

УДК 616.12-008.46-036.12:[616:12-008.331.1+616.12-005.4]:616.89-008.428.1
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

А. Н. Цырульникова

Гомельский государственный медицинский университет

Цель: изучение уровня депрессии, качества жизни, личностной и реактивной тревожности у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца.

Материал и метод. Было обследовано 105 больных ИБС и артериальной гипертензией с проявлением ХСН I-IV функциональных классов по классификации Нью-йоркской ассоциации сердца. Уровень депрессии определяли по шкале депрессии Бека, уровень качества жизни исследовали с помощью опросника NAIF (New Assessment and Information form to Measure Quality of life, P. Y. Hugenholtz and R. A. Erdman, 1995), оценку личностной и реактивной тревожности проводили с применением шкалы Спилберга-Ханина. Статистический анализ проводили с использованием непараметрических критериев: Т-критерия Манна-Уитни, метода ранговой корреляции Спирмена, обрабатывали данные с помощью программы «Statistica», 6.0.

Результаты. Отсутствие депрессивных симптомов было отмечено у 39 (37,2 %) пациентов, депрессия различной степени была выявлена у 66 (62,8 %) пациентов. Легкая депрессия наблюдалась у 25 (41 %) человек, умеренная — у 26 (34,5 %), выраженная — у 11 (18 %) и тяжелая — у 4 (6,5 %) человек. Чаще депрессией страдали пациенты, у которых была артериальная гипертензия II–III степени и стенокардия напряжения ФК II и III, а также пациенты, имеющие сочетание ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии. Интегральный показатель качества жизни был незначительно снижен у пациентов с ХСН I ФК ($73,8 \pm 3,5$ %), умеренно снижен у пациентов со II ФК ($62 \pm 3,6$ %), значительно снижен у пациентов с III ФК ($44,2 \pm 3,8$ %) и резко снижен у пациентов с IV ФК ($23,4 \pm 3,8$ %). По нозологическим причинам интегральный показатель качества жизни был ниже у пациентов, которые страдали артериальной гипертензией II–III степени, стенокардией напряжения ФК II–III, а также у лиц, имеющих сочетание артериальной гипертензии и ишемической болезнью сердца. Уровень реактивной тревожности во всех группах пациентов не превысил 45 баллов, то есть остался умеренным, не было зависимости реактивной тревожности от ФК ХСН, ФК стенокардии и степени артериальной гипертензии. В то же время был отмечен высокий уровень личностной тревожности у пациентов со II и III ФК ХСН, у пациентов со стенокардией ФК II–III, артериальной гипертензией II–III степени и при сочетании стенокардии напряжения и артериальной гипертензии.

Заключение. Депрессивные расстройства выявлены у 62,8 % больных, страдающих ХСН; когнитивно-аффективные нарушения преобладали у пациентов с I и II ФК ХСН, соматические проявления депрессии — у пациентов с III и IV ФК ХСН. Депрессивные расстройства ассоциировались с женским полом (68 % женщин и 32 % мужчин), возрастом старше 50 лет и тяжестью соматического заболевания. Уровень качества жизни снижается с увеличением ФК ХСН и тяжестью соматического заболевания. Уровень реактивной тревожности во всех группах пациентов с ХСН является умеренным, уровень личностной тревожности — высоким и ассоциируется с тяжестью ХСН и соматического заболевания, что возможно связано с индивидуальными особенностями личности и влиянием на нее соматического заболевания.

Ключевые слова: депрессия, личностная тревожность, реактивная тревожность, уровень качества жизни, интегральный показатель качества жизни, хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца.

PSYCHOSOMATIC FEATURES AND DEPRESSION LEVEL IN CHRONIC HEART FAILURE
IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND ISCHEMIC HEART DISEASES

A. N. Tsyruhnikova

Gomel State Medical University

Objective: to study the levels of depression, quality of life, personal and reactive anxiety in patients with chronic heart failure with hypertension and coronary heart disease.

Material and methods. We examined 105 patients with coronary artery disease and hypertension with the manifestation of I-IV heart failure of functional classes according to the classification of the New York Heart Association. The level of depression was determined by the Beck Depression Inventory, the level of life quality was studied using the NAIF questionnaire (New Assessment and Information form to Measure Quality of life by P. Y. Hugenholtz and R. A. Erdman, 1995), personal and reactive anxiety was evaluated using Spielberg Hanina scale. The statistical analysis was performed using nonparametric tests: T-criteria of Mann-Whitney test, Spearman's rank correlation method, the data were processed with the program «Statistica», 6.0.

