

мозговой недостаточности, так как выполнение инструментальных методов исследования в большинстве случаев не позволяет выявить признаков перенесенного ранее неврологического дефицита (только у 2 пациентов выявлены кистозно-глиозные изменения головного мозга, являющиеся признаком перенесенного ранее ОНМК).

3. Подход к определению показаний к хирургической коррекции ПИ ВСА с хроническим течением сосудистой мозговой недостаточности (ХНМК третьей степени) осуществляется дифференцированно. У всех пациентов должна быть диагностирована гемодинамически значимая ПИ, подтвержденная СКТ или МРТ. Среди клинических проявлений вертебробазиллярной недостаточности на первое место должны выходить эпизоды транзиторной потери сознания (эпизоды диффузной ишемии головного мозга), что подтверждается значимым регрессом данных проявлений по сравнению с другими симптомами (критерий Мак-Немара, $p = 0,0044$).

4. Признаки перенесенных эпизодов ишемии головного мозга, по данным СКТ или МРТ, снижение скорости кровотока по ипсилатеральной СМА и положительные функциональные пробы при проведении ТКД при хроническом течении СМН можно рассматривать как дополнительный объективный критерий в решении вопроса о необходимости хирургической коррекции данной патологии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Когда нужно оперировать патологическую деформацию внутренней сонной артерии? / А. В. Покровский [и др.] // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 2010. — Т. 16, № 4. — С. 116–122.

2. Клиническая ангиология: руководство для врачей / А. В. Покровский [и др.]; под общ. ред. А. В. Покровского. — М.: Медицина, 2004. — Т. 2.

3. Cronenwett, J. L. Rutherford: *Vascular Surgery* / J. L. Cronenwett, K. W. Johnston. — 6th ed. — Philadelphia: Saunders, 2005. — Vol. 2.

4. Патологическая извитость сонных артерий, как причина развития неврологической симптоматики и ее хирургическая коррекция / В. К. Гринь [и др.] // *Нейронауки: теоретические и практические аспекты*. — 2007. — Т. 3, № 1–2. — С. 93–96.

5. Казанчян, П. О. Патологические деформации внутренних сонных и позвоночных артерий / П. О. Казанчян. — М.: МЭИ, 2005. — 136 с.

6. Kinking of the internal carotid artery clinical significance and surgical management / R. Vannix [et al.] // *The American J. of Surgery*. — 1977. — Vol. 134. — P. 82–89.

7. Kinking, coiling, and tortuosity of extracranial internal carotid artery: is it the effect of a metaplasia? / G. L. Barbera [et al.] // *Surg Radiol Anat*. — 2006. — Vol. 28. — P. 573–580.

8. Kinking of the internal carotid artery: clinical significance and surgical management / H. Van Damme [et al.] // *Cardiovascular Surgery*. — 1995. — Vol. 3. — P. 46–53.

9. Morphological variations of the internal carotid artery: prevalence, characteristics and association with cerebrovascular disease / S. Sacco [et al.] // *International J. of Angiology*. — 2007. — Vol. 16, № 2. — P. 59–61.

10. Carotid artery tortuosity, kinking, coiling: stroke risk factor, marker, or curiosity? / C. Togay-Isikay [et al.] // *Acta Neurologica Belgica*. — 2005. — Vol. 105. — P. 68–72.

11. Родин, Ю. В. Исследование потоков крови при патологической S-образной извитости сонных артерий / Ю. В. Родин // *Международ. неврол. журн. [Электронный ресурс]*. — 2006. — Т. 4, № 8. — Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/issue-2443/article-2465>. — Дата доступа: 19.01.2013.

12. Профилактика повторных ишемических инсультов / А. В. Гавриленко [и др.] // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 2008. — Т. 14, № 3. — С. 143–148.

13. Surgical vs medical treatment for isolated internal carotid artery elongation with coiling or kinking in symptomatic patients: A prospective randomized clinical study / E. Ballotta [et al.] // *J. of Vascular Surgery*. — 2005. — Vol. 42, № 5. — P. 838–846.

14. Каплан, М. Л. Влияние формы патологической извитости сонных артерий на церебральную гемодинамику / М. Л. Каплан, Д. Н. Бонцевич // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 2013. — Т. 19, № 3. — С. 102–106.

