10.21518/2079-701X-2018-16-130-134

В.С. ПЕТРОВ, ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Россия

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ

С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

В статье представлены результаты исследования качества жизни у 102 неоперированных пациентов с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) в течение 5 лет. Для оценки качества жизни использовались опросник Short Form Medical Outcomes Study (SF-36), Канзасский опросник для больных кардиомиопатией (KCCQ) и Миннесотский опросник качества жизни больных ХСН (MHFLQ). За 5 лет наблюдения на фоне снижения дистанции теста 6-минутной ходьбы на 18,6 метра, нарастания одышки по визуальной аналоговой шкале, уменьшения площади митрального отверстия на 0,1 см^2 и увеличения размеров предсердий отмечено статистически значимое снижение суммарного показателя физического компонента здоровья SF-36 с 36,39 ± 0,54 до 34,04 ± 0,74 и функционального статуса KCCQ с 23,14 ± 0,56 до 21,2 ± 0,58. По суммарному показателю психического компонента здоровья SF-36, суммарному клиническому показателю KCCQ, а также по данным MHFLQ статистически значимых изменений не получено. Два суммарных показателя опросника KCCQ имели значимую корреляцию с SF-36: функциональный статус KCCQ коррелировал с физическим (коэффициент корреляции 0,689) и психическим (коэффициент корреляции 0,365) компонентами здоровья SF-36. Суммарный клинический показатель KCCQ также коррелировал с физическим (коэффициент корреляции 0,305) и психическим – 38,65 ± 0,73 (коэффициент корреляции 0,588) компонентами здоровья SF-36. Таким образом, наиболее применимыми опросниками для оценки качества жизни исследуемых с ХРБС оказались SF-36 и KCCQ.

Ключевые слова: *хроническая ревматическая болезнь сердца, митральный стеноз, аортальный стеноз, качество жизни.*

V.S. PETROV, Pavlov Ryazan State Medical University, Federal State Autonomous Educational Institution for Higher Education of the Ministry of Health of Russia, Ryazan, Russia

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE

The article presents the results of a study of the quality of life in 102 non-surgically treated patients with chronic rheumatic heart disease (CRHD) over 5 years. The authors used questionnaires to assess the quality of life: the Short Form Medical Outcomes Study (SF-36), the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) and the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MHFLQ). During 5-year follow-up, a statistically significant decrease in the total index of SF-36 physical health component from 36.39 ± 0.54 to 34.04 ± 0.74 and the functional status KCCQ from 23.14 ± 0.56 to 21.2 ± 0.58 was recorded against a 18.6 meters decrease in 6 minute walk distance, an increase in dyspnoea according to a visual analogue scale, a 0.1 cm^2 decrease in the mitral orifice area and an increase in the atrium size. According to the summary of the SF-36 mental health component, the total clinical KCCQ indicator, and according to MHFLQ data, no statistically significant changes were observed. Two summary indicators of the KCCQ questionnaire had a significant correlation with SF-36: the functional KCCQ status correlated with the physical (correlation coefficient 0.689) and SF-36 mental (correlation coefficient 0.365) health components. The overall clinical KCCQ indicator also correlated with the SF-36 physical (correlation coefficient 0.305) and mental health – 38.65 ± 0.73 (correlation coefficient 0.588) components. Thus, SF-36 and KCCQ proved to be the most appropriate questionnaires to assess the quality of life of patients with CRDS.**

Keywords: *chronic rheumatic heart disease, mitral stenosis, aortic stenosis, quality of life.*

Одним из финальных этапов развития сердечно-сосудистого заболевания, чаще на фоне ИБС, инфаркта миокарда и артериальной гипертензии, является хроническая сердечная недостаточность (ХСН) [1]. Возникновение и прогрессирование ХСН связано с повышением сердечно-сосудистой смертности. Это справедливо и для приобретенных пороков сердца, с той лишь разницей, что в отличие от ИБС прогрессирование ХСН происходит постепенно, по мере усиления степени порока. Одним из инструментов оценки ХСН является изучение качества жизни пациентов.