Results. 39 patients (37.2 %) observed no depressive symptoms, 66 patients (62.8 %) detected depression of various degrees. 25 patients (41 %) observed mild depression, 26 (34.5 %) — moderate, 11 (18 %) — expressed, 4 people (6.5 %) — severe. Patients who had hypertension II–III and angina of the functional classes II and III more often suffered from depression, as well as patients with a combination of coronary heart disease and hypertension. The integral component of life quality was significantly reduced in patients with CHF FC I (73.8 ± 3.5 %), moder-

ately reduced in patients with class II ($62 \pm 3.6\%$), significantly reduced in patients with FC III ($44.2 \pm 3.8\%$) and dramatically reduced in patients with IV FC ($23.4 \pm 3.8\%$).

According to the nosological reasons, the integral indicator of life quality was lower in the patients who suffered hypertension II–III, angina FC II–III, as well as in those with a combination of hypertension and coronary heart disease. The level of reactive anxiety in all the groups of the patients did not exceed 45 points, that is, remained moderate and the reactive anxiety FC did not depend on chronic heart failure, angina and severity of arterial hypertension. At the same time we noticed a high rate of personal anxiety in the patients with FC II and CHF III in the patients with angina FC II–III, hypertension II–III and combination of angina and hypertension.

Conclusion. 62.8 % patients with chronic heart failure revealed depressive disorders; cognitive-affective symptoms were prevalent in the patients with classes I and II of heart failure, somatic manifestations of depression — in the patients with FC III and IV of heart failure. Depressive disorders were associated with female sex (68 % women and 32 % men), age over 50 and the severity of somatic illness. The level of life quality decreases with increasing severity of CHF FC and somatic illness. The level of reactive anxiety in all the groups of the patients with chronic heart failure is moderate, the level of personal anxiety is high and is associated with the severity of heart failure and somatic illness, possibly because of the individual characteristics of a person and the influence of their medical condition.

Key words: depression, personal anxiety, reactive anxiety, level of life quality, integral parameter of life quality, chronic heart failure, arterial hypertension, ischemic heart disease.

Введение

Актуальность взаимовлияния психической и соматической составляющих, роли психологических факторов в развитии, клиническом течении и прогнозе сердечно-сосудистых заболеваний не вызывает сомнений [1, 2].

Как показывают исследования последних лет, депрессия является одним из наиболее важных факторов, определяющих развитие и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний [3]. В связи с этим особое внимание уделяется изучению взаимосвязи депрессии с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. А так как они являются основными причинами развития ХСН, то депрессию можно считать одним из факторов, определяющих течение и прогноз сердечной недостаточности.

Распространенность депрессии у лиц с ХСН, по данным различных исследователей (R. Faris et al., 2002; K. E. Fridland et al., 2003; K. E. Joynt et al., 2004), в 4–5 раз выше, чем в общей популяции и может достигать 10–25 % у амбулаторных больных и 35–70 % — у госпитализированных. Частота депрессии более высокая у женщин с ХСН по сравнению с мужчинами, а также у больных, имеющих более высокую степень тяжести ХСН. Причины развития депрессии у пациентов с ХСН многообразны. Существенное место отводится психо-социальным факторам: это — отсутствие или недостаточная социальная поддержка, нарушение адаптации к хроническому инвалидизирующему заболеванию, к необходимости придерживаться рекомендованных изменений стиля жизни, сложности в понимании и запоминании многокомпонентных лекарственных режимов [4]. Важную патогенетическую роль при депрессии отводят повышению активности симпатно-адреналовой системы, у пациентов с депрессией не только повышен базальный уровень циркулирующих катехоламинов, но и увеличена их продукция в ответ на эмоциональный стресс, что также является патогенетическим звеном ХСН [5].

Депрессия — хроническое состояние, существенно влияющее на качество жизни больных ХСН. В большинстве случаев она имеет реактивный, не очень выраженный характер, реже наблюдаются эндогенные или психотического уровня депрессии. Симптомы депрессии утяжеляют симптомы ХСН.

