

**А.В. Байда, А.Н. Семенова, Т.В. Тимошенко,
С.В. Воробьева, Е.И. Валентий**

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования»*

Частота встречаемости хронической сердечной недостаточности (ХСН) в европейских странах составляет от 0,4 до 2% случаев. Ещё несколько десятилетий назад основными причинами развития ХСН были артериальная гипертензия и клапанные заболевания сердца. В настоящее время у 70% пациентов в основе развития ХСН лежит ишемическая болезнь сердца (ИБС). Несмотря на достигнутые успехи в изучении патофизиологических механизмов сердечной недостаточности и основанной на них терапии, сохраняется неизменной высокая заболеваемость и смертность среди данной категории больных. В связи с этим остается актуальной разработка комплексного лечения с применением, в том числе, и немедикаментозных методов. При этом лечение должно быть направлено на устранение симптомов ХСН и способствовать улучшению качества жизни больных.

Развитие хронической сердечной недостаточности у пациентов с ишемической болезнью сердца сопряжено не только с развитием характерных клинических симптомов (одышка, снижение физической активности, отеки и др.), но и с выраженным снижением качества жизни. «Качество жизни (КЖ) – это восприятие индивидуумами своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей той среды, в которой они живут в неразрывной связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами» (ВОЗ, 1996). Термин КЖ является многогранным понятием и включает в себя множество аспектов жизни человека. В медицине он тесно связан с понятием здоровья, поэтому в литературе и определяется как качество жизни, связанное со здоровьем (health-related quality of life – HRQL).

Следует отметить, что в настоящее время определение параметров КЖ является неотъемлемой частью многочисленных исследований эффективности лекарственной терапии, а также немедикаментозных методов лечения больных ХСН. При этом КЖ служит важнейшим критерием эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий.

Целью нашего исследования было изучить КЖ пациентов с ишемической болезнью сердца, осложненной ХСН, а также оценить эффективность внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) в комплексном лечении данной категории больных по результатам оценки КЖ.

Материалы и методы. Обследовано 39 человек с ИБС, осложненной ХСН ФК I-III. Из них – 48,7% женщин и 51,3% мужчин. Средний возраст больных составил 62,2 г. В основную группу вошли пациенты, в ком-

плексное лечение которых, помимо лекарственной терапии, входило ВЛОК (19 пациентов). Группу контроля составили лица, получавшие стандартную медикаментозную терапию (20 больных). ВЛОК выполнялось с использованием аппарата «Айболит КН5», производства УП «ЛЮЗАР», источника низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) с длиной волны (λ) равной $0,67 \pm 0,02$ нм. В процессе лечения применялись следующие модулируемые параметры НИЛИ: мощность на выходе из световода до 3мВт, режим воздействующего излучения – непрерывный, время воздействия до 20 минут. Курс лечения составил 7 процедур, проводимых ежедневно, в первой половине дня.

Для определения качества жизни использована русскоязычная версия опросника SF-36 (Short Form 36 Health Survey Questionnaire), который характеризуется высокой степенью надежности и чувствительности. Анкета состоит из 11 разделов и при этом позволяет определить субъективное отношение пациентов к своему физическому и психологическому состоянию. Все показатели КЖ сгруппированы в 8 шкал: физическое и ролевое функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 представляет полное здоровье.

Оценка КЖ проводилась до начала лечения и через 3 недели.

Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием пакета программ MS Office Excel 2007, StatSoft Statistica v. 7.0. Данные в статье представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей (Me (25-й; 75-й квартили)).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что в обеих группах отмечаются исходно невысокие показатели КЖ. При этом наибольший вклад в эти изменения вносит, прежде всего, такой параметр, как ролевое функционирование (0 (0–25) в обеих группах), которое определяет влияние физического состояния на выполнение повседневной работы. Таким образом, снижение физической активности у больных ХСН оказывает выраженное воздействие на их КЖ. Также отмечаются исходно сниженные показатели интенсивности болевого синдрома, что не может не повлиять на степень физического функционирования больных с ХСН. Кроме того, эмоциональное состояние опрошенных в значительной степени препятствует осуществлению ими повседневной деятельности. В конечном итоге все это отражается на оценке пациентами своего общего состояния здоровья и объясняет низкий уровень данного показателя в обследуемых группах (35 (20–45) и 45 (30–53,5), соответственно).

Исследование КЖ в динамике после проведенного лечения с включением ВЛОК и без него показало статистически значимое улучшение отдельных показателей в обеих группах. При этом в основной группе отмечалось увеличение большинства параметров КЖ, в отличие от контрольной. Особенно следует отметить показатели ролевого функционирования, обусловленные физическим и эмоциональным состоянием (с 0 (0–25) до 50 (50–75)*, $p < 0,001$; с 33,3 (0–66,7) до 100 (66,7–100)*, $p < 0,001$, соответственно).

В сравнении с группой контроля среди пациентов, прошедших курс ВЛОК, выявлено более выраженное повышение показателя интенсивности болевого синдрома в процессе комплексного лечения (с 41 (31–41) до 62 (51–74), $p < 0,001$). Это указывает на уменьшение болевых ощущений, с учетом субъективной оценки самого пациента, что способствует улучшению КЖ и, в свою очередь, свидетельствует об эффективности проводимого лечения. Кроме того, следует отметить увеличение среди пациентов основной группы уровня социальной активности (50 (37,5–62,5) до 75 (62,5–75)*, $p = 0,001$) что указывает на уменьшение психологической дезадаптации среди данной категории больных ХСН.

Таким образом, можно сделать вывод, что комплексное лечение больных ИБС с ХСН с включением ВЛОК было несколько эффективнее, так как способствовало более выраженному улучшению показателей качества жизни пациентов в сравнении с группой контроля.

Заключение. В результате комплексной оценки КЖ в обследованных группах выявлен рост отдельных показателей в процессе лечения. При этом сравнительный анализ изменений параметров КЖ в основной группе подтверждает, что назначенная медикаментозная терапия в комплексе с ВЛОК достоверно способствует увеличению показателей КЖ за счет улучшения физического и эмоционального состояния пациентов. Это, в свою очередь, способствует повышению работоспособности больных ХСН. Отмеченный ранее более значимый рост параметра социальной активности, выражается в улучшении психологического статуса пациента согласно результатам его собственной оценки. Все это свидетельствует о достаточной эффективности ВЛОК как дополнительного немедикаментозного метода лечения больных ИБС с ХСН.

А.А. Бова, А.С. Рудой, Ю.С. Лысый

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА: ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ, ЭКСПЕРТНЫЕ ПОДХОДЫ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Пролапс митрального клапана (ПМК) — синдром, обозначающий прогибание (выгибание, провисание) створок клапана в полость левого предсердия во время систолы левого желудочка при наличии или в отсутствие митральной регуляции

Несмотря на то, что частота ПМК в детской популяции, по последним данным, не превышает 2,4%, данный диагноз у лиц призывного возраста продолжает выставляться с гораздо большей частотой. Результаты медицинского освидетельствования граждан с патологией клапанного аппарата сердца, зачисленных в запас по состоянию здоровья, показали: среди данной патологии наиболее часто выявлялся ПМК : в 2009 году – 3902 случая, в 2008 – 3463, в 2007 – 4284 случая. При этом из них признаны негодными к военной службе по состоянию здоровья в 2009 году – 429, в