

DOI 10.31718/2077-1096.19.3.17

УДК. 616.12-005.4:616.124.[-08-036.8

Гута Р.Р., Бек Н.С., Радченко О.М.

5-РІЧНА ДИНАМІКА ОСОБЛИВОСТІ ГЕОМЕТРІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. Для пацієнта з ішемічною хворобою серця відновлення після реваскуляризації міокарда є складним процесом. Ремоделювання серця включає в себе після інфаркту міокарда, процеси гіпертрофії і дилатації, внаслідок чого порушується систолічно-діастолічна функція серця, що є додатковим чинниками ризику подій. У проспективних дослідженнях було показано зв'язок між розміром лівого шлуночка та ризиком появи серцево-судинних ускладнень. Беручи до уваги це, виникла потреба у проведенні нашого дослідження. *Мета роботи:* визначити поширеність типів геометрії лівого шлуночка у хворих на ішемічну хворобу серця, післяінфарктний кардіосклероз залежно від лікувальної тактики: реваскуляризація чи консервативна терапія впродовж 60 місяців. *Матеріал і методи:* Обстежено 101 пацієнт віком $58,6 \pm 4,2$ р. після реваскуляризації міокарда ($n=71$) та тільки з консервативним лікуванням ($n=30$), в яких впродовж 5 років оцінювали динаміку ЕхоКГ параметрів серця. За значеннями індексу маси міокарда лівого шлуночка та відносної товщини лівого шлуночка визначали типи ремоделювання. *Результати та обговорення.* На початку спостереження в основній групі переважали пацієнти з концентричною гіпертрофією лівого шлуночка (50,0%), а з концентричним ремоделюванням лівого шлуночка - 24,1%. Нормальна геометрія у 14,8 % та ексцентрична гіпертрофія лівого шлуночка спостерігалися у 11,1%. У групі порівняння найчастіше спостерігалась ексцентрична гіпертрофія та концентричне ремоделювання лівого шлуночка по 29,6% кожна, трохи менше 25,9% концентрична гіпертрофія і найменше було нормальної геометрії (14,8%). Через 60 місяців у пацієнтів обох груп не зустрічалася нормальна геометрія лівого шлуночка та концентричне ремоделювання. В основній групі переважав концентричний тип (80,0%), а у групі порівняння - ексцентричний тип (55,6%). *Висновки.* У пацієнтів з ішемічною хворобою серця, післяінфарктним кардіосклерозом у динаміці 5-річного спостереження прогресує гіпертрофія міокарда незалежно від лікування. Після реваскуляризації частіше розвивається концентрична гіпертрофія лівого шлуночка, тоді як за умов консервативного лікування - ексцентрична гіпертрофія лівого шлуночка у поєднанні з систолічною дисфункцією та дилатацією лівого передсердя. Після реваскуляризації збільшення індексу асоціювалося із зростанням не тільки маси тіла, а й змінами ліпідного профілю та діастолічною гіпертензією.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, реваскуляризація міокарда, гіпертрофія лівого шлуночка, геометрія серця

Вступ

Для пацієнта з ішемічною хворобою серця (ІХС) важким процесом відновлення є післяопераційний період після реваскуляризації міокарда, критеріями перебігу якого можуть бути ехокардіографічні (ЕхоКГ) параметри та індексовані показники стану лівого шлуночка (ЛШ). Процес ремоделювання ЛШ може тривати від початку серцево-судинної події до кількох років [1]. На початку періоду відновлення гіпертрофія ЛШ (ГЛШ) не є позитивним явищем, оскільки внаслідок змін геометрії серця виникають порушення скоротливості і підвищення напруженості міокарда [2]. Пізнє ремоделювання включає в себе процеси гіпертрофії і дилатації, внаслідок чого порушується систолічно-діастолічна функція серця, що стає додатковим чинником ризику серцево-судинних ускладнень [3]. У деяких проспективних дослідженнях було показано зв'язок між розміром ЛШ та ризиком появи серцево-судинних ускладнень. Незважаючи на наявність чи відсутність чинників ризику (дисліпідемії, цукрового діабету, високого артеріального тиску, старшого віку) у хворих з ГЛШ у 2 рази збільшується частота виникнення серцево-судинних ускладнень [4, 5, 6, 7, 8]. Якщо товщина стінки ЛШ збільшується на 1 мм, зростає ризик рапто-

вої смерті у 7 разів, а також збільшується частота виникнення гострого коронарного синдрому (ГКС) та потреби у реваскуляризації міокарду [5, 9].

