

15. MacNee, W. Pulmonary rehabilitation / W. MacNee // Clinical Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease / ed. W. MacNee, R. L. ZyWallack, J. Keenan. — USA: Professional Communications, Inc., Caddo, 2005.
16. Mador, M. J. Effect of respiratory muscle endurance training in patients with COPD undergoing pulmonary rehabilitation / M. J. Mador, Q. Deniz, A. Aggarwal [et al.] // Chest. — 2005. — № 128. — P. 1216—1224.
17. Palange, P. Ventilatory and metabolic adaptations to walking and cycling in patients with COPD / P. Palange, S. Forte, P. Onorati [et al.] // J. Appl. Physiol. — 2000. — № 88. — P. 1715—1720.
18. Pelegriano, R. Interpretative strategies for lung function tests / R. Pelegriano, G. Viegi, V. Brusasco [et al.] // Eur. Respir. J. — 2005. — № 26. — P. 948—968.
19. Porszasz, J. Exercise training decreases ventilatory requirements and exercise-induced hyperinflation at submaximal intensities in patients with COPD / J. Porszasz, M. Emtner, S. Goto [et al.] // Chest. — 2005. — № 128. — P. 2025—2034.
20. Pulmonary rehabilitation: joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines // Chest. — 2007. — № 131. — S. 4—42.
21. Sewell, L. How long should outpatient pulmonary rehabilitation be? A randomised controlled trial of 4 weeks versus 7 week / L. Sewell, S. J. Singh, J. E. A. Williams [et al.] // Thorax. — 2006. — № 61. — P. 767—771.
22. Verrill, D. The effects of short-term and long-term pulmonary rehabilitation on functional capacity, perceived dyspnea, and quality of life / D. Verrill, C. Barton, W. Beasley, W. M. Lippard // Chest. — 2005. — № 128. — P. 673—683.

УДК 616.12-008.331.1-085.225.2(Perindopril, Indapamide)

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ПЕРИНДОПРИЛ И ИНДАПАМИД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Р. Р. Ягфарова, Н. Б. Амиров

*Кафедра общей врачебной практики КГМУ, Казань, Россия
Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, Казань, Россия*

Реферат. Цель исследования. Оценить антигипертензивную активность комбинированного препарата (периндоприл 2 мг+индапамид 0,625 мг) в начальной дозе 1 таблетка в сут при лечении больных с впервые выявленной артериальной гипертонией.

Методы исследования. В исследование включено 64 пациента с эссенциальной артериальной гипертонией (АГ). Среди них 34 женщины, средний возраст (46,7±9,6) года, 30 мужчин, средний возраст (48,4±10,2) года. Исходный уровень систолического артериального давления (САД) составил в среднем (158,4±3,7) мм рт. ст., уровень диастолического АД (ДАД) — от (98,7±2,7) мм рт. ст. Пациенты были комплексно обследованы по разработанному алгоритму обследования больных с АГ. Всем пациентам с гипотензивной целью был назначен комбинированный гипотензивный препарат периндоприл 2 мг+индапамид 0,625 мг. Каждые 2 нед оценивали эффект терапии с коррекцией. При достижении достаточного эффекта продолжалась терапия комбинированным препаратом в подобранной дозировке. При отсутствии эффекта в течение каждых 2 нед проводилось титрование дозы препарата. Пациенты наблюдались в течение 4 нед. Для оценки эффективности терапии после 14 нед терапии проводили суточное мониторирование АД.

