

**Е.А. Фурсова, Н.В. Головченко**  
**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ**  
**БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА С**  
**УЧЕТОМ ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

*Каф. госпитальной терапии ВГМА им. Н.Н.Бурденко*

Актуальность. В настоящее время, в России, достаточно остро стоит проблема приобретенных пороков сердца: их частота не уменьшается, а хирургическое лечение из-за экономических или технических причин не всегда доступно. Наблюдается увеличение частоты выявления клапанной патологии, при сокращении распространенности ревматизма, в подавляющем большинстве регионов РФ. Возможно, такая ситуация обусловлена, в определенной степени, состоянием кардиологической службы, социально-экономическими факторами (уровень жизни населения, обеспеченность лекарственными средствами).

Ревматические пороки сердца (РПС) можно отнести к группе психосоматических заболеваний, для которых характерно снижение качества жизни (КЖ), обусловленное не только проявлениями ХСН, но и социально-психическими факторами (специфическая психология поведения, эмоциональные реакции, а также изменение места и роли в социальной жизни, связанные с данным заболеванием). Информация о психологических и социальных проблемах, появившихся в жизни человека в связи с болезнью, как правило, мало доступна врачу и не позволяет понять степень дезадаптации больного человека в целом. РПС относятся к хроническим заболеваниям, излечение которых невозможно, и терапия должна быть направлена на ограничение прогрессирования заболевания и улучшение КЖ пациента. Такой подход оправдан тем, что лечебные мероприятия, уменьшая проявления болезни, не всегда приводят к улучшению КЖ пациентов.

За рубежом проводится большое количество исследований по усовершенствованию реабилитационных программ для различных категорий больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Основное назначение этих программ - улучшить КЖ больного после проведенного оперативного лечения. Анализ проведенных исследований показал, необходимость комплексного подхода к послеоперационной реабилитации с целью компенсации всех нарушений, выявленных при исследовании КЖ.

Анализ литературы показывает, что, несмотря на распространенность и большое социально-экономическое значение ХСН, изучению КЖ у больных с РПС, а также необходимости комплексного подхода к проводимой терапии СН и послеоперационной реабилитации посвящено незначительное количество исследований.

Цель исследования. Изучить динамику КЖ у пациентов с РПС, имеющих исходно отличный уровень КЖ.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в период с 2000 по 2003 годы на базе ГУЗ ВОКБ №1 на результатах обследования и лечения 47 пациентов из кардиохирургического отделения с РПС, которым после получения информированного согласия была

произведена успешная хирургическая коррекция порока сердца. Под наблюдением находились пациенты с РПС: аортальными пороками с преобладанием недостаточности и комбинированными митрально-аортально-трикуспидальными пороками с перегрузкой объемом. Из них было 22 женщины и 25 мужчин. Средний возраст обследованных составил  $46,54 \pm 2,14$  лет. Время наблюдения составило от 6 до 12 месяцев. Длительность ревматического анамнеза у преобладающего большинства превышала 15-летний срок и составила  $17,54 \pm 2,67$ . В соответствии с классификацией НК Н.Д.Стражеско и В.Х.Василенко у 95% обследованных выявлена НК IIА стадии, ФК II-III по классификации NYHA, у 5% – НК I стадии, ФК I, соответственно. Все пациенты были подвергнуты тщательному обследованию включавшему: ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, общий и биохимический анализы крови, ревмопробы, антистрептококковые антитела. В нашем исследовании были использованы три методики оценки КЖ: Ноттингемский профиль здоровья (NPH) и Миннесотский опросник (MLHFQ) и опросник выраженности симптомов СН. Исследование динамики КЖ проводилось при поступлении в стационар - исходный уровень, через 1, 3 и через 6 мес. терапии СН.

