

(современная Беларусь), вследствие своей близости к успешным примерам организации станций СМП, стала одним из первых регионов ее распространения.

Выводы

Таким образом, идея создания СМП не является случайной или сиюминутной, а представляет собой поступательный процесс постепенной эволюции подходов к организации спасения жизни людей в экстренных ситуациях. К концу XIX в. оформились три типа СМП — американский, германский и венский, из которых последний фактически положил начало современной СМП и в конце XIX — начале XX вв. утвердился на территории Беларуси.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вахрамеев, А. В. Московская скорая помощь 1919–1994 гг. / А. В. Вахрамеев. — М., 1994. — 80 с.
2. Кассирский, И. А. Ж-Д. Ларрей и скорая помощь на войне / И. А. Кассирский. — М., 1939. — 66 с.
3. Очерк деятельности больницы минского благотворительного общества за 1906–1909 гг. // Минские врачебные известия. — 1910. — № 8. — С. 9.
4. Розенберг, Р. Скорая медицинская помощь / Р. Розенберг // Минские врачебные известия. — 1910. — № 8. — С. 19–22.

УДК 616.12-008.46-036.2

УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Карповец С. Э.

**Научные руководители: ассистент З. В. Грекова; ассистент А. Н. Цырульникова;
доцент, к.м.н. Е. Г. Малаева**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Качество жизни (КЖ) — понятие, используемое в медицине, в социологии, экономике, политике, медицине и других областях, обозначающее оценку некоторых условий и характеристик жизни человека, обычно основанную на его собственной степени удовлетворенности этими условиями и характеристиками [1].

В медицине КЖ — это составляющая физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, оцениваемая на основании его субъективного восприятия. При изучении КЖ оценивают три основных компонента, которые могут быть определены в личной беседе или с помощью специальных анкет: функциональные способности — возможность осуществлять повседневную деятельность, социальную, интеллектуальную, эмоциональную функции; восприятие — взгляды и суждения человека о ценностях, восприятие общего состояния здоровья, уровня благополучия, удовлетворенности жизнью; симптомы и их последствия — они являются следствием основного или сопутствующих заболеваний, снижаются или исчезают в результате вмешательства [2].

Проблема хронической сердечной недостаточности (ХСН) является актуальной, так как, несмотря на достижения современной медицины, распространенность ХСН остается высокой.

По данным эпидемиологических исследований последних 10 лет, проведенных в рамках исследований ЭПОХА-ХСН (8 регионов РФ, 19 500 респондентов) и ЭПОХА-О-ХСН (одномоментное госпитальное исследование в 22 регионах РФ) в РФ распространенность ХСН I–IV ФК составила 7 % случаев (7,9 млн человек), клинически выраженная ХСН (II–IV ФК) у 4,5 % населения (5,1 млн человек), терминальная ХСН (III–IV ФК) 2,1 % случаев (2,4 млн человек). Основными причинами развития ХСН в РФ являются АГ (88 % случаев) и ИБС (59 % случаев); годовая смертность от ХСН достоверно выше, чем в популяции (отношение шансов 10,3) [3].

Цель

Оценить качество жизни и толерантность к физической нагрузке у пациентов с ХСН.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 30 пациентов с ХСН. Причиной ХСН у всех пациентов была ишемическая болезнь сердца: стабильная стенокардия напряжения ФК II–III, атеросклеротический атеросклероз и артериальная гипертензия II–III степени. Возрастная категория составила от 51 года до 82 лет. Из них 15 мужчин и 15 женщин. Средний возраст мужчин составил $65,1 \pm 7,62$ года, женщин — $71,33 \pm 9,39$ года. Обследование проводилось в кардиологическом отделении 3-й городской клинической больницы города Гомеля, где пациенты находились на стационарном лечении. Все пациенты были обследованы и получали лечение, согласно протоколам МЗ РБ.

Уровень качества жизни исследуемой группы оценивался по Миннесотскому опроснику (МО) качества жизни, который включал в себя 21 вопрос, отражающий симптомы ХСН. Каждый ответ оценивался от 0 до 5 баллов. Варианты ответов: 0 баллов — нет, 1 балл — очень мало, 2 балла — мало, 3 балла — умеренно, 4 балла — много, 5 баллов — очень много. В итоге набранная сумма баллов (от 0 до 105) являлась показателем качества жизни. Лучшее качество жизни — 0 баллов, худшее качество жизни — 105 баллов.

Пациентам проводился тест шестиминутной ходьбы для оценки толерантности к физической нагрузке. Темп ходьбы пациент определял сам, ему разрешалось замедлять темп и останавливаться; время отдыха включалось в общее время проведения теста. До и после теста у пациентов измерялось артериальное давление, подсчитывалась частота сердечных сокращений. Пациенты с I ФК ХСН должны были преодолеть расстояние от 426 до 550 м; II ФК ХСН — от 301 до 425 м; III ФК ХСН — от 150 до 300 м; IV ФК ХСН — менее 150 м.

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение пациентов в зависимости от пола и возраста было следующим: в возрасте 50–60 лет мужчин — 4 (13,3 %), женщин — 3 (3,3 %); в возрасте 61–70 лет мужчин — 7 (23,3 %), женщин — 2 (6,7 %); в возрасте 71–80 лет мужчин — 3 (10 %), женщин — 9 (30 %), в возрасте 81–82 года мужчин — 1 (3,3 %), женщин — 1 (3,3 %).

Распределение пациентов по ФК ХСН по NYHA: I ФК — 7 (23 %); II ФК — 14 (47 %); III ФК — 6 (20 %); IV ФК — 3 (10 %).

