

УДК 616.34-002-036.82

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА**

Виноградова Е. А.

**Научный руководитель: старший преподаватель О. А. Ярмоленко,
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК), занимают одну из ведущих позиций в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта в силу тяжести течения, частоты осложнений и летальности. Актуальность проблемы ВЗК на сегодня не подлежит сомнению, что подтверждается неизвестной этиологией, ростом заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста, отсутствием специфического лечения, рецидивирующим течением, развитием угрожающих жизни осложнений, необходимостью проведения длительной, часто пожизненной, дорогостоящей терапии и неблагоприятным медико-социальным прогнозом [1]. БК и ЯК в силу вышеперечисленных особенностей имеют не только медицинское, но и важное социальное значение [2]. Интегративный показатель, отражающий психологическое, эмоциональное и социальное благополучие человека, основанный на его субъективном восприятии, определяется понятием качество жизни [3]. Восприятие пациентами своего заболевания влияет на повседневную жизнь и самочувствие, что является важным фактором оценки здоровья пациентов в клинической практике [4].

Цель

Оценить качество жизни пациентов с ВЗК в зависимости от возраста, длительности заболевания и активности процесса.

Материал и методы исследования

Проведено обследование 26 пациентов с диагнозом ВЗК в возрасте 29–79 лет, находившихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении ГГКБ № 3 с ноября 2019 г. по март 2020 г., путем объективного осмотра, опроса с использованием стандартизированного опросника «SF-36 Health Status Survey». 36 пунктов данного опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевая деятельность (RP), телесная боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами, где 100 баллов — это полное здоровье. Соответственно, чем выше оценка, тем более высокий уровень качества жизни.

Активность ЯК оценивалась по классификации Mayo [5], а активность БК определялась с помощью индекса клинической активности по Best [6].

Результаты исследования и их обсуждение

Среди всех пациентов диагноз ЯК был у 18 (69,2 %) человек, БК — у 8 (30,8 %) человек. По полу пациенты распределились следующим образом: мужчины — 12 (46,1 %), женщины — 14 (53,9 %); в случае ЯК мужчины составили 10 (55,5 %), женщины — 8 (44,5 %), в случае БК мужчины — 2 (25 %), женщины — 6 (75 %) человек.

Активность ЯК оценивалась по классификации Mayo: пациенты в ремиссии составили 5 (27,8 %) человек, легкое обострение — 4 (22,2 %), средней тяжести — 7 (38,9 %), тяжелое обострение — 2 (11,1 %). Тяжесть атаки БК определялась с помощью индекса клинической активности по Best: ремиссия — 2 (25 %), легкая — 3 (37,5 %), средней тяжести — 2 (25 %), тяжелая — 1 (12,5 %) пациентов.

Исследуемые пациенты были разделены на группы по возрастному показателю, по продолжительности и активности заболевания. По каждому критерию были взяты средние значения показателей оценки качества жизни. Результаты исследования представлены в таблицах 1–3.

Таблица 1 — Показатели качества жизни в зависимости от возраста

Критерии	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
29–49 лет	77	84	82	72	66	70	72	78
50–79 лет	63	70	67	48	49	69	45	66

Из таблицы 1 видно, что качество жизни у пациентов ухудшается с возрастом. У пациентов 29–49 лет больше всего страдает жизнеспособность (жизненная активность) и социальное функционирование, наибольшие цифры прослеживаются в отношении ролевой деятельности и телесной боли; в то же время у пациентов 50–79 лет наблюдаются наименьшие цифры в общем состоянии здоровья, жизнеспособности (жизненная активность) и эмоциональном состоянии, а наибольшие в ролевом и социальном функционировании.

Таблица 2 — Показатели качества жизни в зависимости от длительности ВЗК

Критерии	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
До года	79	87	81	67	75	71	71	78
1–5 лет	71	74	73	56	71	68	53	65
5 и > лет	62	70	67	47	61	66	43	58

Из таблицы 2 следует, что с увеличением длительности заболевания показатели качества жизни пациентов снижаются.

