

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Национальные рекомендации / А. Г. Мрочек [и др.]. — Минск, 2010. — С. 2–3.
2. Фибрилляция предсердий: проблемы и перспективы медицинского сопровождения, лечения и профилактики на современном этапе / Ю. П. Скирденко [и др.] // Научное обозрение. Медицинские науки. — 2016. — № 3. — С. 115–122;
3. Хроническая сердечная недостаточность: учеб.-метод. пособие / А. Н. Цырульникова [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2015. — 39 с.
4. Искендеров, Б. Г. Аффективные расстройства и нарушения ритма сердца: монография / Б. Г. Искендеров. — Пенза, 2011. — С. 12.

УДК 616.13-002.2-036.82

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ КОРОНАРОСКЛЕРОЗОМ**

Игнатюк К. И., Козаковский К. О.

Научный руководитель: старший преподаватель С. Г. Сейфидинова

Учреждение образования

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

Введение

В настоящее время смертность от сердечно-сосудистых заболеваний занимает ведущее место, среди которых ишемическая болезнь сердца (ИБС) сохраняет свою лидирующую позицию. Недостаточное кровообращение миокарда, вызванное атеросклеротическим поражением коронарных артерий, очень часто сопровождается клиническими проявлениями стенокардии [1].

Своевременная диагностика и оценка качества жизни позволяет провести дифференцированный подход к обследованию и лечению пациентов с ИБС. Это способствует выполнению своевременных, в том числе и инвазивных, вмешательств и предупреждению сердечно-сосудистых катастроф.

Самооценка пациентом своих симптомов является одним из способов независимого обследования его качества жизни. В своей работе мы использовали опросник Seattle Angina Questionnaire (SAQ) [2], который отражает качество жизни пациента по наиболее важным аспектам стенокардии.

Цель

Определить качество жизни пациентов согласно клиническим проявлениям стенокардии у пациентов со стенозирующим коронаросклерозом.

Материал и методы исследования

Проведено проспективное исследование группы пациентов с ИБС, находившихся на стационарном лечении в кардиохирургическом отделении УЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр». В группу вошли 31 пациент, в том числе 26 мужчин и 5 женщин, со средним возрастом $61 \pm 8,7$ лет. Всем пациентам был установлен диагноз ИБС на основании проведения коронароангиографии. Критерии включения: гемодинамически значимый атеросклероз коронарных артерий с показаниями к аорто- и/или маммарокоронарному шунтированию. Критерии исключения: острый инфаркт миокарда, клапанные пороки сердца, тяжелая сердечная недостаточность — выше ФК II (NYHA), дыхательная недостаточность, нарушение жирового обмена 3 степени.

Среди анамнеза, объективного статуса, лабораторных и инструментальных исследований учитывались следующие данные: наличие сахарного диабета (СД), значение индекса массы тела (ИМТ); в биохимическом анализе крови — показатели липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триацилглицериды (ТАГ), фибриноген; эхокардиографический параметр систолической функции левого желудочка — фракция выброса (ФВ ЛЖ). По данным коронароангиографии определялось количество вовлеченных артерий со стенозированием до 70 % и выше.

В работе применялся опросник Seattle Angina Questionnaire (SAQ). Анкетирование состояло из 12 вопросов относительно состояния пациента. Вопросы делились на 3 шкалы, оценивающих наиболее важные клинические аспекты стенокардии. Первой шкале (Physical Limitation, PL) соответствовало 9 вопросов, связанных с ограничением физических нагрузок из-за ангинозных болей. Второй шкале (Angina Stability, AS) соответствовали вопросы, связанные со стабильностью приступов стенокардии. Третьей шкале (Angina Frequency, AF) соответствовали вопросы, связанные с частотой приступов стенокардии. Опросник заполнялся самостоятельно пациентом. В анкете представлен список вопросов с различными видами деятельности, которые пациенты обычно совершают в течение дня. В результате расчетов, полученных данных, 0 % оценивался как самый низкий уровень качества жизни, а 100 % как самый высокий.

Анализ результатов проводился при помощи пакета статистических программ «Statistica» 10.0. Данные представлены в виде медианы (Me), нижнего и верхнего квартилей (Q₂₅ и Q₇₅), среднего арифметического и ошибки среднего арифметического (M ± m). Статистическую значимость определяли методом непараметрического корреляционного анализа с использованием критерия Спирмена (r). Связь считалась статистически значимой при p < 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

В группе обследуемых пациентов с показаниями к оперативному вмешательству выявлены особенности гендерного распределения (рисунок 1). Так, в подгруппе среднего возрастного диапазона обследуемых пациентов (51–65 лет) наблюдалось наибольшее количество мужчин. В подгруппе возрастного диапазона 31–50 лет гендерное отличие было самым незначительным, однако, вероятно, это связано с небольшой выборкой данной подгруппы.

