

– М.: Реафарм, 2003. – 244 с.; **2.** Бабченко П.К. Оценка и пути коррекции нарушений функции внешнего дыхания у больных хронической сердечной недостаточностью: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 110 с.; **3.** Чазов Е.И. Болезни сердца и сосудов. – М.: Медицина, 1992. – Т.2. – С. 5-42; **4.** Тарасенко О.Ф. ИБС и ХОБЛ, патофизиологические особенности клиники и лечения: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 92 с.; **5.** Увайсова К.У. Клинико-патогенетические особенности кардиореспираторной патологии (ИБС на фоне ХОБЛ) и эффективность длительной метаболической терапии триметазидином: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 147 с.; **6.** Усенко С.В. Клинико-патогенетические особенности и лечебная тактика у пациентов с ХОБЛ на фоне артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 139 с.

ТҰЖЫРЫМ

СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКЦИЯЛЫҚ ӨКПЕ АУРУЫ-МЕН ҮЙЛЕСКЕН ЖҮРЕК ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫНЫҢ МӘСЕЛЕСІ

Ш.У. Несипбаева

№21 қалалық емхана, Алматы қ.

Мақалада созылмалы обструкциялық өкпе ауруымен үйлескен жүрекишемиялық ауруының мәселесі талқыланады. Осы үйлескен патология ерекше диагностикалық және дифференциалдық ем әдістерін қажетсінеді.

Негізгі сөздер: жүрек ишемиялық ауруы, созылмалы обструкциялық өкпе ауруы.

SUMMARY

THE PROBLEM OF CORONARY HEART DISEASE COMORBID WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Sh.U. Nesipbaeva

№21 city polyclinica, Almaty c.

The article discusses the problem of coronary heart disease comorbid with chronic obstructive pulmonary disease. This combined pathology requires specific diagnostic approach and differential treatment.

Key words: coronary heart disease, chronic obstructive pulmonary disease.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Г.К. ДОСАНОВА

Городская поликлиника №21, г. Алматы

Заболевания сердечно-сосудистой системы в течение последних десятилетий являются основной причиной смертности населения во всем мире, в том числе и в Казахстане [1]. Около половины смертных случаев от болезней системы кровообращения приходится на ишемическую болезнь сердца (ИБС) и артериальную гипертензию.

Лечение хронической ИБС, как и многих других хронических заболеваний, продолжается длительно, часто в течение всей жизни. Поэтому оценка эффективности лечения ИБС должна включать не только учет положительной динамики клинических, лабораторных и инструментальных показателей, но и влияние терапии на прогноз заболевания и качество жизни больного [2, 3].

Интерес современной медицины к изучению качества жизни появился во второй половине 20-го века, когда стало очевидно, что в процессе лечения важно добиться не только редукции болезненных симптомов, но и улучшения качества жизни и социального функционирования больных. Смена основной медицинской парадигмы может быть объяснена, во-первых, тем, что одним из основополагающих принципов современной медицины становится уважение личности и прав пациента, в том числе на сохранение и поддержание максимально высокого для каждого больного уровня физического, психического и социального благополучия; во-вторых, общая структура заболеваемости за последние десятилетия изменилась: среди заболеваний терапевтического профиля (и особенно в сфере сердечно-сосудистых заболеваний) преобладают хронические процессы, соответственно преобладает и количество хронических (в течение всей жизни страдающих) пациентов. Учитывая невозможность достижения эффективного этиотропного лечения в отношении таких больных, очевидно, что терапия должна быть направлена в конечном итоге на улучшение качества их жизни [4].

Качество жизни – это показатель, включающий физическое, социальное и психоэмоциональное благополучие

пациента. Всемирная организация здравоохранения характеризует качество жизни, связанное со здоровьем, как «индивидуальное восприятие своей позиции в жизни в контексте с культурной средой и системой ценностей, в которой проживает индивид, и в соотношении с его целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями» [5]. Выделяют пять основных компонентов качества жизни, связанного с состоянием здоровья [6]: 1) физическое состояние (физические ограничения, физические способности, физическое благополучие); 2) психическое состояние (уровни тревог и депрессии, психологическое благополучие, контроль эмоций и поведения, познавательные функции); 3) социальное функционирование (межличностные контакты, социальные связи); 4) ролевое функционирование (ролевое функционирование на работе, дома); 5) общее субъективное восприятие состояния своего здоровья (оценка настоящего состояния и его перспективы). Оценка показателей качества жизни субъективна и основывается на собственных ощущениях пациента: насколько эффективно принимаемые лекарственные средства купируют симптомы заболевания, как переносится терапия, имеются ли побочные эффекты и какой они степени выраженности, связан ли прием препарата с неудобствами, например, трудности при делении таблетки, лекарство нужно принимать строго в одно и то же время и пр., как пациент сам оценивает состояние своего здоровья, считает свою жизнь полноценной или имеются какие-то ограничения в связи с заболеванием, оценка пациентом своих возможностей в повседневной жизни, способности к самообслуживанию.