Средний возраст мужчин и женщин в зависимости от ФК ХСН по NYHA составил: I ФК — мужчины ($61,75 \pm 4,50$), женщины ($67 \pm 5,29$); II ФК — мужчины ($64,3 \pm 6,59$), женщины ($68 \pm 12,84$); III ФК — мужчины ($71 \pm 12,12$), женщины — ($77,6 \pm 5,51$); IV ФК — женщины ($76 \pm 2,65$).

При оценке уровня КЖ пациентов с ХСН, выявлено, что у пациентов с ФК I уровень КЖ составил $37,4 \pm 13,01$ баллов, при ФК II — $51,07 \pm 11,98$ баллов, при ФК III — $66,25 \pm 1,79$ баллов и при ФК IV — $72,3 \pm 38,35$ балла.

Жалобы в большей степени беспокоящие пациентов (по МО от 4 до 5 баллов): чувство нехватки воздуха (мужчины — 26,7 %, женщины — 30 %), трудность подъема по лестнице (мужчины — 23,3 %, женщины — 20 %), трудности с поездками вне дома (мужчины — 20 %, женщины — 30 %), отеки голеней и стоп (мужчины — 16,7 %, женщины — 16,7 %), нарушение сна (мужчины — 13,3 %, женщины — 23,3 %), слабость (женщины — 23,3 %), ухудшение внимания (женщины — 20 %), трудности работы по дому (женщины — 16,7 %).

При оценке теста шестиминутной ходьбы было подсчитано, что в среднем пациенты с ФК I прошли $469,7 \pm 35$ м, с ФК II — $363,3 \pm 41,8$ м, с ФК III — $236,2 \pm 56,3$ м, с ФК IV — $100,6 \pm 4,0$ м, что соответствует дистантным показателям выделенных функциональных классов.

Выводы

1. У пациентов с ХСН с увеличением возраста повышается ФК ХСН по NYHA, а с увеличением ФК ухудшается качество жизни.

2. ХСН I–III ФК диагностировалась у мужчин и женщин в равной степени, в то время как IV ФК ХСН преобладал среди женщин. Наиболее часто встречались пациенты со II ФК ХСН (47 %).

3. При оценке качества жизни пациентов по МО женщины предъявляли жалобы в большей степени (от 4 до 5 баллов) на слабость, ухудшение внимания, трудности работы по дому, которые отсутствовали у мужчин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булашова, С. В. Значение определения качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью / С. В. Булашова, Г. Р. Фаррахова, Е. Г. Слепуха // Казанский медицинский журнал. — 2003. — Т. 84, № 3. — С. 183–186.
2. Мареев, В. Ю. Качество жизни как критерий успешной терапии больных с хронической сердечной недостаточностью / В. Ю. Мареев, Ф. Т. Агеев // Русский медицинский журнал. — 1999. — № 2. — С. 8–12.
3. Хроническая сердечная недостаточность: [Электронный ресурс] // Врачи. — 2012–2016. — Режим доступа: <http://vrachi74.ru/articles/nosology/22/>. — Дата доступа: 29.02.2016.
4. Камышишникова, Л. А. Толерантность к физической нагрузке и коэффициент качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью / Л. А. Камышишникова, О. А. Ефремова // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». — 2012. — № 2. — С. 55–59.

УДК 616-072

ПРИМЕНЕНИЕ СПИРОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Карнович Ю. И., Буель А. И.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Функциональное исследование легких выполняет ряд задач, поставленных клиницистом: диагностика и дифференцированный подход в лечении заболеваний легких, оценка тяжести вентиляционных нарушений, контроль эффективности терапии и оптимизация приверженности к лечению пациентов.

Исследование дыхательной функции при ожирении — важный метод для диагностики заболеваний дыхательной системы, но техника и интерпретация ее результатов имеет ряд сложностей [1, 2].

Цель

Исследование стало изучение особенностей показателей спирометрии у пациентов с артериальной гипертензией и ожирением.

Материал и методы исследования

Были обследованы 45 человек, из них 20 пациентов с ожирением (10 мужчин и 10 женщин) и 20 практически здоровых (контрольная группа) без отягощенной наследственности по кардиальной, легочной и эндокринной патологии. Медиана возраста пациентов составила 42,7 лет [36; 45].

Лабораторное обследование включало оценку липидного профиля крови глюкозы — общий холестерин (ХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), ХС ЛП высокой плотности (ХС ЛПВП) и триглицериды (ТГ). Определение степени ожирения проводили согласно рассчитанному индексу массы тела. В проведенном клиническом исследовании измерение параметров функции внешнего дыхания проводилось с помощью автоматизированного спирометра «МАС-1-А» (Республика Беларусь), оценивали объем форсированного выдоха (ОФВ), жизненную емкость легких (ЖЕЛ), индекс Тиффно.

Статистический анализ полученных результатов выполнен с использованием пакета программ «Statistica» 6.0 и «Microsoft Excel» 2002, применялись непараметрические методы.

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные результаты описаны в таблице 1.

Таблица 1 — Основная характеристика обследованных пациентов

Показатель	Пациенты с ожирением	Практически здоровые
Глюкоза	5,8 [5,3; 5,9]	4,6 [3,8; 4,8]
Общий холестерин	6,3 [5,9; 7,5]	4,5 [4,1; 5,0]
ХС ЛПНП	4,6 [3,1; 4,8]	1,9 [1,8; 2,2]
ХС ЛПВП	0,9 [0,7; 1,3]	1,4 [1,1; 1,5]
ТГ	2,1 [1,8; 2,6]	1,1 [0,8; 1,3]
ОФВ1	61 [60; 68]	76 [71; 78]
Индекс Тиффно	67 [63; 70]	88 [81; 89]
ЖЕЛ	65 [61; 69]	85 [80; 90]
ИМТ	37,1 [34,4; 38,8]	22,9 [21,8; 24,9]