Поступила 30.06.2014

УДК 616.12-005.4-036.82-089

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС, ПОДВЕРГШИХСЯ ЧРЕСКОЖНОМУ КОРОНАРНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ

М. Бенхамед, А. М. Пристром, П. Ф. Черноглаз, В. В. Makeev, Д. А. Кабилов

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск
1-я городская клиническая больница, г. Минск

Статья посвящена оценке качества жизни у 46 пациентов с ИБС, подвергшихся чрескожному коронарному вмешательству. Для такой оценки использовалась анкета-опросник SF-36 перед и после стентирования коронарных артерий (12 месяцев спустя). В результате исследования установлено, что качество жизни пациентов в отдаленные сроки после стентирования коронарных артерий достоверно возрастает преимущественно за счет физического компонента. Показатели качества жизни напрямую зависят от течения ИБС после стентирования: при возврате стенокардии все показатели (и физическое, и психическое здоровье) резко снижаются, приближаясь к исходному дооперационному уровню.

Ключевые слова: чрескожное коронарное вмешательство, качество жизни, ишемическая болезнь сердца, стентирование.

THE ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AFTER PERCUTANEOUS CORONARY SURGERY

M. Benhamed, A. M. Pristrom, P. F. Chernoglaz, V. V. Makeyev, D. A. Kabirov

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk
Municipal Clinical Hospital No.1, Minsk

The article deals with the assessment of the quality of life in 46 patients with coronary heart disease after percutaneous coronary surgery. To assess the quality of life, the SF-36 questionnaire was used before and after coro-

nary artery stenting (12 months later). The study showed that the quality of life of the patients after coronary artery stenting reliably increased mainly due to the physical component. The parameters of life quality are directly dependent on the course of coronary heart disease after stenting: when stenocardia was recurrent, all the indicators (both physical and mental health) became dramatically lower, becoming approximate to the original preoperative level.

Key words: percutaneous coronary intervention, quality of life, coronary heart disease, stenting.

Введение

Количество больных, прооперированных по поводу ИБС, в последние годы быстро возрастает как в нашей стране, так и за рубежом. По всей видимости, эта тенденция в ближайшие годы сохранится. Эндоваскулярная хирургия считается одним из наиболее эффективных методов лечения ишемической болезни сердца (ИБС). В частности, при стентировании венечных артерий у подавляющей части больных наблюдается хороший непосредственный клинико-ангиографический эффект, заключающийся в устранении сужения просвета сосуда, исчезновении или резком уменьшении приступов стенокардии и их эквивалентном повышении толерантности к физическим нагрузкам и работоспособности [1]. У значимой части пациентов этот эффект сохраняется долго, однако есть и больные, у которых наблюдается возврат стенокардии, снижение толерантности к физическим нагрузкам, что в подавляющем большинстве случаев обусловлено рестенозированием или полной окклюзией стентированных участков, появлением атеросклеротического сужения коронарных сосудов в других местах. Эффективность чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) изучалась во многих рандомизированных клинических исследованиях [2–5]. В большинстве исследований показано отсутствие преимуществ ЧКВ перед оптимальной медикаментозной терапией. Тем не менее ряд исследователей сообщает о более низких показателях смертности у пациентов, которым была проведена процедура ЧКВ [3, 5]. По этой причине необходимо установить, является ли операция стентирования коронарных сосудов сердца эффективным методом лечения ИБС.

Известно, что дезадаптация в результате любой болезни приводит к снижению жизненного функционирования, уменьшению степени комфортности жизни человека. В связи с этим повышается значимость изучения научных и практических аспектов проблемы реабилитации больных ИБС непосредственно после операции и в отдаленный послеоперационный период. Для этого в последнее время при оценке эффективности лечения стал вводиться показатель качества жизни (КЖ). КЖ — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном

восприятии. КЖ отражает, каким образом физическое, эмоциональное и социальное благополучие больного изменяется под влиянием заболевания и проводимой терапии. Изучение качества жизни позволяет проанализировать субъективные представления больных о состоянии здоровья, оценить эффективность проводимой терапии, определить недостатки проведенного лечения и предложить способы их коррекции. Это помогает эффективнее мотивировать больных на лечебные мероприятия и повышает их приверженность к лечению [1, 2, 8].

Цель исследования

Оценить КЖ у пациентов с ИБС, подвергшихся ЧКВ.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска. Оценивалось состояние пациентов, которые подвергались стентированию коронарных артерий (КА) в период с ноября 2009 г. по ноябрь 2012 г.