Результаты. Терапия препаратом периндоприл 2 мг+индапамид 0,625 мг, проведенная в течение 2 нед, была эффективной у 34 (53,1%) пациентов. В этой группе пациентов отмечено достоверное снижение уровня САД за сут соответственно на 16,5; 16,0 и 12,5 мм рт. ст. Среднесуточное, дневное и ночное ДАД снизилось соответственно на 10,2; 8,8 и 11,4 мм рт.ст. Уменьшился также индекс вариабельности САД на 27,5%, ДАД на 30,0%, что доказывает уменьшение гипертонической нагрузки на фоне монотерапии индапамидом. На II этапе оставшимся 30 пациентам, не достигшим целевых цифр АД на начальном этапе, доза препарата была увеличена вдвое. У 24 из них, что составило 37,5% от всех пациентов, взятых под контроль, было достигнуто снижение АД до целевых значений. 6 пациентам, у которых терапия периндоприлом 4 мг+индапамид 1,25 мг в сут оказалась недостаточно эффективной был продолжен подбор терапии с присоединением антагонистов кальция. Переносимость препаратов была хорошей. Случаев отмены из-за развития побочных эффектов не было.

Заключение. Результаты клинического наблюдения позволяют сделать вывод о хорошей переносимости и высокой гипотензивной активности препарата периндоприл 2 мг + индапамид 0,625 у больных с мягкой и умеренной гипертонией. Не выявлено влияния препарата на метаболические процессы. Возможно титрование дозы препарата с увеличением дозы в два раза через две нед для достижения целевых значений АД.

Ключевые слова: артериальная гипертония, индапамид, ингибиторы АПФ.

APPLICATION OF THIAZIDE DIURETIC INDAPAMIDE IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

R. R. Jagfarova, N. B. Amirov

*Department of General Practice of Kazan State Medical University, Kazan, Russia
Clinical Hospital of Medico-Sanitary Department of Ministry of Internal Affairs of Republic of Tatarstan, Kazan, Russia*

Abstract. The purpose of research: estimation of indapamide 2,5 mg per day antihypertensive activity at monotherapy and in a combination with inhibitor of angiotensin converting enzyme enalapril maleate.

Methods of research: In research included 30 patients with essential arterial hypertension (AH). Among them 16 women, middle age (42,7±9,9) years, and 14 men, middle age (46,1±11,1) years. Average duration of disease has

made (2,9±0,4) years. The initial systolic blood pressure (SBP) level has made (153,4±3,7) mm Hg, diastolic blood pressure (DBP) level — from (99,7±2,5) mm Hg on the average. The patients were complexly surveyed on the developed algorithm of inspection of the patients with arterial hypertension. To all patients thiazide diuretic indapamide in a dose 2,5 mg per day with hypotensive purpose was appointed. The therapy effect was estimated in 8 weeks. If sufficient effect was achieved — indapamide monotherapy proceeded. At absence of effect within 8 therapy weeks, the inhibitor of angiotensin converting enzyme (iACE) enalapril maleate — in an initial dose 10 mg once a day — was attached to treatment. Patients were observed within 14 weeks. For therapy efficiency after 14 therapy weeks estimation a whole day BP monitoring was carried out.

Results: indapamide monotherapy, carried out during 8 weeks, was effective at 17 patients (58,0%). In this patients group authentic decrease of SBP level for whole day, day and night accordingly on 16,5; 16,0 and 12,5 mm Hg is marked. Daily average, day time and night DBP has decreased accordingly on 10,2; 8,8 and 11,4 mm Hg. The SBP variability index also decreased on 27,5%, DBP on 30,0%, that proves a reduction of hypertensive pressure on indapamide monotherapy background. At II stage, to the staying 13 patients, who have not achieved target BP figures at the initial stage, enalapril maleate in a dose 10 mg once a day was attached to treatment. At 10 of them, that has made 33,3% from all patients taken under the control, decrease of BP up to target values was achieved. To 3 patients, at whom indapamide therapy in a dose 2,5 mg per day and enalapril maleate in a dose 10 mg once a day appeared insufficiently effective, selection of therapy with connection of calcium antagonists was continued. Bearableness of preparations was good. Cancellation cases because of by-effects development was not marked.

Conclusions. Results of clinical supervision allow to draw a conclusion on good bearableness and high hypotensive activity of indapamide preparation monotherapy at patients with a soft and moderate hypertension. The influences of indapamide preparation on metabolic processes was not revealed. Enalapril to indapamide addition allows to strengthen hypotensive preparation effect and to achieve target values of BP.