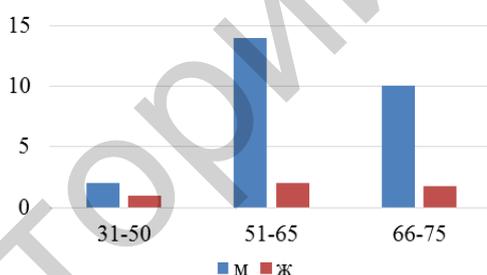


Рисунок 1 — Гендерное распределение в различных возрастных группах

Таблица 1 — Основные показатели, характеризующие группу исследуемых пациентов

| Критерии | | Значения, n = 31 |
|-----------------|--|-------------------------|
| Пол, (м), % | | 83,87 (26/31) |
| Пол, (ж), % | | 16,13 (5/31) |
| СД, % | | 16,13 (5/31) |
| ИМТ | | 29,4 (24,7; 32,2) |
| СДЛА | | 23,0 (27,0; 19,0) |
| Фибриноген | | 4,54 (3,56; 5,51) |
| Липидный спектр | ЛПНП | 2,365 (1,77; 4,55) |
| | ТАГ | 1,71 (1,15; 2,22) |
| ФВ ЛЖ, % | | 61,3; 63,0 (57,0; 66,0) |
| КАГ | Стеноз ЛКА, % | 65,5 (19/29) |
| | Стеноз ПКА, % | 62,06 (18/29) |
| | 2-х- и/или многососудистые гемодинамически значимые стенозы, % | 37,03 (10/27) |

При проведении корреляционного анализа связей вышеуказанных не выявлено (p > 0,05).

Таблица 2 — Результаты анкетирования по шкалам опросника SAQ

| | Среднее значение, % | Наибольшее значение, % | Наименьшее значение, % |
|----|---------------------|------------------------|------------------------|
| PL | 65,38 | 86 | 40 |
| AS | 62,09 | 100 | 0 |
| AF | 47,74 | 100 | 0 |

Согласно вышеприведенных значений качество жизни более высокого уровня у исследуемых пациентов наблюдалось по критериям переносимости физических нагрузок (PL) и стабильности ангинозных приступов (AS), составляя в среднем более 50 %. При этом, шкала оценки ограничения физических нагрузок (PL) не показала снижение качества жизни и в крайних случаях составляла не менее 40 %. Возможно, это связано с этапом, когда пациенты поступают на оперативное вмешательство. Как правило, у пациентов есть анамнез, включающий период адаптации к заболеванию, в том числе, вероятно, формирование механизма ишемического прекондиционирования. А вот частота приступов (AF) была тем критерием, который все же снижал средний уровень качества жизни до 47,74 %.

Выводы

1. В среднем возрастном диапазоне (51–65 лет) исследуемых пациентов значительно преобладали пациенты мужского пола (86,6 %).

2. Согласно анкетированию пациентов, с помощью опросника SAQ, были получены средние значения по шкале PL — 65,38 %, AS — 62,09 %, AF — 47,74 %.

Опросник SAQ позволяет объективно оценить качество жизни пациента, связанное с переносимостью физической нагрузки и выраженностью клинических проявлений стенокардии. Полученный результат опросника, как индивидуальная реакция человека, может широко применяться в клинической практике с целью дополнительной оценки объективных методов исследования и динамического контроля за проводимым лечением пациентов с ИБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ишемическая болезнь сердца: учебное пособие / В. Н. Абросимов [и др.]; Ряз. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова. — Рязань, 2015. — 209 с.
2. Development and Validation of a Short Version of the Seattle Angina Questionnaire / Paul S. Chan, MD, MSc [et al.]. // *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. — 2014. — P. 640–647.
3. Макаревич, А. Э. Внутренние болезни: учебное пособие. В 3 т. / А. Э. Макаревич. — Минск: Выш. школа, 2008. — 543 с.

УДК 616.127:616.13/.14

ОЦЕНКА ГИПЕРТРОФИИ И ТИПА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Изох К. М.

**Научные руководители: старший преподаватель кафедры З. В. Грекова;
к.м.н. доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

По данным Фремингемского исследования гипертрофия миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) встречается у 16 % мужчин и 19 % женщин в возрасте до 70 лет, а в возрасте старше 70 лет — у 33 и 49 % соответственно [1]. ГМЛЖ ассоциируется с увеличением риска внезапной смерти, частыми нарушениями желудочкового ритма, развитием мерцательной аритмии [2]. Распространенность факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у лиц с диагностированной ГМЛЖ диктует необходимость установления среди них предикто-