

## ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Башкевич Е.А., Колоскова Е.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра поликлинической терапии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Караулько И.В.

Последнее время в мировой литературе все чаще появляется такое понятие, как качество жизни (КЖ). Проблемы ряда заболеваний и их лечение рассматриваются не только в плане борьбы со снижением смертности, продлением средней продолжительности жизни, но и в плане влияния их на качество жизни. Это понятие включает удовлетворенность человека своим физическим, психологическим, социальным благополучием, способность функционировать в обществе и получать удовлетворение от жизни во всех ее аспектах.

Основным инструментом определения КЖ является опросник, помогающий проанализировать следующие области жизни: физическая подвижность (ФП), эмоциональное состояние (ЭС), сексуальная (СФ), социальная (Соц.Ф), познавательная функции (ПФ), экономическое положение (ЭП) [1].

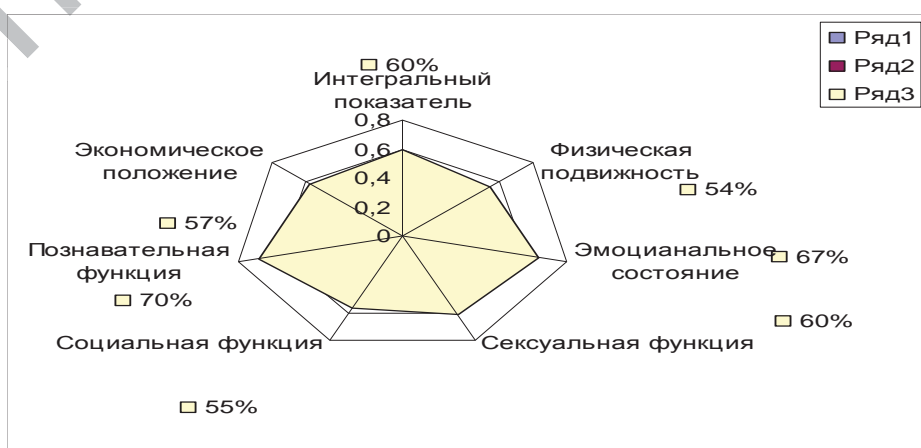
Целью нашего исследования явилось изучение КЖ у больных внебольничной пневмонией, находящихся на стационарном лечении.

Методом компьютерного тестирования с помощью автоматизированной экспресс-методики оценки КЖ (NAIF) было опрошено 20 больных пневмонией в возрасте 24 – 76 лет, 9 мужчин и 11 женщин, находящихся на стационарном лечении. Интегральный показатель (ИП) оценки КЖ имел в составляющих: ФП, ЭС, СФ, Соц.Ф, ПФ, ЭП. Расчет показателей производили в баллах, суммированных при помощи ключа, по соответствующим пунктам опросника. Для облегчения восприятия полученных данных произведен пересчет показателей КЖ в проценты. У человека, довольного всеми сторонами жизни, ИП КЖ равен 100%, незначительное снижение КЖ – до 75%, умеренное – до 50%, значительное – до 25%.

Результаты исследования представлены в таблице и на диаграмме

% ИПФ ЭС СФС Ф П ЭП  
П ц. Ф  
Ф

M ±m	59,85 ± 17,9	54,25 ± 23	66,8 ± 22,2	59,95 ± 29,5	54,75 ± 15,6	69,45 ± 26,6	57,05 ± 39,5
min	29	14	36	14	29	20	14
max	90	86	100	100	88	100	100



Таким образом, у больных воспалением легких, находящихся в стационаре, независимо от возраста и рода занятий значительно снижены все показатели КЖ, особенно эмоциональное состояние, физическая активность и сексуальная функция.

#### **Литература:**

1. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов. Методические рекомендации Минздрава РБ. – Минск, 2000.

## **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ К ЛЕЧЕНИЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

*Башкевич Е.А., Колоскова Е.Ю.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра поликлинической терапии*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Караулько И.В.*

Артериальная гипертензия (АГ) остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем, несмотря на все усилия ученых, врачей и органов управления здравоохранением [1]. Это обусловлено широким распространением АГ, а также тем, что АГ является важнейшим фактором риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) – инфаркта миокарда (ИМ), мозгового инсульта (МИ), которые определяют высокую смертность от этих заболеваний [2].

**Целью** настоящего исследования было изучение приверженности больных АГ к лечению в амбулаторных условиях в плане достижения целевого уровня АД (140/90 мм рт.ст.).

**Материалы и методы.** Нами была изучена эффективность применения комбинированного препарата «Лизоретик» (лизиноприл 10 мг/20 мг + гидрохлориазид 12,5 мг) у больных АГ на амбулаторном этапе лечения (поликлиника №6 г.Гродно). Обследованы 32 больных АГ (25 больных АГ II ст. и 7 больных АГ III ст.), в возрасте 42–73 лет, средний возраст  $53,4 \pm 2,18$  года, 6 мужчин, 26 женщин. Продолжительность заболевания колебалась от 5 до 15 лет. Согласно стратификации риска, у 9-ти больных выявлен средний риск ССО (28%), а у 23 – высокий и очень высокий риск ССО (72%). Все больные были обследованы исходно (полное клиническое обследование, профиль АД, общий анализ крови, сахар крови, липидограмма, ионограмма, ЭКГ), затем назначался лизоретик 10+12,5 утром натощак. Контрольное клиническое исследование проводилось через 2–4–8 недель. Больные в домашних условиях вели профиль АД, ЧСС. Эффективность лечения оценивалась по результатам офисного измерения АД. Целевым считалось достижение уровня 140/90 мм рт. ст.

**Результаты.** Исследования завершил 31 больной. Четырём больным с АГ III ст. через 2 недели пришлось увеличить дозу препарата до 20 мг+12,5 мг, остальные больные остались на исходной дозировке препарата. Целевой уровень АД у больных АГ II ст. был достигнут уже через 2 недели приема препарата ( $P < 0,001$ ) и сохранялся на протяжении всего исследования. У больных АГ III ст. целевой уровень АД был достигнут только к 4-й неделе лечения ( $P < 0,05$ ). После последнего контрольного исследования через 8 недель всем больным были даны рекомендации продолжать лечение постоянно. Через полгода все больные вновь были приглашены для обследования. Оказалось, что только 10 больных продолжили прием лизоретика и АД у них оставалось на целевом уровне (САД  $139 \pm 4,1$ ; ДАД  $88,8 \pm 2,3$  мм рт. ст.). Все 10 больных оказались женщинами.

**Выводы.** Таким образом, из 32 больных АГ, достигших целевого уровня АД в течение 8 недель при тщательном врачебном контроле, каждые две недели только 10 больных (32%) продолжили постоянный однократный прием назначенного препарата. Следовательно, при обычном диспансерном наблюдении (дважды в год) только 1/3 больных АГ будет выполнять медицинские рекомендации и может достичь целевого уровня АД даже при применении эффективных фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов.

#### **Литература:**