Key words: arterial hypertension, indapamide, ACE-inhibitor.

Необходимость длительной и эффективной терапии артериальной гипертензии (АГ), независимо от ее стадии и степени тяжести, в настоящее время не вызывает сомнения, так как даже при небольшом уменьшении артериального давления (АД) можно достигнуть значительного снижения риска развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных осложнений.

В Российской Федерации артериальная гипертензия (АГ) остается одной из самых актуальных медицинских проблем. По данным эпидемиологических исследований, распространенность АГ в России чрезвычайно высока: у 41% женщин и 39% мужчин уровень артериального давления (АД) превышает 140/90 мм рт. ст. В то же время число больных, эффективно контролируемых АД, крайне мало, около 6—7% [1]. Однако именно АГ является одним из главных факторов риска, определяющих прогноз и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний [2]. Среди лиц, страдающих АГ, смертность почти в 2 раза выше по сравнению с лицами, имеющими нормальный уровень АД. Поэтому стратегической целью лечения АГ является адекватное снижение уровня АД до целевых цифр и предупреждение осложнений. Этим объясняется неослабевающий интерес к изучению основ патогенеза и возможных путей фармакотерапии данной патологии.

Сегодня выбор антигипертензивных препаратов достаточно велик — от диуретиков и β-блокаторов до препаратов, блокирующих активность ренин-ангиотензиновой системы (РАС) на разных уровнях. Однако наиболее привлекательны препараты, обладающие, помимо снижения АД, дополнительными органотективными свойствами, что в конечном итоге должно обеспечить улучшение прогноза у больных АГ при их длительном применении [3].

Диуретики используются для длительной терапии АГ более 40 лет. Они относятся к наиболее раннему классу антигипертензивных препаратов, прошедших испытание временем. Для лечения АГ наиболее широко применяются гидрохлортиазид (с 1958 г.) и другие производные бензотиадиазина, которые известны под общим названием «тиазидные диуретики». Эти

препараты оказывают умеренно выраженное натрий- и диуретическое действие, подавляя реабсорбцию ионов натрия, преимущественно на уровне дистальных извитых канальцев. Кроме того, тиазидные и тиазидоподобные диуретики характеризуются более продолжительным действием, чем, например, петлевые диуретики, что объясняется местом приложения их действия в нефроне и особенностями фармакокинетики [4].

В опубликованном в ноябре 1997 г. VI отчете Объединенного национального комитета (JNC — VI) по профилактике, диагностике, оценке и лечению АГ (Национальный институт здоровья США) особо подчеркивалось, что если отсутствуют показания к назначению определенных препаратов (например ИАПФ при диабетической нефропатии), то лечение больного АГ следует начинать с диуретика или β-блокатора, так как в многочисленных контролируемых исследованиях доказано благоприятное влияние этих препаратов на риск осложнений и смертность больных. У больных пожилого возраста антигипертензивная терапия обеспечивает даже более выраженное снижение смертности от ИБС, чем у более молодых пациентов. Из многочисленного класса антигипертензивных препаратов для длительной монотерапии больных АГ применяются, главным образом, тиазидные и тиазидоподобные диуретики, которые считаются препаратами первого ряда у больных с неосложненной АГ, изолированной систолической АГ и АГ с систолической дисфункцией левого желудочка, в первую очередь у пожилых мужчин и женщин.