Клинические формы ИБС разнообразны, но наиболее часто это заболевание проявляется в виде стабильной стенокардии напряжения. При относительно благоприятном клиническом прогнозе проявления стабильной стенокардии оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни больных. Главной причиной ограничения физической, профессиональной и социальной активности с соответствующими измене-

ниями в эмоциональной сфере больных являются приступы ангинозной боли. Поэтому уменьшение частоты, интенсивности приступов стенокардии и повышение толерантности к физической нагрузке являются важной целью лечения, а снижение функционального класса стенокардии – основным критерием эффективности лечебных мероприятий. При этом, как показывают исследования [7], включение показателей качества жизни в критерии эффективности проводимой терапии существенно увеличивает качество оказываемой больным медицинской помощи, а также обеспечивает высокую приверженность больных к лечению.

Изучение качества жизни у больных, страдающих сердечно-сосудистой патологией, в настоящее время представляет большой научный и практический интерес для оценки эффективности проводимых диагностических, лечебных и профилактических мероприятий. Показатели качества жизни, так же как и характеристики картины заболевания, изменяются во времени в зависимости от состояния больного, что позволяет осуществить мониторинг проводимого лечения и в случае необходимости – его коррекцию. Большинство методик, созданных для изучения качества жизни, включает исследование физического и психического состояния, социальных ограничений, ролевое функционирование и субъективное восприятие своего состояния. Исследование влияния заболевания на качество жизни пациента основано на изучении самостоятельной оценки больным ограничений, возникших вследствие той или иной болезни. Получение таких данных возможно с помощью опроса, заполнения анкет, опросников, тестов или шкал.

Таким образом, показатели качества жизни больных можно рассматривать как достаточно надежный показатель состояния больных, страдающих ишемической болезнью сердца, который может быть использован для повышения степени объективности оценки клинического прогноза и эффективности проводимой терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Официальный сайт ВОЗ /Смертность и бремя болезней [Электронный ресурс]. – режим доступа: <http://www.who.int/countries/kaz/ru/>; 2. Сыркин А.Л., Печорина

Е.А., Дриницина С.И. Определение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца – стабильной стенокардией напряжения //Клиническая медицина. – 1998. – №6 – С. 52-58; 3. Heller R.F. et al. Predictors of quality of life after hospital admission for heart attack or angina //Int. J. Cardiol. – 1997. – Vol. 59. – P. 161-166; 4. Edlund M., Tancredi L. Quality of life: an ideological critique. Perspectives in Biology and Medicine. – 1985. – P. 591-607; 5. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life Assessment instrument //Quality of Life Research. – 1993. – 2. – P.153-158; 6. Хетагурова А.К. Вопросы качества жизни в современной паллиативной медицине //Вопросы управления здравоохранением. – 2003. – 6 (13). – С. 49-50; 7. Беленков Ю.Н., Чазова И.Е., Ратова Л.Г. и др. Результаты международного исследования качества жизни пациентов со стабильной стенокардией на фоне терапии нитратами (IQOLAN) //Кардиология. – 2003. – Т.43. – №9.

Т Ъ Ж Ы Р Ы М

ЖҮРЕК ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР САПАСЫ

Г.К. Досанова

№21 қалалық емхана, Алматы қ.

Мақалада жүрек ишемиялық ауруы бар науқастардың өмір сапасының мәселесі талқыланады. Жүрек ишемиялық ауруы бар науқастардың өмір сапасының зерттеуінің өткізілген диагностикалық, ем және алдын алу шараларының нәтижелілігінің бағалауына үлкен ғылыми және тәжірибелік маңызы бар.

Негізгі сөздер: өмір сапасы, жүрек ишемиялық ауруы.

S U M M A R Y

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

G.K. Dosanova

№21 city polyclinica, Almaty c.

The article discusses the problem of assessing the quality of life of patients with coronary heart disease. The study of quality of life of patients with coronary heart disease is of great scientific and practical interest to evaluate the effectiveness of diagnostic, therapeutic and preventive measures.

Key words: quality of life, coronary heart disease.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Д.К. КУСУМЖАНОВА

*Центральная клиническая больница Медицинского центра
Управления делами Президента РК*

Известно, что артериальная гипертония является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний [1]. По существующим на сегодняшний день данным, распространенность артериальной гипертонии увеличивается [2]. Больные со средней степенью артериальной гипертонии (АГ), составляющие большинство среди пациентов с АГ, как правило, имеют низкую приверженность лечению. Это связано с несколькими причинами: болезнь нередко протекает бессимптомно; пациенты с АГ не имеют физических ограничений; прием препаратов, снижающих артериальное давление (АД), нередко может сопровождаться побочными эффектами, которые ухудшают качество жизни больных. Вместе с тем, адекватная гипотензивная терапия у этой группы больных значительно сокращает риск сердечно-сосудистой смертности [1, 2, 3].

Материал и методы

Проведено исследование 30 больных с АГ I-II степени, риском 2-3 (по классификации ВОЗ и МОАГ 1999 г.), обоего пола. Дизайн исследования: всем больным назначали амлипин фирмы World medicine (Великобритания), содержащий амлодипин с лизиноприлом в дозе 5 мг 1 раз в сутки. При подборе терапевтической дозировки препарата ориентировались на самочувствие пациентов и динамику клинического АД. Все больные были осмотрены с определением физикальных данных сердца, легких, брюшной полости, периферических артерий), регистрацией ЭКГ. Клиническое АД определяли ртутным тонометром в положении сидя, через 10 мин отдыха, трехкратно с интервалами 2 минуты. САД регистрировалось при появлении тонов Короткова, ДАД – при исчезновении