Критерии включения в исследование: пациенты с различными формами ИБС: стабильная стенокардия и постинфарктный кардиосклероз.

Критерии исключения: острый и повторный инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения, тромбоэмболия легочной артерии, острая левожелудочковая недостаточность, острые воспалительные заболевания различных органов и систем.

Объем выборки составил 46 человек с ИБС, подвергавшиеся стентированию КА. Всего обследовано 34 (72,34 %) мужчины и 13 (27,66 %) женщин. Медиана возраста в целом по выборке составила 58,50 (53,00–66,00) года.

Для диагностики различных форм ИБС использовались стандартные методы, включающие типичные жалобы пациентов, анамнестические сведения, лабораторные данные, результаты коронарографии, эхокардиографии, холтеровского мониторирования ЭКГ и нагрузочного теста (тредмил-тест). Показания для стентирования определялись в соответствии с рекомендациями по реваскуляризации миокарда Европейского общества кардиологов.

Для оценки КЖ пациенты были обследованы с помощью анкеты-опросника SF-36 (The Short Form-36) перед и после стентирования (12 мес. спустя). Для анализа влияния симптомов болезни на качество жизни пациентов использовался опросник SF-36, созданный в 1992 г. и адаптированный российскими исследовате-

лями Межнародного центра исследования качества жизни (г. Санкт-Петербург) к русскоязычному населению.

SF-36 измеряет составляющие здоровья, которые не являются специфичными для возрастных групп, определенных заболеваний и программ лечения, он отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья. В этой методике отобраны 8 из 40 концепций здоровья, которые наиболее часто подвергаются влиянию болезни и терапии. SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал:

1. Физическое функционирование (ФФ) — отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает возможность человека выполнять физическую нагрузку. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физические возможности пациента значительно снижены состоянием его здоровья.

2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФОФС) — влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая способность человека значительно ограничивает выполнение его профессиональной работы или работы по дому.

3. Интенсивность боли (ИБ) — и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. Общее состояние здоровья (ОСЗ) — оценка больным состояния своего здоровья в настоящий момент. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. Жизненная активность (ЖА) — подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

6. Социальное функционирование (СФ) — социальная активность, эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми. Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РФОЭС) — предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением состояния здоровья.

8. Психическое здоровье (ПЗ) — характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

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

Статистический анализ проводился при помощи статистического пакета «Statistica», 6.1 (Stat-Soft, 2001). Различия между группами считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования

Оценка КЖ пациентов, проводилась по данным стандартной опросной карты SF-36 как до стентирования, так и после него в отдаленные сроки (до 12 месяцев), что представлено на рисунке 1.

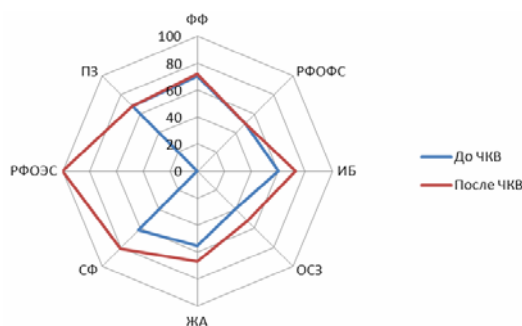


Рисунок 1 — Динамика показателей качества жизни у обследуемых пациентов, подвергавшихся стентированию КА

Проведенная нами оценка КЖ пациентов, которым была проведена ЧКВ со стентированием, как до стентирования, так и в отдаленные сроки после него (до 12 месяцев) показала, что в отдаленные сроки после реваскуляриза-

ции отмечается статистически значимый прирост показателей КЖ ($p < 0,05$): ФФ — до 72 (52–95), ИБ — до 73 (58–100), ОСЗ — до 52 (40–60), ЖА — до 67 (50–75), СФ — до 81 (75–100), РФОФС — до 100 (16–100).

Таким образом, КЖ у больных, перенесших коронарную ангиопластику со стентированием, претерпело значительные изменения после реваскуляризации миокарда в сторону улучшения преимущественно физического компонента здоровья, что говорит о выраженной клинической эффективности данной процедуры. В случае прогрессирования атеросклероза и рестенозирования, выражающихся в возврате стенокардии после ангиопластики, эти показатели

резко ухудшаются, достигая при этом исходных дооперационных значений [9, 10]. Об эффективности проведенного стентирования говорит и достоверный прирост ($p < 0,05$) с $60 \pm 8,7$ до $64,8 \pm 6,7$ % показателя фракции выброса (рисунок 2), снижение которого до уровня менее 35–40 % многими авторами рассматривается как один из факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений в отдаленный период после ЧКВ [10, 11].