Индапамид — тиазидоподобный диуретик с умеренным по силе и длительным по продолжительности действием, производное бензамидов. От тиазидов отличается по химическому составу тем, что у него нет тиазидного кольца, и он содержит одну сульфонамидную группу, что делает его высоколипофильным препаратом. Индапамид тормозит реабсорбцию натрия в проксимальных канальцах и, главное, в кортикальном сегменте дистального канальца нефрона. В терапевтических дозах препарат оказывает умеренное диуретическое действие, которое значительно уступает его сосудорасширяющему эффекту. Антигипер-

**Клиническая характеристика
обследованных больных (n=30)**

Показатель	Значение
Мужчины	14
Средний возраст мужчин, лет	46,1±11,0
Женщины	16
Средний возраст женщин, лет	42,7±9,9
Длительность АГ, лет	6,7±2,6
Степень АГ	
I	19
II	11

тензивная активность индапамида объясняется снижением сосудистого тонуса за счет устранения гиперреактивности стенки сосудов по отношению к катехоламинам. Снижение общего периферического сосудистого сопротивления обеспечивается следующими механизмами: во-первых, салуретический эффект позволяет устранить избыточное содержание натрия в сосудистой стенке; во-вторых, учитывая, что индапамид относится к высоколипофильным веществам, он непосредственно влияет на сосудистую стенку (нетипичное действие для других диуретиков). Это влияние на сосуды опосредуется несколькими механизмами. Во-первых, изменение трансмембранного транспорта ионов Ca^{++} в гладкомышечных клетках (ГМК). Во-вторых, увеличение латеральной подвижности мембранных липидов, приводящее к увеличению активности K^+ -ионных каналов и гиперполяризации клеточной мембраны, что в конечном итоге ведет к ингибированию входа ионов Ca^{++} в ГМК и дилатирует сосуды. В-третьих, усиление синтеза простагландинов E_2 , вырабатываемых почками, и простагландинов I_2 (простациклинов), вырабатываемых эндотелиальными клетками, обладающих сосудорасширяющим действием. Высокая липофильность индапамида, кроме непосредственного влияния на сосудистую стенку, обеспечивает длительный период его полувыведения (до 18 ч) и продолжительное действие препарата.

В литературе и публичных выступлениях ведущих кардиологов и фармакологов много сообщений об эффективности ингибиторов АПФ [3, 4]. Необходимо заметить, что по сводным данным статистическое достоверное снижение смертности на 22% у больных ХСН вызывает лишь эналаприл («золотой стандарт» — оригинальный препарат «ренитек», MSD), тогда как влияние периндоприла, беназеприла, каптоприла, квинаприла, лизиноприла, рамиприла и цилазаприла на выживаемость не достигает статистически значимых значений. В немалой степени это зависит от того, что именно эналаприл изучался в наиболее крупных рандомизированных исследованиях (7 исследований, 3381 больной). Но практическому врачу, в арсенале которого очень большой выбор гипотензивных препаратов, подчас бывает очень трудно сделать выбор в пользу определенного средства. Поэтому выбор многих врачей определяется собственным опытом, наблюдениями, результатами, полученными при лечении больных тем или иным препаратом.

Целью нашей работы было изучение эффективности индапамида в монотерапии при лечении больных артериальной гипертензией I—II стадии и в сочетании с эналаприлом малеатом по результатам суточного мониторирования АД (СМАД) и оценка влияния длительной терапии индапамидом на углеводный, липидный обмен, на уровень электролитов крови и микроальбуминурию.

Материал и методы. В исследование включено 30 пациентов. Среди них 16 женщин, средний возраст (42,7±9,9) года, 14 мужчин, средний возраст (46,1±11,1) года. Средняя длительность заболевания составила (6,9±0,4) года. Исходный уровень систолического артериального давления (САД) составил в среднем (153,4±3,7) мм рт. ст., уровень диастолического АД (ДАД) — (99,7±2,5) мм рт. ст. Пациенты комплексно обследованы до и после лечения. Клиническая характеристика больных представлена в табл. 1.