Оскільки кардіохірурги спостерігають за своїми пацієнтами тільки впродовж одного місяця, саме на кардіологів амбулаторної практики припадає довго тривале спостереження за хворими незалежно від проведених маніпуляцій. Беручи до уваги те, що дослідження, присвячені аналізу впливу ремоделювання ЛШ на перебіг ІХС [10, 11, 12] після реваскуляризації міокарда недостатньо інформативні, виникла потреба у проведенні нашого дослідження.

Мета роботи

Визначити поширеність типів геометрії лівого шлуночка у хворих на ішемічну хворобу серця, післяінфарктний кардіосклероз залежно від лікувальної тактики: реваскуляризація чи консервативна терапія впродовж 60 місяців.

Матеріал і методи

Дослідження здійснено на клінічних базах кафедри внутрішньої медицини № 2 Львівського Національного Медичного Університету імені Данила Галицького. Після отримання письмової згоди з дотриманням принципів Гельсінкської

декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину та відповідних законів України обстежено 101 пацієнта (84 чоловіка, 17 жінок) на ІХС (ГКС з елевацією ST 48% (з Q), ГКС з елевацією ST 28% (не з Q), ГКС без елевації ST 24%) віком $58,6 \pm 4,2$ р. після реваскуляризації міокарда (ОГ) (n=71) та тільки з консервативним лікуванням (ПГ) (n=30), в яких крім стандартних клінічно-лабораторних обстежень впродовж 5 років оцінювали динаміку ЕхоКГ параметрів серця: розміри правого шлуночка (ПШ), лівого передсердя (ЛП), кінцево діастолічний розмір ЛШ (КДРЛШ), товщини задньої стінки ЛШ (ТЗСЛШ) та міжшлуночкової перегородки (ТМШП), діаметр аорти та фракцію викиду. Масу міокарда лівого шлуночка (ММЛШ) визначали за формулою Penn Convention, вираховували індексоване її значення (ІММЛШ) та відносну товщину стінки (ВТС) [13]. За значеннями ІММЛШ та ВТС визначали типи ремоделювання: нормальна геометрія лівого шлуночка (НГЛШ) (ІММЛШ < 115 г/м², ВТС < 0,42), концентричне ремоделювання лівого шлуночка (КРЛШ) (ІММЛШ < 115 г/м², ВТС > 0,42), концентрична гі-

пертрофія лівого шлуночка (КГЛШ) (ІММЛШ > 115 г/м², ВТС > 0,42) та ексцентрична гіпертрофія шлуночка (ІММЛШ > 115 г/м², ВТС < 0,42). Цифрові дані оброблені методами варіаційної статистики з використанням t-критерію Стьюдента та кореляційного аналізу Пірсона, результати вважалися істотними при $p < 0,05$.

Результати та обговорення

Групи пацієнтів за середнім віком, систолічним та діастолічним артеріальним тиском (АТ), індексом маси тіла, частотою серцевих скорочень та вихідними значеннями ЕхоКГ істотно не відрізнялися. На початку спостереження в основній групі переважали пацієнти з концентричною ГЛШ (50,0%), а концентричним ремоделюванням ЛШ 24,1%. Нормальна геометрія у 14,8 % та ексцентрична ГЛШ спостерігалися у 11,1%. У групі порівняння був інший розподіл типів геометрії ЛШ: найчастіше спостерігалась ексцентрична ГЛШ та концентричне ремоделювання ЛШ по 29,6% кожна, трохи менше 25,9% концентрична ГЛШ і найменше було нормальної геометрії (14,8%) (рис. 1.)