Под последним понимают комплекс физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанного на его субъективном восприятии [2]. Показатель качества жизни не только может являться предиктором неблагоприятного прогноза, но и служит для наблюдения за динамикой состояния пациента и позволяет оценить эффективность проводимой терапии. Для оценки качества жизни пациентов с ХСН нередко применяются многочисленные опросники как общие, так и специфические для конкретной нозологии, позволяющие количественно измерить качество жизни. Однако зачастую большое количество опросников вызывает затруднение у исследователя в выборе нужного и эффективного инструмента для контроля заболевания и оценки динамики состояния пациента.

Что касается вопросов оценки качества жизни у исследуемых с приобретенными пороками, то основное внимание в литературе уделяется прооперированным пациентам с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС), чаще с аортальным стенозом (АС), а наиболее часто применяется общий опросник SF-36 [3, 4]. Срок оценки изменений обычно составляет от 3 до 6 месяцев после вмешательства. Так, у пациентов с митральным стенозом через 3 месяца после замены клапана или чрескожной митральной вальвулопластики показано улучшение качества жизни практически по всем шкалам опросника SF-36 [5]. В литературе проводится сравнение методов вмешательства

на митральном клапане: замена клапана или чрескожная митральная вальвулопластика с помощью SF-36, при этом разницы (кроме шкалы интенсивности боли) между методами лечения не получено [6]. В другой работе оценивались пациенты с ХРБС только после чрескожной митральной вальвулопластики, а разделение пациентов по группам проводилось по наличию фибрилляции предсердий, длительность наблюдения составила 6 месяцев [7]. Статистически значимых различий между группами с синусовым ритмом и фибрилляцией предсердий, по данным опросника SF-36, не получено. В аналогичной работе по чрескожной митральной вальвулопластики, где для оценки качества жизни использовался Миннесотовский опросник качества жизни больных ХСН (MHFLQ) пациенты с фибрилляцией предсердий исключались из исследования [8].

Имеются работы об обследовании большой группы пациентов (150 исследуемых) молодого возраста (33,77 ± 12,19), показано снижение качества жизни пациентов с ХРБС [9], но для оценки применен только SF-36. Длительные наблюдения, особенно за неоперированными пациентами с ХРБС, в доступной литературе практически отсутствуют [10]. Также мало попыток использования других опросников для больных с ХРБС, например Канзасского опросника для больных кардиомиопатией (KCCQ) [11, 12].

Цель. Изучить динамику качества жизни и найти эффективный и удобный инструмент для оценки качества жизни у пациентов с ХРБС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включались пациенты с диагнозом ХРБС. Отбирались только те пациенты, у которых по данным эхокардиографии имелись признаки митрального стеноза. У части пациентов в анамнезе выявлена клиника острой ревматической лихорадки (частота последней составила только 36%). Пациенты с выставленным диагнозом ХРБС (с недостаточностью митрального и аортального клапана, аортальным стенозом), не имевшие митрального стеноза, в исследование не включались.

В исследование включено 102 неоперированных пациента с ХРБС, подписавших информированное согласие и проходивших стационарное лечение в отделениях областного кардиологического диспансера. Средний возраст пациентов составил 58,69 ± 0,61 года; мужчин 16 (15,7%) и женщин 86 (84,3%). Рост исследуемых составил 162,4 ± 0,43см, масса тела 77,74 ± 1,11 кг. Наблюдение за пациентами с ХРБС проводилось в течение 5 лет.

Исходно, до динамического наблюдения, пациенты с ХРБС сравнивались с неоперированными пациентами с другим приобретенным пороком – аортальным стенозом (АС). Пациенты с известным двустворчатым аортальным клапаном из исследования исключались. Средний возраст 57 исследуемых с АС статистически значимо не отличался от группы с ХРБС и составил 60,2 ± 1,33 года. Мужчин было 47,4% (27 исследуемых) и женщин 52,6% (30 исследуемых). Рост исследуемых с АС составил 165,8 ± 1,26 см и значимо не отличался от роста пациентов с ХРБС, а масса тела была статистически значимо выше – 83,78 ± 1,65 кг.

Пациенты из обеих групп для лечения ХСН получали ингибиторы АПФ и β-блокаторы, улучшающие прогноз у пациентов с ХСН, терапия была стабильной, дозы препаратов не менялись. Из β-блокаторов чаще использовался метопролол – 66,7%, реже бисопролол – 16,7%, карведилол – 5,6% и небиволол 5,6%. Из иАПФ чаще использовался эналаприл – 52,2% и периндоприл – 23,9%, реже лизиноприл 17,4% и фозиноприл 4,3%.