В ряде крупных эпидемиологических и ретроспективных исследований показано, что наличие депрессии является независимым фактором неблагоприятного прогноза у больных ХСН [4]. Так, S. P. Clarke et al., 2000, при анализе данных 2992 пациентов с ХСН отметили, что депрессия оказалась наиболее значимым прогностическим критерием ухудшения клинического состояния в течение 1 года наблюдения, связь депрессии с неблагоприятным течением ХСН оставалась столь же выраженной, даже если бы были сделаны поправки на возраст больных, ФК ХСН, ФВ ЛЖ. У лиц с ХСН при наличии депрессии смертность примерно в 2 раза выше, а вероятность госпитализаций по поводу ХСН в 3 раза выше, чем у подобных по тяжести заболевания пациентов, не имеющих депрессии [6].

Хроническая сердечная недостаточность является наиболее частой причиной значительных финансово-экономических затрат как для государства, так и для самого пациента. С появлением симптомов ХСН снижается работоспособность пациентов, наблюдается высокий уровень инвалидизации и резко ухудшается качество жизни [7].

По определению ВОЗ, качеством жизни принято считать понятие, охватывающее многие стороны жизни человека, связанные не только с состоянием его здоровья, но и условиями жизни, профессиональными способностями, работой, домашней обстановкой. Медицинские аспекты качества жизни включают влияние самого заболевания (его симптомов и признаков) и наступающего в результате болезни ограничения функциональной способно-

сти, а также влияние лечения на повседневную жизнедеятельность больного. Собственно, качество жизни определяется прежде всего жалобами больного, его функциональными возможностями, восприятием больным жизненных изменений, связанных с заболеванием, уровнем общего благополучия, общей удовлетворенностью жизнью. Это понятие также включает способность сосредотачиваться, принимать решение, память, живость восприятия, сексуальную функцию, душевный комфорт [8].

Цель исследования

Изучение уровня депрессии, качества жизни, личностной и реактивной тревожности у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне артериальной гипертензии и ИБС.

Материалы и методы исследования

Обследовано 105 больных ИБС и артериальной гипертензией (50 мужчин и 55 женщин) в возрасте от 26 до 72 лет ($52,9 \pm 1,3$ года) с проявлениями ХСН I–IV функциональных классов (ФК) по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (НУНА). Из них 42 человека (40 %) страдали ИБС (стабильная стенокардия напряжения ФК II–III), 36 (34,3 %) — артериальной гипертензией (II–III степени) и 27 (25,7 %) — ИБС (стабильная стенокардия напряжения ФК II–III) и АГ (II–III степени). У 33 больных (23 женщины и 10 мужчин) была хроническая сердечная недостаточность I ФК по НУНА; у 33 (23 женщины и 10 мужчин) — II ФК; у 20 (13 женщин и 7 мужчин) — III ФК и у 19 (9 женщин и 10 мужчин) — IV ФК. Средний возраст больных ХСН I ФК составил $35,8 \pm 0,9$ года, II ФК — $47,1 \pm 1,1$ года, III ФК — $55,9 \pm 1,4$ года, IV ФК — $62,5 \pm 1,3$ года.

В зависимости от причины возникновения ХСН распределение больных было следующим: I ФК — 17 (51,5 %) пациентов страдали АГ, 7 (21,3 %) больных — ИБС, 9 (27,2 %) больных ИБС и АГ; II ФК — 14 пациентов страдали АГ, 8 (24,3 %) — ИБС и 12 больных (33,3 %) — ИБС в сочетании с АГ; III ФК — 2 (10 %) больных страдали артериальной гипертензией, 12 (60 %) пациентов — ишемической болезнью сердца, 6 (30 %) — ИБС и АГ; IV ФК — 12 (63,2 %) страдали ИБС, 7 (36,8 %) — ИБС в сочетании с АГ.

Для определения уровня депрессии использовали шкалу депрессии Бека. Опросник шкалы содержал 21 группу утверждений по 4 утверждения в каждой (0, 1, 2, 3). Прочитав внимательно, нужно было отметить утверждение, наилучшим образом отражающее самочувствие пациента в течение последнего времени, включая день опроса. Если подходящими были несколько утверждений в одной группе, нужно было отметить каждое из них. Каждое утверждение оценивалось в 1 балл. Оценка резуль-

татов проводилась следующим образом: 0–9 — отсутствие депрессивных симптомов; 10–15 — легкая депрессия (субдепрессия); 16–19 — умеренная, 20–29 — выраженная (средней тяжести); 30 и более — тяжелая депрессия. Пункты 1–13 — когнитивно-аффективная субшкала, пункты 14–21 — субшкала соматических проявлений депрессии.