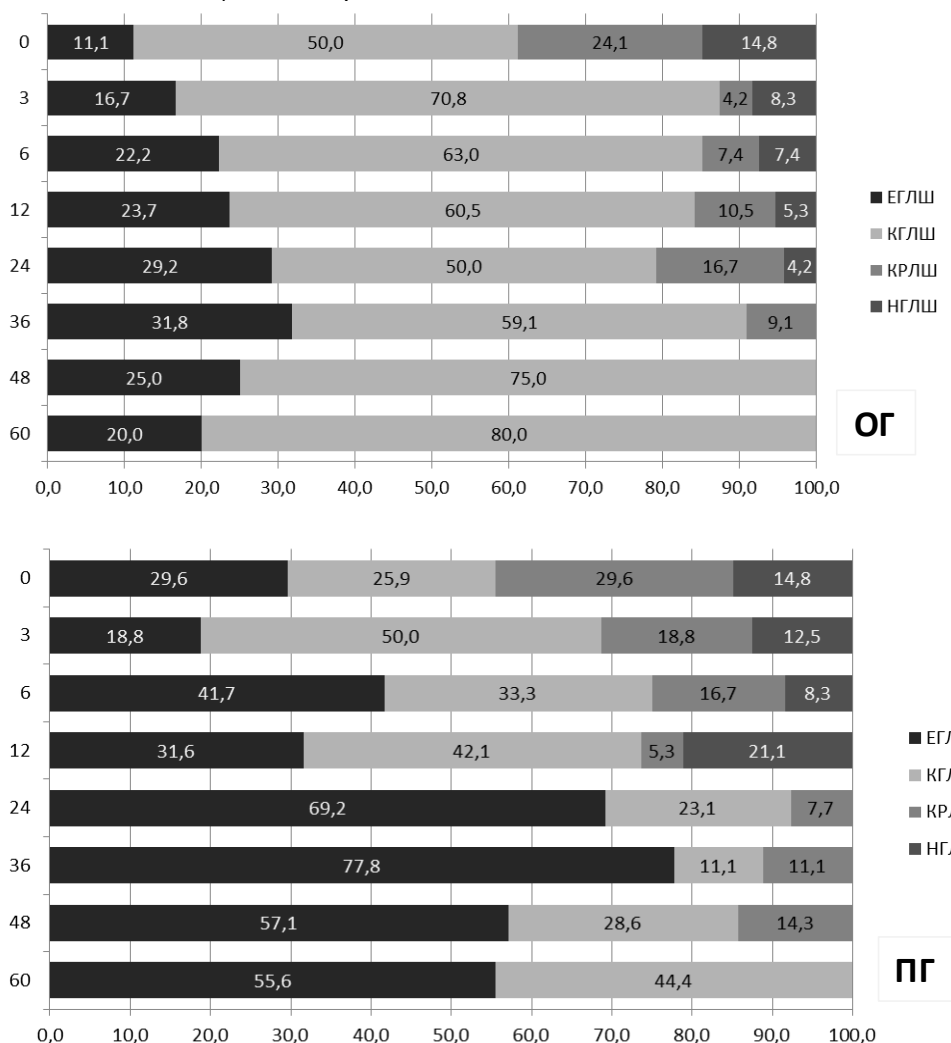


Рис. 1 Динаміка частоти виявлення різних типів ремоделювання лівого шлуночка за Geipi у хворих після реваскуляризації (ОГ) та тільки медикаментозного лікування (ПГ)