Полученные результаты и их обсуждение. У пациентов с умеренно выраженным синдромом СН ( $n=20$ ) (по данным Миннесотского и опросника, отражающего степень выраженности СН), после проведения оперативного лечения, не смотря на снижение влияния СН на повседневную жизнь (с  $56,47 \pm 2,38$  до  $41,11 \pm 1,64$  баллов по данным Миннесотского опросника,  $p < 0,01$ ), достоверного улучшения КЖ по данным НПЗ (часть I и часть II) выявлено не было. В то же время у пациентов, испытывающих до операции в связи с имеющейся ХСН значительные ограничения в жизни ( $n=27$ ), произошло не только уменьшение выраженности СН по данным частных опросников, используемых в исследовании, но и улучшение психоэмоционального состояния ( $p < 0,05$ ), сна ( $p < 0,05$ ), уменьшение болей в сердце ( $p < 0,05$ ), возросли функциональные возможности пациентов ( $p < 0,05$ ) по данным НПЗ (часть I) (рисунок 1), уменьшились трудности с работой по дому ( $p < 0,05$ ), сексуальной активностью ( $p < 0,05$ ) НПЗ (часть II) (рисунок 2).

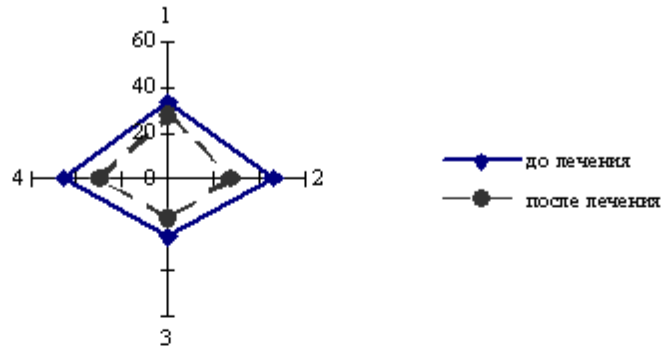


Рис. 1. Динамика КЖ после хирургического лечения (НПЗ, часть I)  
1 – 'эмоции', 2 – 'боль', 3 – 'сон', 4 – 'физическая активность'.

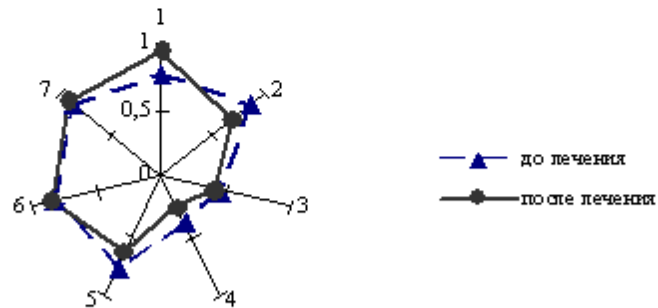


Рис. 2 Динамика КЖ после хирургического лечения (НПЗ, часть II)  
1- работа, 2- работа по дому, 3- социальная жизнь, 4- домашняя жизнь, 5- сексуальная жизнь, 6- интересы и хобби, 7- отпуск.

Анализ динамики уровня КЖ у пациентов после оперативного лечения с различным уровнем КЖ по разделу НПЗ "эмоциональные реакции" показал, что достоверно улучшение психоэмоционального состояния происходит, лишь после оперативного лечения и у пациентов с исходно низким его уровнем. По-видимому, это объясняется тем, что наряду с достоверным уменьшением влияния СН на повседневную жизнь пациентов (Миннесотский ( $p < 0,01$ ) и опросник, отражающий степень выраженности СН ( $p < 0,01$ ), у больных повышается "энергичность", "физическая активность" по данным НПЗ (часть I) ( $p < 0,05$ ) и Миннесотского опросника ( $p < 0,01$ ), уменьшается выраженность болевого синдрома ("боль", НПЗ (часть I),  $p < 0,05$ ). Соответственно возрастает уверенность пациентов в себе и своих возможностях. Этими же причинами можно объяснить и улучшение качества сна у этих больных ("сон", НПЗ (часть I),  $p < 0,05$ ).

При сравнении КЖ у больных с выраженными нарушениями эмоционального состояния, после оперативного лечения установлено, что его уровень по данным Миннесотского опросника и НПЗ (часть I) стал выше у тех пациентов, которым проводилась комплексная терапия СН с использованием ингибиторов АПФ.