Качество жизни исследовали с помощью опросника NAIF (New Assessment and Information form to Measure Quality of life. P. Y. Hugenholz and R. A. Erdman, 1995) [4], который состоит из 24 вопросов, разделенных на 6 разделов: физическая мобильность (ФМ), эмоциональное состояние (ЭС), сексуальная функция (СФ), социальные функции (СоцФ) и экономическое положение (ЭкП).

Ответ на каждый вопрос оценивали по 7-балльной шкале. Для облегчения восприятия полученных показателей был использован перевод их в проценты. По 6 разделам рассчитали интегральный показатель качества жизни, который включил 6 вышеперечисленных составляющих.

У человека с сохраненными функциями, довольного всеми сторонами своей жизни, интегральный показатель качества жизни равен 100 % или приближается к этому уровню [4]. Незначительным снижением качества жизни считали уменьшение интегрального показателя до 75 %; умеренным — до 50 %; значительным — до 25 %, резко выраженным — менее 25 %.

Оценку личностной и реактивной тревожности проводили с применением шкалы реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, которая оценивалась в баллах. Умеренная тревожность составляла 31–45 баллов, высокая — 46 и более баллов, низкая — до 30 баллов [9].

Статистический анализ проводили с использованием непараметрических критериев: Т-критерия Манна-Уитни, метода ранговой корреляции Спирмена, обработка данных проводилась с помощью программы «Statistica», 6.0.

Результаты и обсуждение

По результатам определения уровня депрессии были получены следующие данные. Отсутствие депрессивных симптомов было отмечено у 39 пациентов, что составило 37,2 %, депрессия различной степени была выявлена у 66 пациентов, или 62,8 %. Легкая депрессия наблюдалась у 25 человек (41 %), умеренная — у 26 (34,5 %), выраженная — у 11 (18 %) и тяжелая — у 4 (6,5 %) человек.

Распределение уровня депрессии в зависимости от ФК сердечной недостаточности отражено в таблице 1.

Средний балл депрессии по шкале Бека у больных I ФК ХСН составил $8,9 \pm 0,6$; II ФК ХСН — $12,6 \pm 1,1$; III ФК ХСН — $17,5 \pm 0,8$; IV ФК ХСН — $19,0 \pm 1,2$.

Таблица 1 — Уровень депрессии в зависимости от ФК сердечной недостаточности

Уровень депрессии	I ФК ХСН	II ФК ХСН	III ФК ХСН	IV ФК ХСН
Отсутствует	23 чел. (69,7 %)	11 чел. (33,3 %)	5 чел. (25 %)	Нет
Легкая	7 чел. (21,2 %)	12 чел. (36,3 %)	5 чел. (25 %)	1 чел. (5,5 %)
Умеренная	3 чел. (9,1 %)	9 чел. (27,3 %)	8 чел. (40 %)	6 чел. (31,5 %)
Выраженная	Нет	1 чел. (3,1 %)	2 чел. (10 %)	8 чел. (42 %)
Тяжелая	Нет	Нет	Нет	4 чел. (21 %)
Всего:	33 человека	33 человека	20 человек	19 человек

В структуре депрессивных состояний при I и II ФК ХСН преобладали пункты 1–13, у больных с III и IV ФК — пункты 14–21.

В зависимости от пола распределение было таким: из 68 женщин депрессия отсутствовала у 23 (33,8 %) пациенток, из 37 мужчин — у 16 (43 %) пациентов. Средний возраст пациентов без депрессии составил $41,4 \pm 1,3$ года. Легкая депрессия была выявлена у 6 мужчин и 19 женщин (28,5 и 42 %), средний возраст пациентов $47,2 \pm 0,9$ года; умеренная — у 9 мужчин и 17 женщин (43 и 38 %), средний возраст больных $54,3 \pm 1,2$ года; выраженная — у 4 мужчин и 7 женщин (19 и 15,5 %), средний возраст — $58,6 \pm 1,1$ года, и тяжелой депрессией страдали 2 мужчин и 2 женщины (9,5 и 4,5 %), средний возраст $62,5 \pm 1,3$ года.