Для оценки качества жизни использовался наиболее часто применяемый общий опросник Short Form Medical Outcomes Study (SF-36 v.1), оценивающий качество жизни за последние 4 недели с обработкой баллов по 8 шкалам, формирующим два суммарных измерения: физический и психический компонент здоровья [13]. Опросник валидирован Межнациональным центром исследования качества жизни г. Санкт-Петербурга. Чем выше значения показателя по выбранной шкале от 0 до 100, тем лучше оценка по выбранной шкале.

Помимо SF-36 был применен специфический опросник для кардиомиопатии – Канзасский опросник для больных кардиомиопатией (KCCQ) с оценкой шести показателей (доменов) и двух суммарных показателей: функционального статуса, объединяющий домены физических ограничений и симптомов (не включая стабильности симптомов), и суммарный клинический показатель, который вычисляется с учетом функционального статуса и доменов качества жизни и социального ограничения. Баллы по шкалам приводятся к диапазону от 0 до 100, чем ниже показатель домена, тем хуже оцениваемый показатель.

Учитывая, что основным проявлением стенозов клапанов сердца является ХСН третьим выбранным опросником стал Миннесотовский опросник качества жизни больных ХСН (MHFLQ). Опросник состоит из 21 пункта, которые оценивают ограничения в физической активности, социально-экономической и психологической сферах. Результаты оцениваются от отсутствия расстройств или ограничений (0 баллов) до максимальной выраженности (105 баллов).

Для объективизации оценки функционального класса ХСН использовался тест 6-минутной ходьбы. Дополнительно оценивалась одышка по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в 100 мм.

Для статистической обработки полученных данных использована программа Statistica 6.0. Различия считались статистически достоверными при $p<0,05$. Для анализа взаимосвязи признаков использовалась ранговая корреляция по Спирмену.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным теста 6-минутной ходьбы функциональный класс (ФК) ХСН за 5 лет наблюдения не изменился (II ФК) у пациентов, но имело место статистически значимое снижение дистанции теста 6-минутной ходьбы с 351,0 ± 6,78 метра до 332,4 ± 5,7 метра в пределах II ФК. Изменения произошли на фоне стабильной медикаментозной терапии иАПФ и β-блокаторами, что, вероятно, обусловило снижение дистанции только на 18,6 метра за 5 лет. Статистически значимого отличия от пациентов с АС не было: 354,97 ±

12,13 м против 351,0 ± 6,78 м у пациентов с ХРБС. Так, же статистически не различались цифры систолического (АС – 117,54 ± 2,4 mmHg, ХРБС – 116,99 ± 1,21 mmHg) и диастолического (АС – 75,5 ± 1,33 mmHg, ХРБС – 75,6 ± 0,71 mmHg) артериального давления. В том числе показатели АД не изменились и за 5 лет у исследуемых с ХРБС:

Помимо этого, у исследуемых с ХРБС за 5 лет наблюдения статистически значимо увеличивалось левое и правое предсердие, площадь митрального отверстия, градиент давления на трикуспидальном клапане, а вот статистически значимого изменения линейных размеров левого желудочка не было *(табл. 1)*. При этом значимая корреляция получена между градиентом давления на трикуспидальном клапане и тестом 6-минутной ходьбы (коэффициент корреляции -0,263, p = 0,05), площадью митрального отверстия и размерами левого предсердия (коэффициент корреляции -0,450, p = 0,01), а также между давлением на трикуспидальном клапане и размерами левого предсердия (коэффициент корреляции -0,432, p = 0,05).

Для объективизации одного из основных симптомов ХСН – одышки – была использована ВАШ одышки. При этом статистически значимой разницы между ВАШ пациентов с ХРСБ (49,14 ± 1,24 мм) и АС (44,25 ± 3,72 мм) не получено, зато в динамике у пациентов с ХРБС отмечен статистически значимый прирост выраженности одышки через 5 лет – 57,96 ± 1,42 мм. И показатель ВАШ через 5 лет начинает коррелировать с градиентом давления на ТК (0,621, p = 0,01).