Через 60 місяців у пацієнтів обох груп не зустрічалася нормальна геометрія ЛШ та концентричне ремоделювання. В основній групі переважали концентрична ГЛШ (80,0%) і за показниками ЕхоКГ збільшились розміри лівих відділів серця: передсердя (ЛП) на 10,6% ($4,35 \pm 0,22$ проти $3,93 \pm 0,09$ см, $p < 0,05$) та ЛШ на 8,9% ($5,38 \pm 0,27$ проти $4,94 \pm 0,10$ см, $p < 0,05$); відповідно зросла маса міокарда ЛШ на 24,2% ($332,44 \pm 28,54$ проти $267,75 \pm 14,56$ г, $p < 0,05$). У групі порівняння спостерігався інший розподіл типів геометрії ЛШ: переважав ексцентричний тип ГЛШ (55,6%) і визначалось збільшення розміру ЛП на 9,3% ($4,31 \pm 0,15$ проти $3,94 \pm 0,10$ см, $p < 0,05$), розміру ЛШ на 9,4% ($5,52 \pm 0,19$ проти $5,05 \pm 0,15$ см, $p < 0,05$), товщини міжшлуночкової перегородки на 11,4% ($1,27 \pm 0,04$ проти $1,14 \pm 0,03$ см, $p < 0,05$); а маса міокарда ЛШ зросла на 24,3% ($312,27 \pm 17,78$ проти $251,14 \pm 16,87$ г, $p < 0,05$). На відміну від основної групи, у групі порівняння зафіксовано зниження фракції викиду ($43,8 \pm 3,9$

проти $51,3 \pm 2,3$ %, $p < 0,05$). Дані нашої роботи не суперечать даним інших авторів, які вказують що після ревазуляризації міокарда, ГЛШ спостерігається у 24% хворих [14].

Проведений кореляційний аналіз в основній групі показав, що на початку дослідження ІММЛШ прямо корелювала зі статтю ($r = 0,39$; $p = 0,006$), індексом маси тіла ($r = 0,36$; $p = 0,01$), масою тіла ($r = 0,35$; $p = 0,02$), загальним холестерином ($r = 0,51$; $p = 0,0003$), холестерином ліпопротеїдів низької щільності ($r = 0,45$; $p = 0,04$), коефіцієнтом атерогенності ($r = 0,46$; $p = 0,03$) і з структурними показниками серця (ПШ: $r = 0,46$; $p = 0,001$, ЛП: $r = 0,64$; $p < 0,001$, Ао: $r = 0,47$; $p = 0,001$) та обернено - з протромбіновим індексом ($r = -0,37$; $p = 0,03$). Через 60 місяців після операції ревазуляризації ІММЛШ корелювала тільки із загальним холестерином ($r = 0,69$; $p = 0,03$) та рівнем діастолічного артеріального тиску ($r = 0,68$; $p = 0,03$) (рис.2).



Рис. 2 Істотні кореляційні зв'язки індексу маси міокарда лівого шлуночка у пацієнтів після ревазуляризації міокарда

Висновки

У пацієнтів з ІХС, післяінфарктним кардіосклерозом у динаміці 5-річного спостереження прогресує гіпертрофія міокарда незалежно від лікування. Після хірургічної ревазуляризації частіше розвивається концентрична ГЛШ, тоді як за умов консервативного лікування - ексцентрична ГЛШ, яка вважається несприятливим типом геометрії ЛШ, а у поєднанні з систолічною дисфункцією та дилатацією ЛП є несприятливим прогностичним чинником. Після ревазуляризації збільшення ІММЛШ асоціювалося із зростанням не тільки маси тіла, а й змінами ліпідного профілю та діастолічною гіпертензією.

Перспективним є подальше дослідження структурно-функціонального стану серця після ревазуляризації залежно від рівня біомаркерів.

Література

1. Dolzhenko MM, Konoplyanyk LI, Potashev SV, Lymar YUI та in. Vplyv hipertenzynoho remodelyuvannya livoho shlunochka na miokardial'nu funktsiyu u khvorykh z postinfarktnoyu ishemichnoyu kardiomiopatiyeyu ta arterial'noyu hipertenziyeyu v konstelyatsiyi z nealkohol'noyu zhyrovoyu khvoroboyu pechinky [Influence of left ventricular hypertensive remodeling on myocardial function in patients with postinfarction ischemic cardiomyopathy and arterial hypertension in constellation with nonalcoholic fatty liver disease]. Zbirnyk naukovykh prats' spivrobotnykyv NMAPO im. P. L. Shupyka. 2014; 23(2): 323-331.
2. Sarafynyuk OP, Denesyuk VI, Shushkovs'ka YUYU. Vyznachennya stupeniv hipertrofii livoho shlunochka u khvorykh zi stabil'noyu stenokardiyeyu za dopomohoyu udoskonalenykh kryteriyiv diagnostyky [Determination of degrees of left ventricular