Из исследования исключались пациенты с симптоматической артериальной гипертензией, нестабильной стенокардией и стенокардией напряжения выше II ФК, наличием в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда и нарушения мозгового кровообращения в ближайшие 6 мес, заболеваниями печени, почек, онкологическими заболеваниями в течение 5 лет, с повышенной чувствительностью к индапамиду. Продолжительность наблюдения составила 14 нед. По дизайну исследования первые 2 нед являлись «периодом отмывки» (wash-out period). На это время гипотензивные препараты не назначались. При наборе больных на это исследование одним из критериев включения была способность пациентов перенести отсутствие антигипертензивной терапии в течение 2 нед. Оценка качества жизни пациентов проводилась с использованием стандартизованной анкеты, созданной на основе The Goeteborg Quality of Life Instrument (GQI). Результат оценивался до лечения и через 14 нед на фоне терапии по сумме баллов. В анкете отражалась степень влияния повышенных цифр АД на общее самочувствие, трудоспособность, возможность самореализации. Анкета состояла из 15 вопросов, на каждый из которых в зависимости от выраженности симптомов можно было дать ответ в баллах от 1 до 5. Наилучшему качеству жизни соответствовала сумма в 15 баллов, наихудшему — в 75 баллов. Положительным считалось уменьшение баллов на фоне терапии. После «периода отмывки» всем пациентам назначался акрипамид в суточной дозе 2,5 мг на 8 нед. Контроль АД осуществлялся через каждые 2 нед терапии. Через 8 нед оценивалась эффективность проводимой гипотензивной монотерапии индапамидом. Критерием эффективности было снижение диастолического АД до уровня менее 90 мм рт. ст. или на 10 мм рт. ст. от исходного. При достаточной эффективности монотерапия индапамидом продолжалась. При недостаточном эффекте или его отсутствии добавляли к проводимой терапии эналаприл малеат в суточной дозе 5—10 мг и продолжали комбинированную терапию в течение следующих 4 нед. Исходно (после «периода отмывки») и через 14 нед от начала наблюдения (включая «период отмывки») всем пациентам проводилось СМАД для оценки эффективности терапии. СМАД проводилось на аппарате «Spaselabs medicals» производства США. По данным СМАД анализировали усредненные показатели систоли-

ческого АД (САД), диастолического АД (ДАД), ЧСС в периоды бодрствования, сна и за сутки в целом, стандартное отклонение для оценки вариабельности АД и ЧСС; процент измерений АД, превышающих верхнюю границу нормы в общем числе регистраций; индекс вариабельности. За норму признаны уровни АД ниже 140/90 мм рт. ст. днем и ниже 120/70 мм рт. ст. ночью. Дважды на тех же сроках определялись биохимические параметры крови, включая уровень сахара, липидов, электролитов (К, Na). После «периода отмывки» у пациентов, взятых под наблюдение, также проводился общеклинический анализ мочи. Если белок в моче не определялся, проводили тест на микроальбуминурию. У больных с «+» тестом через 10 нед терапии и после окончания исследования проводились повторные тесты на микроальбуминурию тест-полосками «ALBUPHAN». При обработке результатов использовались стандартные методы статистики (Excel 97). Для оценки достоверности использовали t-критерий Стьюдента для парных измерений и показатель достоверности *p*. Различия считали статистически достоверными при *p*<0,05.

Результаты и их обсуждение. Результаты оценки качества жизни пациентов до лечения свидетельствовали о негативном влиянии повышенных цифр АД на общее самочувствие из-за головных болей, головокружения, снижения трудоспособности, ухудшения памяти и внимания.

По данным СМАД до лечения отмечалось повышение средних дневных, ночных и среднесуточных значений САД и ДАД. Были превышены индекс вариабельности и доля измерений, превышающих норму, что свидетельствовало об увеличении гипертонической нагрузки. Результаты суточного мониторинга АД пациентов до лечения и на фоне терапии представлены в табл. 2.