Таким образом, учитывая вышеизложенные изменения в состоянии пациентов, следовало ожидать и изменения в оценке качества жизни. При сравнении шкал опросника SF-36 между пациентами с приобретенными стенозами получена значимая разница по общему состоянию здоровья, жизненной активности в пользу более низких баллов при АС *(табл. 2)*; по другим шкалам разницы не получено.

Таблица 1. Эхокардиографические показатели

	ХРБС (исходно)	ХРБС (через 5 лет)	АС
Левое предсердие	4,8 ± 0,05 см	5,02 ± 0,06 см*	4,42 ± 0,09*
КДР	5,62 ± 0,05 см	5,53 ± 0,06 см	5,80 ± 0,12
КСР	3,68 ± 0,04 см	3,7 ± 0,06 см	3,89 ± 0,11
S Mo	1,71 ± 0,04 см^2	1,61 ± 0,03 см^2*	-
ТМЖП	0,99 ± 0,01 см	0,96 ± 0,01 см	1,28 ± 0,03*
ТЗСЛЖ	0,99 ± 0,01 см	1,01 ± 0,01 см	1,26 ± 0,03*
ПЗР ПЖ	2,77 ± 0,04	2,72 ± 0,02	2,61 ± 0,06*
ПП	4,95 ± 0,03	5,19 ± 0,09*	4,75 ± 0,06*
Градиент давления на ТК	30,74 ± 0,50	33,39 ± 0,84*	37,2 ± 1,51*

Примечание: *– статистически значимые различия (p<0,05). КДР – конечный диастолический размер. КСР – конечный систолический размер. S Mo – площадь митрального отверстия. ТМЖП – толщина межжелудочковой перегородки. ТЗСЛЖ – толщина задней стенки левого желудочка. ПЗР ПЖ – передне-задний размер правого желудочка. ПП – правое предсердие. ТК – трикуспидальный клапан.

Таблица 2. Шкалы опросника SF-36

	ХРБС	ХРБС (через 5 лет)	АС
PF	38,26 ± 1,6	31,83 ± 1,64*	35,68 ± 2,79
RP	11,22 ± 1,86	8,67 ± 1,81	17,05 ± 4,38
BP	52,18 ± 1,32	46,6 ± 1,01*	49,14 ± 2,22
GH	37,87 ± 1,22	37,45 ± 1,18	32,68 ± 1,79*
VT	41,73 ± 1,39	39,48 ± 1,15	35,68 ± 2,52*
SF	54,08 ± 1,83	54,84 ± 1,46	55,68 ± 4,01
RE	23,13 ± 2,75	21,09 ± 3,26	18,18 ± 4,02
MH	51,02 ± 1,29	48,57 ± 1,17	45,45 ± 2,6

Примечание: * – статистически значимые различия (p<0,05). PF – физическое функционирование; RP – ролевое функционирование (физическое); BP – интенсивность боли; GH – общее состояние здоровья; VT – жизненная активность; SF – социальное функционирование; RE – ролевое функционирование (эмоциональное); MH – психическое здоровье.

В динамике за 5 лет у пациентов с ХРБС статистически значимое снижение шкал выявлено только по физическому функционированию и интенсивности боли.

Помимо этого, опросник SF-36 имеет суммарные шкалы физического и психического компонента здоровья. Для пациентов с ХРБС в динамике за 5 лет значимые различия в виде снижения показателя были только для физического компонента здоровья: 36,39 ± 0,54 против 34,04 ± 0,74. Психический компонент здоровья хоть и снижался, но эти изменения не были статистически значимыми: 38,65 ± 0,73 против 38,55 ± 0,64. А вот в сравнении суммарных шкал физического (36,14 ± 0,98) и психического (36,2 ± 1,34) компонента здоровья исследуемых с АС в сравнении с пациентами ХРБС разницы не получено.

По данным KCCQ отмечалось снижение качества жизни как для пациентов с ХРБС, так и для исследуемых с АС. В основном более выраженная симптоматика (более низкие показатели опросника) были у пациентов с АС, а по трем доменам были статистически значимы: физические ограничения, симптомы, влияние на социальную сферу *(табл. 3)*. За 5 лет у исследуемых с ХРБС на фоне снижения дистанции теста 6 мин ходьбы и данных эхокардиографии все показатели опросника KCCQ снизились, что отражает ухудшение состояния пациентов (статистически значимое ухудшение показателей получено по доменам симптомы, знание, качество жизни).