- hypertrophy in patients with stable angina with advanced diagnostic criteria]. *Visnyk morfolohiyi*. 2015; 21(1): 182-184.
3. Fox K, Garcia MA, Ardissino D. et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris – The Task Force on the management of stable angina pectoris of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*. 2016; 27: 1341-1381. doi.org/10.1093/eurheartj/ehl001
 4. Dolzhenko MM, Perepel'chenko NA, Bazylevych AYA. Ishemichna khvoroba sertsya na tli tsukrovoho diabetu 2 typu: svoyeridnist' perebihu ta obhruntuvannya terapiyi [Ischemic diseases and hearts against the background of type 2 diabetes: the peculiarity of the course and the justification of therapy.]. Kyiv, 2010. 356p.
 5. Dahlof B, Devereux R, Kjeldsen S, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in losartan interventional for endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol. *Lancet*. 2002; 359: 995-1003. doi.org/10.1016/S1062-1458(02)00776-6
 6. Kondratyuk MO, Radchenko OM. Structural and functional heart parameters in patients with chronic heart failure depending on different blood middle mass molecules levels. *Pharmacotherapy in Cardiology*. 2013; 9(1): 40-43.
 7. Filipyuk AL. Strukturno-funktsional'ni sertsevi parametry u khvorykh z khronichnoyu ishemichnoyu khvoroboju sertsya u poyednanni z nadmirnoyu vahoyu ta ozhyrnyam: prohnozuvannya vyzhyvannya [Structural-Functional Cardiac Parameters in Patients with Chronic Ischemic Heart Disease Combined with Overweight and Obesity: Predictors of Survival]. *JMBS*. 2016; 1 (1): 99-102.
 8. Dotsenko NYA, Dotsenko YAN, Gerasimenko LV i dr. Gipertrofiya levogo zheludochka i ateroskleroz [Left ventricular hypertrophy and atherosclerosis]. *Arterial'naya gipertenziya*. 2011; 1(15): 21-29.
 9. Radchenko HD, Sirenko YUM. Hipertrofiya livooho shlunochka: vyznachennya, metody otsinky, mozhyvosti rehresuvannya [Left ventricular hypertrophy: definition, evaluation methods, regression possibilities]. *Arterial'naya hipertenziya*. 2010; 4(12): 23-27.
 10. Agmadova ZM, Kallayeva AN. Osobnosti progressivaniya remodelirovaniya miokarda u bol'nykh s razlichnyimi formami nestabil'noy stenokardii [Features of the progression of myocardial remodeling in patients with various forms of unstable angina pectoris]. *Kardiologiya*. 2014; 54 (7): 9–16.
 11. Shah AM., Shah SJ, Anand IS, et al. Cardiac structure and function in heart failure with preserved ejection fraction: baseline findings from the echocardiographic study of the Treatment of Preserved Cardiac Function Heart Failure with an Aldosterone Antagonist trial. *Circ. Heart. Fail.* 2014; 7(1): 104 – 115.
 12. Lieb W, Gona P, Larson MG, et al. The Natural History of Left Ventricular Geometry in the Community. *JACC: Cardiovascular Imaging*. 2014; 7(9): 870–878. doi: 10.1016/j.jcmg.2014.05.008
 13. Genau A, Devereux RB, Roman M, et al. Patterns of left ventricular hypertrophy and geometric remodeling in essential hypertension. *J. Am. Coll. Cardiol.* 1992; 19: 1550–1558. doi.org/10.1016/0735-1097(92)90617-v
 14. Xu L, Huang X, Ma J, et al. Value of three-dimensional strain parameters for predicting left ventricular remodeling after ST-elevation myocardial infarction. *Int. J. Cardiovasc. Imaging*. 2017; 33(5): 663–673. doi: 10.3233/XST-17316