Таблица 3 — Показатели качества жизни в зависимости от степени активности ВЗК

Критерии	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Ремиссия	79	88	83	74	76	73	71	79
Легкое обострение	75	82	78	60	71	64	66	76
Обострение средней тяжести	67	73	71	52	59	60	51	64
Тяжелое обострение	59	68	65	44	47	59	42	57

Различия в показателях в целом незначительны в состоянии ремиссии и при легком обострении, далее плавно снижаются от обострения легкой до тяжелой степени.

Выводы

Таким образом, показатели качества жизни у пациентов с ВЗК значительно ухудшаются в возрастной группе 50–79 лет; наблюдается прямая зависимость снижения от длительности заболевания; показатели качества жизни обратно пропорциональны степени активности ВЗК: самые высокие значения прослеживаются у пациентов в состоянии ремиссии, наиболее низкие при тяжелом течении заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер, Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Г. Адлер. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2001. — 527 с.
2. Халиф, И. Л. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика, лечение / И. Л. Халиф, И. Д. Лоранская. — М.: Миклош, 2004. — 88 с.
3. Новик, А. А. Исследование качества жизни в медицине: учеб.-метод. пособие / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. — 304 с.
4. Short Health Scale: A valid, reliable, and responsive instrument for subjective health assessment in Crohn's disease / H. Stjernman [et al.] // Inflamm Bowel Dis. — 2008. — № 1. — P. 47–52.
5. Schroeder, K. W. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized study / K. W. Schroeder, W. J. Tremaine, D. M. Ilstrup // N. Engl. J. Med. — 1987. — P. 1625–1629.
6. Development of a Crohn's disease activity index. National Cooperative Crohn's Disease Study / W. R. Best [et al.] // Gastroenterol. — 1976. — P. 439–444.

УДК 616.127-005.4-085.22

ВЛИЯНИЕ КАРДИОПРОТЕКТОРА МИЛДРОНАТА НА ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ ТАХИАРИТМИИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Власенко В. Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. А. Николенко

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

Основной причиной внезапной сердечной смерти у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) являются желудочковые тахикардии. Учитывая, что наиболее часто рекомендуемые антиаритмические препараты III класса обладают рядом тяжелых побочных эффектов, открываются перспективы для поиска новых подходов к лечению ишемических желудочковых аритмий [1].

Период преходящей ишемии миокарда сопровождается развитием дисбаланса в энергетическом обмене кардиомиоцитов. В результате происходит замедление энергозависимых процессов переноса электролитов, активация свободнорадикального окисления, перегрузка клетки кальцием, что приводит к появлению электрической нестабильности миокарда и запуску аритмий. Милдронат как метаболит способен оптимизировать энергообмен и возобновить функциональную активность кардиомиоцитов за счет уменьшения потребности ткани в кислороде, подвергшейся ишемии, и уменьшения проявлений окислительного стресса [2, 3].

Цель

Изучить влияние кардиопротектора милдронат у больных ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией II функционального класса на частоту желудочковой тахикардии и вариабельность ритма сердца.

Материал и методы исследования

В исследовании участвовали две группы пациентов по 20 человек с ИБС, стабильной стенокардией II ФК, частой желудочковой аритмией в возрасте от 45 до 65 лет.

Исходно пациентам была назначена стандартная антиангинальная терапия: кардио-селективный β_1 -адреноблокатор (метопролола сукцинат — 200 мг/сут), ингибитор АПФ (периндоприл — 5–10 мг/сут), дезагрегант (кардиомагнил — 75 мг/сут), статины (аторвастатин — 40 мг/сут) [4].

Через месяц базовой терапии основной группе дополнительно был назначен метаболит (милдронат в дозе 750 мг/сутки). Через 1 месяц цитопротектор отменялся, и ба-