

4. На примере этого клинического случая и литературных данных можно подтвердить, что операция Фонтена является паллиативной процедурой, являющейся «мостом» к трансплантации сердца и печени, причем перспективной методикой лечения является также использование стволовых клеток, изучение влияния которых еще находится на стадии эксперимента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мутафьян, О. А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков / О. А. Мутафьян. — М., 2010 — 478 с.
2. Непосредственные и среднеотдаленные результаты операции Фонтена в модификации экстракардиального кондуита / В. П. Подзолков [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2005. — С. 10–13.
3. The model for the end-stage liver disease and Child-Pugh score in predicting prognosis in patients with liver cirrhosis and esophageal variceal bleeding / D. Benedeto-Stojanov [et al.] // Vojnosanit Pregl. — 2009. — Vol. 66(9). — P. 724–728.
4. «Correction» of tricuspid atresia. 2 cases «corrected» using a new surgical technic / F. Fontan // Ann Chir Thorac Cardiovasc — 1971. — Vol. 10. — P. 39–47.

УДК 616.12-005.4-008.318-78-036.82

ВЛИЯНИЕ ИМПЛАНТИРОВАННОГО ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Щербакова П. А.

**Научные руководители: ассистент кафедры Е. Н. Щербакова,
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Качество жизни — это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии и отражающая степень удовлетворенности потребностей, возникающих у людей в различных сферах жизни. Актуальность изучения КЖ у пациентов с имплантированными кардиостимуляторами определяется появлением новых кардиостимуляционных систем и расширением показаний к их имплантации. Именно анализ качества жизни пациентов с искусственными водителями ритма (ИВР) является одним из критериев долгосрочного прогноза.

Первая имплантация постоянного электрокардиостимулятора под кожные покровы была выполнена в клинике Каролинского института в Швеции 8 октября 1958 г. Доктор Ake Senning имплантировал ЭКС Arne Larsson, который страдал синдромом Морганье-Адамса-Стокса вследствие полной атриовентрикулярной блокады. ЭКС был разработан шведским ученым Rune Elmquist и работал на транзисторных батарейках, которых хватало от 3 дней до 24 месяцев. Arne Larsson перенес 26 реинплантаций, пережив своего первого доктора и изобретателя, и умер в возрасте 86 лет в 2001 г. [1]. В СССР первый серийный имплантируемый ЭКС был разработан в 1961 г. и имплантирован в клинике факультетской хирургии Второго Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова Ю. Бредиксом и В. Савельевым пациенту с полной атриовентрикулярной блокадой [2]. Несмотря на значительный прогресс в кардиологии, аритмии сердца продолжают лидировать среди основных причин смертности человека. Клинический арсенал предупреждения и лечения аритмий включает фармакологические и хирургические методы. Однако за последние полвека к ним добавилась и электрическая стимуляция сердца, ставшая одним из важнейших терапевтических методов восстановления нормального ритма сердца. Сегодня ежегодно в мире имплантируется около 900 тыс. электрокардиостимуляторов [3], среднегодовое количество таких операций в Беларуси достигло 263 на 1 млн населения [4]. Показания к имплантации ИВР: АВ-блокады, СА-блокады высокой степени, синдром слабости синусового узла, альтернирующая блокада ножек пучка Гиса, пресинкопальные и синкопальные состояния в анамнезе, непереносимость физических нагрузок, брадикардии и аномалии развития сердца [5].

Цель

Оценить качество жизни пациентов с ИВР, в зависимости от их возраста и давности имплантации.

Материал и методы исследования

В исследовании участвовали 36 человек обоих полов (50 % женщин и 50 % мужчин), которым были имплантированы кардиостимуляторы. Средний возраст пациентов 70,06 лет, среди которых 10 (27,78 %) человек трудоспособного возраста, 26 (72,22 %) — нетрудоспособного. Также пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от давности имплантации (< 3 лет (18 (50 %) человек), 3–5 лет (11 (30,5 %) человек), > 5 лет (7 (19,5 %) человек). Из группы исследования исключались пациенты с сердечной недостаточностью выше II функционального класса по NYHA, пациенты, перенесший острые нарушения мозгового кровообращения, имеющие инсулинзависимый сахарный диабет, стенокардию выше II функционального класса, артериальную гипертензию III степени, требующую постоянного приема комбинированной медикаментозной терапии, пациенты с сопутствующими заболеваниями легких, так как перечисленные заболевания явно снижают качество жизни. Таким образом, исследование проводилось среди пациентов, на качество жизни которых влияет преимущественно имплантация ИВР. Конечной точкой исследования являлось изучение связанного со здоровьем качества жизни пациентов в зависимости от возраста и срока имплантации ИВР. Так же проводилась ретроспективная сравнительная оценка состояния своего здоровья пациентов в настоящее время и до имплантации ИВР.

Изучение параметров качества жизни проводилось с использованием общей анкеты о состоянии здоровья — SF-36, которая состояла из 36 вопросов и включала 8 шкал, отражающих физический и психический компоненты здоровья.