При этом по основным двум суммарным показателям опросника KCCQ статистически значимые изменения были только по функциональному статусу: и в динамике у исследуемых с ХРБС, и в сравнении с пациентами с АС. По суммарному клиническому показателю различий не получено. Два суммарных показателя опросника KCCQ *(табл. 4)* также имели значимую корреляцию с суммарными измерениями опросника SF-36. Функциональный статус KCCQ – 23,14 ± 0,56 коррелировал с физическим – 36,39 ± 0,54 (коэффициент корреляции 0,689, p = 0,01) и психическим – 38,65 ± 0,73 (коэффициент корреляции 0,365, p

= 0,05) компонентами здоровья SF-36. И суммарный клинический показатель KCCQ коррелировал с физическим – 36,39 ± 0,54 (коэффициент корреляции 0,305, p = 0,05) и психическим – 38,65 ± 0,73 (коэффициент корреляции 0,588, p = 0,01) компонентами здоровья SF-36.

Данные опросника MHFLQ *(табл. 4)* были изменены, но статистически значимо не различались ни между пациентами с АС (49,08 ± 2,88) и ХРБС (45,76 ± 1,15), ни в динамике течения 5 лет у исследуемых с ХРБС (47,5 ± 1,39). Однако показатели опросника MHFLQ имели значимый коэффициент корреляции на уровне p = 0,01 исходно у пациентов с ХРБС, как с суммарными измерениями опросника SF-36: физического (-0,511) и психического (-0,569) компонентами здоровья, так и с суммарными показателями опросника KCCQ: функциональный статус (-0,590) и суммарный клинический показатель (-0,577).

ОБСУЖДЕНИЕ

Учитывая полученные статистически значимые изменения в тесте уменьшения дистанции 6 мин ходьбы, увеличения ВАШ одышки и результатах эхокардиографического исследования сердца (уменьшение площади митрального отверстия, увеличение линейных размеров предсердий и нарастание давления на трикуспидальном клапане) за 5 лет у пациентов с ХРБС, следовало ожидать изменений и в качестве жизни по данным опросников. Действительно, и по 8 шкалам SF-36, и по 6 доменам KCCQ показатели снижались. Однако статистически значимое снижение показателей по результатам оценки шкал S-36 получено только в 2 шкалах из 8: PF – физическое функционирование; BP – интенсивность боли. А по доменам KCCQ статистически значимое снижение показателей было в 3 доменах из 6: симптомы, знание, качество жизни.

По суммарным показателям SF-36 и KCCQ статистически значимые изменения получены только для физического компонента здоровья опросника SF-36 и функционального статуса опросника KCCQ. Полученные изменения (снижения по шкалам) согласуются и со снижением дистанции 6 мин ходьбы, и с нарастанием одышки. А последние, в свою очередь, связаны с уменьшением диаметра площади мирального отверстия на 0,1 см^2 за 5 лет. При этом данные по корреляции между суммарными показателями опросников SF-36 и KCCQ повышают их ценность как инструмента для оценки качества жизни пациентов с ХРБС.

Использование MHFLQ не привело к получению статистически значимых различий. Вероятно, специфический для ХСН опросник в большей степени применим к пациентам, генезом ХСН для которых является артериальная гипертензия и коронарная болезнь сердца. Хотя полученный значимый коэффициент корреляции на уровне p = 0,01 между MHFLQ и суммарными показателями SF-36 и KCCQ позволяет предположить, что опросник может оказаться эффективным инструментом, но, возможно, при более длительном наблюдении. С другой стороны, специфичный и разработанный для кардиомиопатий опросник KCCQ в большей степени подошел для пациентов с приобретенными пороками сердца, чем MHFLQ.