После 14 нед терапии в состоянии больных отмечена положительная динамика. На фоне терапии улучшились показатели качества жизни, о чем свидетельствует уменьшение суммы баллов, набранных при анкетировании с 47,4±10,2 до 22,4±5,6. Моно-

терапия индапамидом в дозе 2,5 мг 1 раз в день была эффективной у 17 (58%) человек. В этой группе пациентов отмечено достоверное снижение уровня САД за сутки, день и ночь соответственно на 16,5; 16,0 и 12,5 мм рт. ст. Среднесуточное, дневное и ночное ДАД снизилось соответственно на 10,2; 8,8 и 11,4 мм рт.ст. Уменьшился также индекс вариабельности САД на 27,5%, ДАД на 30,0%, что доказывает уменьшение гипертонической нагрузки на фоне монотерапии индапамидом. Этим пациентам было продолжено лечение индапамидом в суточной дозе 2,5 мг, а остальным 13 пациентам был продолжен подбор терапии с присоединением эналаприла малеата в суточной дозе 10 мг. У 10 (76,9%) пациентов комбинированная терапия была эффективной. В этой группе было отмечено достоверное снижение уровня САД за сутки, день и ночь соответственно на 15,8; 13,9 и 16,2 мм рт. ст. А среднесуточное, дневное и ночное ДАД снизилось соответственно на 11,8; 13,7 и 16,1 мм рт.ст. Было также достоверное снижение индекса вариабельности АД. У 3 (23,1%) пациентов не удалось добиться удовлетворительного снижения АД, и им продолжен подбор гипотензивной терапии назначением препарата из группы пролонгированных антагонистов кальция — амлодипина в дозе 5 мг 1 раз в сут.

Контроль биохимических показателей крови не выявил достоверного изменения уровня электролитов, глюкозы и липидного спектра. У всех пациентов была хорошая переносимость препарата, побочные эффекты не выявлялись. До лечения микроальбуминурия была выявлена у 3 (10%) пациентов. При контроле через 10 нед (на фоне монотерапии индапамидом) микроальбуминурия сохранялась у 1 из них пациентов. Нужно отметить, что у этого пациента монотерапия была недостаточно эффективной. Контроль через 14 нед (на фоне комбинированного лечения с добавлением эналаприла малеата) подтвердил устранение микроальбуминурии. Таким образом, подтверждено положительное влияние эффективной гипотензивной терапии индапамидом и эналаприлом малеатом на микроальбуминурию.

Таблица 2

Динамика показателей СМАД на фоне монотерапии индапамидом и в комбинации с эналаприлом

Показатель	Монотерапия индапамидом		Индапамид+эналаприл	
	исходно	через 14 нед	исходно	через 14 нед
СССАД, мм рт. ст.	150,4±19,4	134,9±11,7*	152,3±17,2	136,5±10,4*
ССДАД, мм рт. ст.	90,6±12,5	82,4±9,4*	91,6±10,3	79,8±6,8*
САД день, мм рт. ст.	152,2±20,4	136,2±12,7*	148,4±7,4	134,4±10,5*
ДАД день, мм рт. ст.	93,4±11,4	83,6±9,5*	94,3±8,3	80,6±7,4*
Вар.САД день, мм рт. ст.	12,4±3,4	12,6±1,8	12,5±3,2	11,4±3,2
Вар. ДАД день, мм рт. ст.	10,4±2,4	9,5±1,9	11,8±2,5	8,2±1,4
ИВ САД день, %	66,4±39,4	43,9±21,7*	64,8±27,3	48,5±19,4*
ИВ ДАД день, %	63,9±34,4	38,9±18,7*	58,3±37,2	28,5±10,4*
САД ночь, мм рт. ст.	135,4±22,4	122,9±10,7*	134,7±24,5	118,5±12,6*
ДАД ночь, мм рт. ст.	86,3±19,4	74,9±8,5*	84,6±17,7	78,5±9,3*
Вар.САД ночь, мм рт. ст.	14,4±4,4	13,2±3,3	15,3±3,8	12,5±5,4
Вар. ДАД ночь, мм рт. ст.	12,6±2,1	10,5±2,6	13,5±3,2	8,5±2,4*
ИВ САД ночь, %	68,7±32,3	44,9±26,7*	66,3±29,5	43,5±27,4*
ИВ ДАД ночь, %	64,9±38,6	42,4±31,7*	68,7±32,3	47,7±20,7*

* *p*<0,05

Выводы:

1. Результаты клинического наблюдения позволяют сделать вывод о хорошей переносимости и высокой гипотензивной активности препарата индапамид в монотерапии у больных с мягкой и умеренной гипертонией.