Реферат

5-ЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ОСОБЕННОСТИ ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Гута Р.Р., Бек Н.С., Радченко О.М.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, реваскуляризация миокарда, гипертрофия левого желудочка, геометрия сердца

Вступление. Для пациента с ишемической болезнью сердца восстановления после реваскуляризации миокарда является сложным процессом. Ремоделирования сердца включает в себя после инфаркта миокарда, процессы гипертрофии и дилатации, в результате чего нарушается систолическо-диастолическая функция сердца, является дополнительным фактором риска событий. В проспективных исследованиях была показана связь между размером левого желудочка и риском появления сердечно-сосудистых осложнений. Принимая во внимание это, возникла необходимость в проведении нашего исследования. Цель работы: определить распространенность типов геометрии левого желудочка у больных ишемической болезнью сердца, постинфарктный кардиосклероз зависимости от лечебной тактики: реваскуляризация или консервативная терапия в течение 60 месяцев. Материал и методы: Обследован 101 пациент в возрасте 58,6 ± 4,2. После реваскуляризации миокарда (n = 71) и только с консервативным лечением (n = 30), в которых в течение 5 лет оценивали динамику эхокардиографических параметров сердца. По значениям индекса массы миокарда левого желудочка и относительной толщины левого желудочка определяли типы ремоделирования. Результаты и обсуждение. В начале наблюдения в основной группе преобладали пациенты с концентрической гипертрофией левого желудочка (50,0%), а с концентрическим ремоделированием - 24,1%. Нормальная геометрия в 14,8% и эксцентрическая гипертрофия левого желудочка наблюдались в 11,1%. В группе сравнения чаще всего наблюдалась эксцентрическая гипертрофия и концентрическое ремоделирование левого желудочка по 29,6% каждая, чуть меньше 25,9% концентрическая гипертрофия и меньше было нормальной геометрии (14,8%). Через 60 месяцев у пациентов обеих групп не встречалась нормальная геометрия левого желудочка и концентрическое ремоделирование. В основной группе преобладал концентрический тип (80,0%), а в группе сравнения - эксцентричный тип (55,6%). Выводы. У пациентов с ишемической болезнью сердца, постинфарктный кардиосклероз в динамике 5-летнего наблюдения прогрессирует гипертрофия миокарда независимо от лечения. После реваскуляризации чаще развивается концентрическая гипертрофия левого желудочка, тогда как в условиях консервативного лечения - эксцентрическая гипертрофия левого желудочка в сочетании с систолической дисфункцией и дилатацией левого предсердия. После реваскуляризации увеличение индекса ассоциировалось с ростом не только массы тела, но и изменениями липидного профиля и диастолической гипертензией.

Summary

5-YEAR DYNAMICS OF FEATURES OF LEFT VENTRICULAR GEOMETRY IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE, DEPENDING ON TREATMENT TACTICS

Guta R.R., Beck N.S., Radchenko O.M.

Key words: coronary heart disease, myocardial revascularization, left ventricular hypertrophy, heart geometry

Introduction. For a patient with coronary heart disease, recovery from myocardial revascularization is a complex process. Cardiac remodeling involves, after myocardial infarction, hypertrophy and dilation, resulting in impaired systolic-diastolic cardiac function, which is an additional risk factor for events. Prospective