Аналогичные закономерности были выявлены при изучении КЖ после проведения оперативного лечения у больных, имеющих исходно низкую толерантность к физической нагрузке (6-ти минутный тест), низкие функциональные возможности по данным опросника, отражающего степень выраженности СН и выраженный болевой синдром (НПЗ, часть I). Установлено, что после проведения оперативного лечения, наряду с уменьшением выраженности СН (опросник, отражающий степень выраженности СН,  $p < 0,05$ , Миннесотский опросник,  $p < 0,05$ ), происходит достоверное улучшение КЖ и по таким разделам НПЗ как "энергичность", "физическая активность" ( $p < 0,05$ ) и "боль" ( $p < 0,05$ ).

После проведения оперативного лечения, через 1 мес., ФК (NYHA) достоверно уменьшился с  $2,5 \pm 0,45$  до  $2,1 \pm 0,4$ . Кроме того, наряду с повышением функциональных возможностей у больных с исходно низкой толерантностью к физической нагрузке после операции достоверно улучшается "эмоциональное состояние" ( $p < 0,05$ ) и "сон" ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, у больных с исходно низкой толерантностью к физической нагрузке после операции происходит достоверное повышение функциональных и эмоциональных возможностей организма. Это связано с ликвидацией причины СН, восстановлением нормальных условий кардиогемодинамики и ослаблением симптомов ХСН: уменьшение одышки, головокружения, сердцебиений, болей и неприятных ощущений в сердце.

Выводы. КЖ больных с РПС является относительно независимым показателем тяжести состояния пациента, которое в большей степени зависит от субъективной реакции пациента на болезнь. Исследование динамики КЖ у пациентов с РПС впервые позволило изучить влияние различной медикаментозной терапии СН после проведения оперативного лечения. Установлено, что чем тяжелее проявления симптомов СН исходно, то после успешно проведенного оперативного лечения, КЖ улучшается, даже если в послеоперационном периоде еще сохраняются проявления СН. В то время как при умеренно выраженном синдроме СН исходно, сохраняющиеся проявления СН в процессе реабилитации воспринимаются как незначительное улучшение КЖ.

#### Литература

1. Беленков Ю.Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология 1993;2:85-8.
2. Гиляревский С.Р., Орлов В.А. Оценка качества жизни больных ревматическими митральными пороками сердца: методические подходы // Кардиология 1992;6:49-53.
3. Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М., Шарфнадель М.Г. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология 1982;2:100-2.
4. Либис Р.А., Коц Я.И., Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. Качество жизни как критерий успешной терапии больных хронической сердечной недостаточностью // Русс. мед. журн. 1999.

5. Орлов В.А., Гиляревский С.Р. // Проблемы изучения качества жизни в современной медицине: обзорная информация. М., 1992.

6. Померанцев В.П. Диагноз, лечение и качество жизни // Клиническая медицина 1989;9:3-8.

7. Багирова Г.Г., Баталина М.В. Лечение хронической сердечной недостаточности у больных с митральными и аортальными пороками сердца ревматической этиологии // Терапевт. арх. – 2000. – № 9. – С. 63-66.

8. Маколкин В.И. Приобретенные пороки сердца. М; "Медицина" 1977: 197.

9. Василенко В.Х., Фельдман С.Б., Могилевский Э.Б. Пороки сердца. - Ташкент: Медицина, 1983.- 336 с.

Abstract

**E.A. Fursova, N.V. Golovchenko**

**EFFICIENCY ASSESSMENT OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH RHEUMATIC HEART DISEASES TAKING INTO ACCOUNT LIFE QUALITY DYNAMICS**

*Department of Hospital Therapy, N.N. Burdenko VSMA*

Life quality dynamics has been studied in patients with rheumatic heart diseases, initially having different life quality level. 47 patients with rheumatic heart diseases underwent examination. Circulation failure I-II, ФК I - III. Life quality was evaluated with the use of three questionnaires (Nottingham's health profile, Minnesota's questionnaire and questionnaire of heart disease symptom intensity): initially, then after 1, 3 and 6 months after complex medical therapy and surgical correction of a defect. It was identified that patients initially having deeply marked symptoms and heart disease manifestations showed higher life quality level after successful surgery than patients with less severe heart disease manifestations.