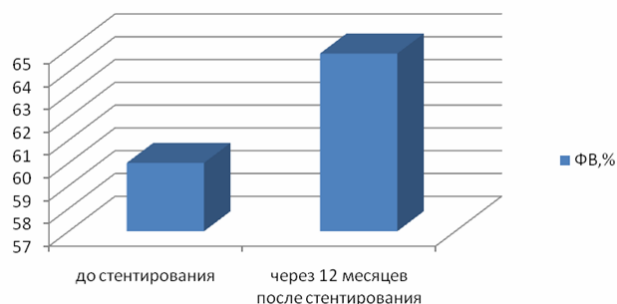


Рисунок 2 — Динамика изменения фракции выброса левого желудочка у обследуемых пациентов, подвергавшихся стентированию КА

Заключение

КЖ пациентов в отдаленные сроки после стентирования КА достоверно возросло преимущественно за счет физического компонента. Показатели КЖ напрямую зависят от течения ИБС после стентирования: при возврате стенокардии все показатели (и физическое, и психическое здоровье) резко снижаются, приближаясь к исходному дооперационному уровню.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аверков, О. В. Антиромбоцитарные препараты как средства увеличения эффективности и обеспечения безопасности чрескожных коронарных вмешательств у больных ишемической болезнью сердца / О. В. Аверков // Кардиология. — 2003. — № 11. — С. 66–75.
2. Long-term survival in 11,661 patients with multivessel coronary artery disease in the era of stenting: a report from the Alberta Provincial Project for Outcome Assessment in Coronary Heart Disease (APPROACH) Investigators / P. D. Galbraith [et al.] // Am-HeartJ. — 2001. — № 142. — P. 119–126.
3. The impact of revascularization on mortality in patients with nonacute coronary artery disease / A. Jeremias [et al.] // Am. J. Med 2009. — № 122. — P. 152–161.
4. Katritsis, D. G. Percutaneous coronary intervention versus conservative therapy in nonacute coronary artery disease: a meta-

analysis / D. G. Katritsis, J. P. Ioannidis // Circulation. — 2005. — № 111. — P. 2906–2912.

5. A meta-analysis of 17 randomized trials of a percutaneous coronary intervention-based strategy in patients with stable coronary artery disease / A. Schomig [et al.] // J. Am. CollCardiol. — 2008. — № 52.

6. Хрипун, А. В. Функциональная взаимосвязь гемодинамики, липидного обмена, транспорта кислорода у больных ИБС, перенесших операцию реваскуляризации миокарда: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.06, 14.00.44 / А. В. Хрипун; Ростовский. гос. мед. универ. — Ростов-на-Дону, 2003. — 25 с.

7. Дюжиков, А. А. Оценка состояния больных ИБС, перенесших операцию прямой реваскуляризации миокарда на госпитальном этапе / А. А. Дюжиков, А. В. Хрипун // Материалы Второго съезда кардиологов Южного федерального округа. — Ростов н/Д., 2002. — С. 398.

8. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова // Под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. — М.: Олма Медиа Групп, 2007. — 320 с.

9. Качество жизни в отдаленные сроки после стентирования коронарных артерий у больных острым коронарным синдромом / С. Т. Мащеплишвили [и др.] // Бюл. ИЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН (приложение). — 2009. — Т. 10, № 1. — С. 253–258.

10. Чахая, Г. О. Отдаленные результаты коронарного стентирования у больных острым коронарным синдромом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 03.00.04 / Г. О. Чахая. — М., 2010. — 25 с.

11. Стресс-индуцированная ишемия миокарда у больных, перенесших чрескожные коронарные вмешательства / М. П. Мальгина [и др.] // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2007. — Т. 4, № 11. — С. 32–35.

Поступила 02.09.2014

УДК 616.3-022.7-036.12-072.1-053.2

ВЛИЯНИЕ ТОКСИГЕННЫХ ШТАММОВ *HELICOBACTER PYLORI* НА КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

А. В. Налетов

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Цель: изучение частоты встречаемости различных генотипов *Helicobacter pylori* у детей с эрозивно-язвенными изменениями слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, а также оценка влияния токсигенных штаммов на морфологические изменения слизистой оболочки.