studies have shown a relationship between left ventricular size and the risk of cardiovascular events. Given this, there was a need to conduct our research. Purpose: To determine the prevalence of types of left ventricular geometry in patients with coronary heart disease, post-infarction cardiosclerosis, depending on therapeutic tactics: revascularization or conservative therapy for 60 months. Material and Methods: We examined 101 patients aged 58.6 ± 4.2 years after myocardial revascularization ($n = 71$) and with conservative treatment only ($n = 30$), in whom the dynamics of echocardiographic parameters of the heart were evaluated for 5 years. The values of remodeling myocardial mass index of the left ventricle and the relative thickness of the left ventricle were determined. Results and Discussion. At baseline, patients with concentric left ventricular hypertrophy (50.0%) and concentric remodeling (24.1%) predominated in the main group. Normal geometry in 14.8% and eccentric left ventricular hypertrophy were observed in 11.1%. In the comparison group, eccentric hypertrophy and concentric left ventricular remodeling were most commonly observed, 29.6% each, slightly less than 25.9% concentric hypertrophy, and the least was normal geometry (14.8%). After 60 months, patients with both groups did not experience normal left ventricular geometry and concentric remodeling. The concentric type (80.0%) was predominant in the main group, and the eccentric type (55.6%) in the comparison group. Conclusions. In patients with ischemic heart disease, postinfarction cardiosclerosis progresses in 5 year follow-up myocardial hypertrophy regardless of treatment. After revascularization, concentric left ventricular hypertrophy develops more often, whereas under conservative treatment, left ventricular eccentric hypertrophy is combined with systolic dysfunction and left atrial dilatation. After revascularization, an increase in the index was associated with an increase not only in body weight but also in changes in lipid profile and diastolic hypertension.

DOI 10.31718/2077-1096.19.3.21

УДК 617.55-089.844-837:616-052

Драбовський В.С.

БІОМЕХАНІЧНІ МЕТОДИКИ АБДОМІНОПЛАСТИКИ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З КОСМЕТИЧНИМИ ДЕФЕКТАМИ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Дослідження якості життя займає вагомe місце в концепті медичної реформи та сучасній медицині. Збільшення кількості операцій з приводу косметичних дефектів передньої черевної стінки, підвищення вимог до результатів лікування, змусили хірургів шукати альтернативні варіанти методик, які б суттєво зменшували естетичні недоліки та покращували рівень якості життя, шляхом дослідження впливу оперативного лікування на психічний та фізичний компоненти здоров'я, що і визначило мету дослідження. Для досягнення мети було проаналізовано результати комплексного клінічного обстеження та корекції 81 хворого з косметичними дефектами передньої черевної стінки, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці кафедри хірургії №3 Української медичної стоматологічної академії, з 2012 по 2019 роки. Основна група (41) – оперовані із застосуванням авторських біомеханічних методик абдомінопластики, що враховують оптимальний кут направлення векторів напруження в тканині верхніх поперечних шкірно-жирових клаптів в післяопераційному періоді при релаксації напруження. Групу порівняння склали 40 осіб, оперовані за традиційними методиками мобілізації та фіксації шкірно-жирових клаптів. Якість життя оцінювали за день до операції та через 6 місяців після, за системою опитувальника EUROQol-5S-5D. На підставі проведеного аналізу дослідження сформульовані наступні висновки. Хірургічна корекція косметичних дефектів передньої черевної стінки створює психоемоційні та фізіологічні передумови для поліпшення фізичної активності пацієнтів, а через 6 місяців — і самооцінки стану здоров'я. У пацієнтів з надлишковою масою тіла спостерігається статистично достовірне зниження індексу маси тіла протягом року, яке має обернену кореляцію з покращенням результату за шкалою оцінки зовнішнього вигляду і слабку кореляцію зі зміною середньої бальної оцінки та самооцінки маси тіла. Розроблена комплексна методика виконання абдомінопластики у пацієнтів з косметичними дефектами передньої черевної стінки є ефективною та дозволяє поліпшити рівень якості життя в даній категорії хворих.

Ключові слова: абдомінопластика, шкіра, біомеханіка, якість життя

Вступ

Дослідження якості життя (ЯЖ) займає вагомe місце в сучасній медицині. Концепт медичної реформи, прогрес розвитку науки, зміна структури захворюваності населення та акцент на права пацієнтів призвели до еволюції сприйняття хвороби та визначення ефективності методів лікування.

Наведемо деякі сучасні визначення терміну ЯЖ:

– ЯЖ – інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування здорової чи хворої людини, що базується на суб'єктивному сприйнятті [1,5].

– ЯЖ – функціональний вплив стану здоров'я та/або подальшої терапії на пацієнта [1,9].

– ЯЖ – показник, що надає оцінку параметрам, асоційованим і не пов'язаним із захворюванням, дозволяючи диференційовано визначи-