii // Vestnik Kyrgyzsko-Rossijskogo nacional'nogo medicinskogo universiteta. – 2016. – № 1. – С. 714–715].
- Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М.: «Олма», 2007. – 313 с. [Novik, A.A. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicinine / A.A. Novik, T.I. Ionova. – М.: «Olma», 2007. – 313 s.].
- Рудой, В.Г., Ткачев И.Е., Соловьев А.И. Видеоэндоскопические вмешательства в стационаре кратковременного круглосуточного пребывания при поликлинике // Материалы 5 съезда амбулаторных хирургов Российской Федерации. – СПб., 2016. – С. 99–100. [Rudoj, V.G., Tkachev I.E., Solov'ev A.I. Videoehndoskopicheskie vmeshatel'stva v stacionare kratkovremennogo kruglosutochnogo prebyvaniya pri poliklinike // Materialy 5 s'ezda ambulatornyh hirurgov Rossijskoj Federacii. – SPb., 2016. – С. 99–100].
- Тараско, А.Д., Лихачев А.Г., Саламанов В.И. Сравнительная оценка работы централизованной и децентрализованной амбулаторной хирургической службы // Амбулаторная хирургия. – 2011. – № 3–4. – С. 176. [Tarasko, A.D., Lihachev A.G., Salamanov V.I. Sravnitel'naya ocenka raboty centralizovannoj i decentralizovannoj ambulatornoj hirurgicheskoy sluzhby // Ambulatornaya hirurgiya. – 2011. – № 3–4. – С. 176].
- Launois, R. Linguistic validation of the 20 item-chronic venous disease quality-of-life questionnaire (CIVIQ-20) / R. Launois, A. Mansilha, F. Lozano // Phlebology. – 2014. – Vol. 29, № 7. – P. 484–487.
- Spirk, D. Predictors of in-hospital mortality in elderly patients with acute venous thrombo-embolism: The SWISS venous thrombo embolism registry (SWIVTER) / D. Spirk // Europ. Heart J. – 2012. – Vol. 33. – P. 921–926.