По нозологическим причинам депрессией чаще страдали пациенты с артериальной гипертензией II–III степени и стенокардией напряжения ФК II и III, а также лица, имеющие сочетание ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии.

При исследовании уровня качества жизни интегральный показатель качества жизни в группе больных ХСН I ФК составил $73,8 \pm 3,5$ %, II ФК — $62 \pm 3,6$ %, III ФК — $44,2 \pm 3,8$ %, IV ФК — $23,4 \pm 3,8$ %. Из представленных данных видно, что интегральный показатель качества жизни больных ХСН I ФК был незначительно снижен, II ФК — умеренно снижен, III ФК — снижен значительно и резко снижен у пациентов с IV ФК.

При анализе характеристик отдельных составляющих интегрального показателя качества жизни у пациентов со II, III, IV ФК ХСН отмечалось достоверное снижение физической мобильности ($65,4 \pm 3,2$ %, $28,9 \pm 3,8$ %, $20,1 \pm 1,2$ % соответственно), сексуальной функции II ФК — $62,5 \pm 2,6$ %, III ФК — $37,3 \pm 4,5$ %, IV ФК — $23,5 \pm 3,1$ %, экономического положения II ФК — $74,2 \pm 4,6$ %, III ФК — $42,6 \pm 4,5$ %, IV ФК — $24,7 \pm 1,7$ % и эмоционального состояния II ФК — $60,8 \pm 3,8$ %, III ФК — $39,6 \pm 4,2$ %, IV ФК — $27,2 \pm 2,8$ %. Снижение физической мобильности, отражающей степень выполнения физических нагрузок, было отмечено у пациентов при проведении теста 6-минутной ходьбы. Пациенты с ХСН II ФК за 6 минут

ходьбы преодолели расстояние $390 \pm 7,9$ м, III ФК — $228 \pm 12,8$ м, IV ФК — $118,7 \pm 8,7$ м.

По нозологическим причинам интегральный показатель качества жизни был ниже у пациентов, которые страдали артериальной гипертензией II–III степени, стенокардией напряжения ФК II–III, а также лица, имеющие сочетание артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца.

В зависимости от пола значимых различий в интегральном показателе качества жизни и его различных составляющих получено не было.

Анализ показал, что реактивная и личностная тревожности в зависимости от степени тяжести хронической сердечной недостаточности имела некоторые отличия. Так, существенных изменений реактивной тревожности в зависимости от ФК ХСН отмечено не было (I ФК — $35,3 \pm 0,16$; II ФК — $39,3 \pm 0,11$; III ФК — $39,3 \pm 0,09$). При сравнении уровня личностной тревожности отмечено достоверное повышение этого показателя у больных ХСН II ФК ($50,7 \pm 0,14$; $r = 0,96$; $p = 0,002$) и III ФК ($49,3 \pm 0,18$; $r = 0,84$; $p = 0,036$).

Как следует из вышеизложенного, уровень реактивной тревожности у всех групп пациентов не превысил 45 баллов, то есть остался умеренным, не было выявлено зависимости реактивной тревожности от ФК ХСН, ФК стенокардии и степени артериальной гипертензии. В то же время был отмечен высокий уровень личностной тревожности у пациентов со II и III ФК ХСН, у пациентов со стенокардией напряжения ФК II–III, артериальной гипертензией II–III степени и при сочетании стенокардии напряжения и артериальной гипертензии.

Выводы

1. Депрессивные расстройства были выявлены у 62,8 % пациентов, страдающих ХСН, когнитивно-аффективные нарушения преобладали у пациентов с I и I ФК ХСН, соматические проявления депрессии преобладали у пациентов с III и IV ФК ХСН. Депрессивные расстройства ассоциировались с женским полом (68 % женщин и 32 % мужчин), возрастом старше 50 лет ($55,6 \pm 1,3$) и тяжестью соматического заболевания (АГ II–III степени, стенокардия напряжения ФК II–III и сочетание этих заболеваний).