2. Не выявлено влияния препарата индапамид на метаболические процессы.

3. Выявлено устранение микроальбуминурии у больных на фоне терапии индапамидом и эналаприлом малеатом.

4. Добавление эналаприла к индапамиду позволяет усилить гипотензивный эффект препарата и добиться целевых значений АД.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Оганов, Р.Г.* Профилактическая кардиология: от гипотез к практике / Р.Г.Оганов // Кардиология.—1999.—№ 2.—С.4—9.
2. *Жданова, О.Н.* Изолированная систолическая артериальная гипертензия у пожилых людей / О.Н.Жданова // Артериальная гипертензия.—2002.—Т. 8, № 5.—С.181.
3. *Карпов, Ю.А.* Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и лечение артериальной гипертонии / Ю.А.Карпов // Практикующий врач.—2002.—№ 4.—С.23.
4. *Маренич, А.В.* Принципы лечения больных с артериальной гипертензией (АГ) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Роль суточного мониторирования артериального давления в современных условиях: обзор литературы / А.В.Маренич.

УДК 616.366-003.7-06+616.366-089.87+616-089.168.1

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОСКОПИЧЕСКУЮ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ, В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

М.Ф. Яушев, А.В. Мартынов

Кафедра фтизиопульмонологии КГМУ, Казань, Россия

Реферат. С целью оценки функционального статуса в процессе реабилитации проведено изучение качества жизни (SF-36) 160 больных желчнокаменной болезнью, перенесших лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ). В первые дни после операции отмечено снижение качества жизни фактически по всем доменам КЖ. Наиболее существенное снижение отмечено по домену ролевого физического, эмоционального и социального функционирования, восприятию боли. Минимальное влияние операции выявлено на параметры физического и психологического здоровья. В процессе 3—4-недельной реабилитации после ЛХЭ выявлена значительная положительная динамика параметров КЖ с почти полным восстановлением при сравнении с группой здоровых. В наибольшей степени отмечается прирост параметров ролевого физического и социального функционирования, общего здоровья в сочетании со снижением восприятия боли.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, качество жизни.

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH GALLSTONE DISEASE IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD AFTER THE LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

M. F. Yaushev, A. V. Martynov

Department of Phtysiopulmonology of Kazan State Medical University, Kazan, Russia

Abstract. The purpose of this investigation was to estimate a functional status of 160 patients, who underwent laparoscopic cholecystectomy, using quality of life questionnaire (SF-36). There was found a decreasing in all components of SF-36 in first days after surgical operation. Most changes were found in role physical, role emotional, social function and bodily pain. Changes in physical and mental health of SF-36 were minimal. 3—4 week after surgical operation significant positive changes of SF-36 parameters were found with almost full restoration in comparison with healthy group. Most positive dynamics were marked in parameters of role physical and social functioning, general health and bodily pain.

Key words: gallstone disease, laparoscopic cholecystectomy, quality of life.

Эндоскопические методы хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) получили достаточно широкое распространение в хирургической практике благодаря малой инвазивности в сочетании с высокой эффективностью лечения и низкой частотой послеоперационных осложнений. Число ежегодно выполняемых в РФ лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) превышает 110 тыс. [1, 2].

Изучение состояния больных в послеоперационном периоде в клинике обычно осуществляют на основании клинического и функциональных исследова-

ний. Вместе с тем в качестве интегральной оценки состояния больного, включая физический, психологический, эмоциональный компонент здоровья и социальное функционирование, можно использовать опросники качества жизни [3, 4].

Цель исследования — изучение возможности использования опросника КЖ для оценки функционального статуса больных ЖКБ, перенесших ЛХЭ.

Нами проведена оценка показателей КЖ 160 больных ЖКБ, перенесших ЛХЭ, исходно и в динамике в процессе санаторного этапа реабилитации. Было выполнено трехкратное исследование КЖ пациентов