Физическое здоровье определяли по следующим шкалам: ФФ — физическое функционирование (способность выполнять физические нагрузки), РФ — ролевое физическое функционирование (влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность), Б — интенсивность боли (фактор, влияющий на способность заниматься повседневной деятельностью) и ОЗ — общее состояние здоровья (субъективная оценка пациентом своего здоровья и перспектив лечения).

Психологический компонент здоровья: ПЗ — психическое здоровье (настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций), РЭ — ролевое эмоциональное функционирование (степень, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности), ЖС — жизнеспособность (ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным) и СФ — социальное функционирование (степень, в которой эмоциональное состояние ограничивает социальную активность).

Ответы оценивались в баллах. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале.

Результаты исследования и их обсуждения

Проведенные исследования выявили улучшение качества жизни после имплантации кардиостимулятора. Показатели физического и психического компонента пациентов трудоспособного возраста возросли на 0,5 и 3,1 % соответственно, а нетрудоспособного — на 7,9 и 3 % (таблица 1).

Как видно из таблицы 1, интегральные показатели физического и психического здоровья имеют четкую зависимость от возраста пациентов. Максимально снизились показатели ролевого физического и эмоционального функционирования (на 40 и 32 % соответственно), а также наблюдается существенное снижение показателей физического функционирования и общего состояния здоровья на 30 % в обеих группах. Таким образом, достоверно установлено, что качество жизни людей с имплантированным кардиостимулятором с возрастом снижается.

Исследования выявили улучшение качества жизни пациентов в зависимости от срока функционирования ИВР: физический компонент улучшился на 1 %, психический — на 9 %. На 5 году отмечается стабилизация всех показателей.

Таблица 1 — Результаты оценки качества жизни пациентов с ИВР по опроснику SF-36 в зависимости от возраста

№	Показатели	Трудоспособный возраст (N = 10)	Нетрудоспособный возраст (N = 26)
1.	Физическое функционирование	82 ± 20,7	57,31 ± 22,6
2.	Роль физическое функционирование	87,5 ± 21,2	51,92 ± 23,4
3.	Интенсивность боли	96,6 ± 8,3	80 ± 16
4.	Общее состояние здоровья	74,7 ± 14,6	52,46 ± 15,8
5.	Жизненная активность	67 ± 14,8	54,23 ± 8,9
6.	Социальная активность	87,5 ± 11,5	75,22 ± 22,1
7.	Роль эмоциональное функционирование	90 ± 32,4	61,43 ± 34,9
8.	Психическое здоровье	74,3 ± 14,6	67,83 ± 9,5
9.	Физический компонент	52,42 ± 8,8	43,63 ± 7,6
10.	Психический компонент	51,46 ± 10,5	47,58 ± 5,9

*p < 0,05

Как видно из таблицы 1, интегральные показатели физического и психического здоровья имеют четкую зависимость от возраста пациентов. Максимально снизились показатели ролевого физического и эмоционального функционирования (на 40 и 32 % соответственно), а также наблюдается существенное снижение показателей физического функционирования и общего состояния здоровья на 30 % в обеих группах. Таким образом, достоверно установлено, что качество жизни людей с имплантированным кардиостимулятором с возрастом снижается.

Исследования выявили улучшение качества жизни пациентов в зависимости от срока функционирования ИВР: физический компонент улучшился на 1 %, психический — на 9 %. На 5 году отмечается стабилизация всех показателей.

Выводы

1. Данные исследования показывают, что лечение аритмий методом имплантации ИВР положительно отражается на качестве жизни пациентов.

2. Возраст негативно сказывается на качестве жизни, связанным со здоровьем, пациентов с имплантированным ИВР, в связи со снижением социальной активности и появлением сопутствующих заболеваний.

3. На 5 году функционирования ИВР отмечается стабилизация показателей качества жизни пациентов с ИВР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трешкур, Т. В. Электрокардиостимуляция в клинической практике / Т. В. Трешкур, Е. А. Камшилова, О. Л. Гордеев. — СПб.: ИНКАРТ, 2002. — 160 с.
2. Клинические рекомендации по проведению электрофизиологических исследований, катетерной абляции и применению имплантированных антиаритмических устройств / А. С. Ревиншвили [и др.]. — М., 2017.
3. Ардашев, А. В. Клиническая аритмология / А. В. Ардашев; под ред. проф. А. В. Ардашева. — М.: Медпрактика-М, 2009. — 1220 с.
4. Интервью ведущего научного сотрудника РНПЦ «Кардиология» — Дмитрия Гончарика, от 11.04.2012 г. — <http://www.belta.by/society/view/v-belarusi-ezhegodno-na-15-20-rastet-chislo-implantirovannyh-kardiostimuljatorov-97326-2012>.
5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.12.2006 № 947 «О показаниях к имплантации электрокардиостимуляторов».

УДК 613.6.02:616-052

МЕТОДИКА ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ

Щербинская Е. С., Синякова О. К., Семушина Е. А.

Научный руководитель: к.м.н. А. В. Зеленко

Республиканское унитарное предприятие

«Научно-практический центр гигиены»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

В Государственной программе, принятой в Республике Беларусь на 2016–2020 гг. «Здоровье народа и демографическая безопасность» особое внимание уделяется совершен-