отмечен в 3 случаях, из них у 2-х больных – в первые часы инфузии (изменения рН желудка в щелочную сторону еще не происходило). В одном случае при язве желудка, когда изначально определялось гипоацидное состояние, и причиной рецидива кровотечения явился не кислотно-пептический фактор. Нами высказано предположение, что оптимальным антисекреторным эффектом может служить сочетание двух препаратов, в связи с чем, с 2004 года обязательным условием лечения желудочно-кишечного кровотечения язвенного генеза является применение двух препаратов: Н2-блокаторы и ИПП. В качестве стартового препарата используем болюсное введение 40 мг Кваматела с последующей его инфузией по 20 мг 2 раза в сутки в течение 3 дней и 40 мг Лосека 2 раза в сутки с последующим переводом на таблетированные ИПП, начиная с 5 суток. Названная схема лечения использована нами у 12 больных. При исследовании рН обнаружен быстрый антисекреторный ответ (в течение 15–20 минут) с продолжительным сохранением уровня рН более 6. Рецидивов кровотечения в данной группе не наблюдалось.

Применяемая в отделении активно-индивидуальная тактика, позволила добиться снижения общей летальности с 4,15 до 1,24%, а послеоперационной – с 12,57% до 1,72%.

Результаты: Активно-индивидуальная тактика на основе оптимальной схемы антисекреторной терапии, включающей комбинацию инъекционных препаратов Н2-блокаторов и ИПП, целесообразна при лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. В качестве стартового препарата рекомендуем Квамател в дозе 40 мг болюсно. Использованная адекватная антисекреторная терапия позволила снизить количество экстренных оперативных вмешательств на высоте кровотечения до 8,1%.

Мишин С.В., Холименко Н.М.

Оценка показателей качества жизни у больных ИБС

*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России
(Россия, Курск)*

doi:10.18411/spc-22-11-2017-14

idsp: 000001:spc-22-11-2017-14

ВОЗ определяет КЖ как «индивидуальное восприятие человеком своей позиции в жизни в контексте с культурной средой и системой ценностей, в которой проживает индивид, и в соответствии с его целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями». Принято выделять объективную сторону КЖ, которая отражает актуальное соматическое и психологическое состояние пациента, особенности его поведенческой активности, материальное и социальное положение, трудовой и семейный статус; и субъективную, где основное значение отводится степени удовлетворенности различными сторонами бытия и жизнедеятельности в связи с ситуацией болезни.

В современной медицинской литературе используется понятие «КЖ, обусловленное здоровьем» (health-related quality of life), которое оценивает компоненты данного показателя, ассоциированные с тем или иным заболеванием, и позволяет дифференцированно определять влияние болезни и лечения на физическое, психологическое, эмоциональное состояние больного и его социальный статус. Оценка КЖ у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) подвергалась критике рядом исследователей, как слишком субъективная и ненадежная. Вместе с тем, достоверность оценки состояния больного с помощью специальных опросников при ИБС сравнима с результатами нагрузочных проб [2, 4].

Под наблюдением находились 55 мужчин с гиперлипидемией (ГЛП), а также ИБС. Фармакологическая коррекция проводилась розувастатином в дозе 10 мг/сут. с контролем параметров липидного обмена в момент включения, через 4, 8, 24 и 48

недель, с переводом на комбинированную терапию (розувастатин в дозе 10 мг/сут. и эзетимиб 10 мг/сут.) пациентов. Изучение качества жизни проводилось с использованием опросника SF-36.

SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье [3, 4]. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале [1]. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья. Оценка проводилась по следующим шкалам: физическое функционирование (physical functioning (PF)), ролевое физическое функционирование (role physical (RP)), шкала боли (bodily pain (BP)), общее состояние здоровья (general health (GH)), шкала жизнеспособности (vitality (VT)), шкала социального функционирования (social functioning (SF)), ролевое эмоциональное функционирование (role emotional (RE)), психологическое здоровье (mental Health (MH)).

У пациентов с ИБС и атерогенными ГЛП на момент включения в исследование наиболее значимо были нарушены показатели психологического здоровья, физического функционирования и сфера социальных взаимоотношений. В ходе обсуждения полученных результатов отсутствовали статистически значимые различия в оценке КЖ у больных ИБС, стабильной стенокардией I-II ФК с атерогенными ГЛП, чувствительных к терапии розувастатином 10 мг/сут. в сравнении с группой пациентов, резистентных к данному виду вмешательства и переведенных на комбинированную терапию с добавлением эзетимиба 10 мг/сут. Пациенты носители D аллеля показали, как изначально низкую оценку КЖ, так и меньшую динамику значений по шкалам опросника SF-36 независимо от вида фармакологической коррекции нарушений липидного обмена. Осуществленный ранее по полиморфизму ACE ID генотипически дифференцированный анализ психологического портрета больных ИБС показал, что носители генотипа DD чаще, чем носители генотипов ID и II, проявляли повышенную враждебность, выражающуюся в негативных отношениях и оценках применительно к окружающим людям и событиям.

1. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») // Научно-практическая ревматология – 2008. – №1. – С. 36-48
2. Белов В.Н. Оценка качества жизни в коронарной хирургии // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2010. – Том 3, №4. – С. 384-387.
3. Корнева, В.А. Клиническое значение генетического полиморфизма генов ангиотензин-превращающего фермента и аполипопротеина Е / В.А. Корнева // Клинико-лабораторный консилиум. – 2010. – № 2/3. – С. 51-56.
4. Sullivan M. et al. The reproducibility of hemodynamic, electrocardiographic, and gas exchange data during treadmill exercise in patients with stable angina pectoris // Chest. – 1984. – N 86. – P. 375-382.