2. Уровень качества жизни у пациентов с ХСН снижается с увеличением ФК ХСН, интегральный показатель КЖ умеренно снижен при II ФК ($62 \pm 3,6 \%$), значительно снижен при III ФК ($44,2 \pm 3,8 \%$) и резко снижен при IV ФК ($23,4 \pm 3,8 \%$). Вклад в снижение интегрального показателя качества жизни у пациентов со II, III, IV ФК ХСН внесли такие составляющие, как физическая мобильность, сексуальная функция, экономическое положение и эмоциональное состояние. Значимых различий между мужчинами и женщинами в интегральном показателе качества жизни у больных ХСН и его различных составляющих получено не было.

3. Уровень реактивной тревожности у всех групп пациентов с ХСН является умеренным, уровень личностной тревожности — высоким и ассоциируется со II и III ФК ХСН, а также с тяжестью соматического заболевания (стабильная стенокардия напряжения ФК II–III, артериальная гипертензия II–III степени и сочетание артериальной гипертензии и ИБС),

что, возможно, связано с индивидуальными особенностями личности и влиянием на нее соматического заболевания.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Белялов, Ф. И.* Психосоматические аспекты ИБС / Ф. И. Белялов // Кардиология. — 2002. — № 8. — С. 63.
2. *Иванов, С. В.* Психосоматические расстройства в кардиологии / С. В. Иванов // Сердце. — 2002. — № 1. — С. 4.
3. *Погосова, Г. А.* Депрессия — новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти / Г. А. Погосова // Кардиология. — 2002. — № 4. — С. 86–90.
4. *Багрий, А. Э.* Депрессия при ХСН. Подходы к лечению / А. Э. Багрий. — Киев, 2008. — 371с.
5. *Белялов, Ф. И.* Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца / Ф. И. Белялов // Кардиология. — 2002. — № 8. — С. 63–66.
6. *Краснов, В.М.* Психиатрические расстройства в общей медицинской практике / В. М. Краснов // РМЖ. — 2002. — № 45. С. 144–146.
7. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации (данные ЭПОХА-ХСН) / Ф. Т. Агеев [и др.] // Сердечная недостаточность. — 2010. — № 7(часть 2). — С. 3–7.
8. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: метод. рекомендации. — М., 2000. — С. 1–15.
9. *Карелин, А. А.* Психологические тесты / А. А. Карелин // 2001. — Т. 1. — С. 312.

Поступила 15.05.2013

УДК 616.411; 616-08

МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРОГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ

А. Л. Усс, И. А. Искров, В. В. Смольникова, М. И. Могилевцев

Республиканский центр гематологии и пересадки костного мозга
на базе УЗ «9-я городская клиническая больница», г. Минск

Использование современной классификации миелодиспластического синдрома позволяет унифицировать подходы к диагностике и лечению пациентов с данной патологией. Их лечение должно быть индивидуальным и основываться на определении группы риска, возрасте, соматическом статусе. При выборе тактики лечения преимущество в отношении качества жизни дает эпигенетическая терапия децитабином, так как она обладает клинической эффективностью, демонстрируя высокий уровень ответа у пациентов с миелодиспластическим синдромом.

Ключевые слова: миелодиспластический синдром, классификация, лечение, децитабин, шкала риска.

MYELOYDYSPLASTIC SYNDROME: CLASSIFICATION, PROGNOSIS, TREATMENT

A. L. Uss, I. A. Iskrov, V. V. Smolnikova, M. I. Mogilevtsev

Republican Center for Hematology and Bone Marrow Transplantation
at Public Health Institution «Municipal Clinical Hospital No.9», Minsk

The use of the modern classification of myelodysplastic syndrome makes it possible to standardize the approaches to diagnosis and treatment of patients with this pathology. An approach to MDS treatment should be individualized and based on the definition of risk groups, age and somatic status. Among treatment strategies, epigenetic therapy with decitabine is given advantage in terms of quality of life. The decitabine therapy is clinically effective, demonstrating a high level of response to therapy in patients with myelodysplastic syndrome.

Key words: myelodysplastic syndrome, classification, treatment, decitabine, Prognostic Scoring System.

Введение

Миелодиспластический синдром (МДС) является клональным заболеванием миелоидной природы. Оно представлено гетерогенной

группой заболеваний, для которых характерно неэффективное, мультилинейное нарушение гемопоэза за счет увеличения количества апоптотически гибнущих клеток. При МДС часто