Таблица 3. Домены Канзасского опросника для больных кардиомиопатией (KCCQ)

	ХРБС	ХРБС (через 5 лет)	АС
Физические ограничения	3,91 ± 0,13	3,64 ± 0,13	2,94 ± 0,22*
Симптомы	50,74 ± 1,37	46,33 ± 1,37*	42,73 ± 3,05*
Самоэффективность	55,75 ± 1,46	54,17 ± 1,76	59,89 ± 3,35
Знание	45,2 ± 1,59	38,82 ± 1,36*	40,0 ± 2,47
Влияние на социальную сферу	42,8 ± 15,4	45,78 ± 1,62	34,58 ± 3,25*
Качество жизни	44,83 ± 1,6	50,00 ± 1,39*	40,28 ± 3,22

Примечание: *– статистически значимые различия (p<0,05).

Таблица 4. Суммарные показатели Канзасского опросника для больных кардиомиопатией (KCCQ) и Миннесотского опросника качества жизни больных (MHFLQ)

	KCCQ (функциональный статус)	KCCQ (суммарный клинический показатель)	MHFLQ
ХРБС	23,14 ± 0,56	49,2 ± 1,28	45,76 ± 1,15
ХРБС (через 5 лет)	21,2 ± 0,58*	51,67 ± 1,27	47,5 ± 1,39
АС	18,72 ± 1,18*	48,13 ± 2,51	49,08 ± 2,88

Примечание: *– статистически значимые различия (p<0,05).

В целом же незначительные изменения в состоянии пациентов с ХРБС за 5лет могут быть связаны как с медленным прогрессированием порока, так и с эффективной медикаментозной терапией, что требует дальнейшего изучения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов с ХРБС имеет место снижение качества жизни, при этом показатели функционального статуса опросника KCCQ и физического компонента здоровья опросника SF-38 статистически значимо снижаются в течение 5 лет. Изменения в качестве жизни, по данным этих опросников, происходят на фоне снижения дистанции теста 6-минутной ходьбы, нарастания одышки (по данным ВАШ) и изменений на эхокардиографии.

Наиболее применимыми опросниками для оценки качества жизни исследуемых с ХРБС оказались SF-36 и KCCQ, суммарные показатели которых имели тесную корреляционную связь. А специфический опросник для ХСН – MHFLQ хотя и показал снижение качества жизни, оказался менее чувствительным в течение 5 лет для пациентов с митральным стенозом.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Филиппов Е.В., Петров В.С., Окороков В.Г. ИБС, инфаркт миокарда и инсульт. Распространенность, ассоциации, влияние на исходы (по данным исследования Меридиан-РО). *Медицинский совет*, 2015, 8: 14-21. / Filippov EV, Petrov VS, Okorokov VG. CAD, myocardial infarction and stroke. Prevalence, associations, impact on outcomes (the Meridian-RO study). *Meditsinsky Sovet*, 2015, 8: 14-21.
2. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med., 2005, 41(10): 1403–1409.
3. Shan L, Saxena A, McMahon R, Wilson A, Newcomb A. A systematic review on the quality of life benefits after aortic valve replacement in the elderly. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 2013, 145: 1173-1189.
4. van Geldorp MWA, Heuvelman HJ, Kappetein AP, Busschbach JJV, Cohen DJ, Takkenberg JJM et al. Quality of life among patients with severe aortic stenosis. *Neth Heart J*, 2013, 21(1): 21–27.
5. Goldsmith RA, Lipb YH, Patel RL. Prospective study of changes in the quality of life of patients following mitral valve repair and replacement. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 2001, 20: 949–955.
6. Arnaz A, Temur B, Gullu AU, Kızılay M, Altun D, Yuksek A et al. A comparison of quality of life in mitral valve replacement and mitral valve repair patients. *Cardiovasc Surg Int*, 2017, 4(1): 1-6.
7. Krittayaphong R, Chotinaiwatarakul C, Kangkagate C. Improvement of Quality of Life after Percutaneous Balloon Mitral Valvulotomy in Patients with Mitral Stenosis: Does Rhythm Matter? *The Journal of heart valve disease*, 2007, 16(1): 13-18.
8. Gouda M, Hussin E, Gad MM. Quality of life after successful percutaneous mitral commissurotomy; 3 years follow up study. *Journal of Indian college of cardiology*, 2015, 5: 277-281.
9. Riaz A, Hanif MI, Khan IH, Hanif A, Mughal S, Anwer A. Quality of life in patients with rheumatic heart disease. *J Pak Med Assoc*, 2018, 68(3): 370-375.
10. Петров В.С. Результаты 5-летнего наблюдения за пациентами с ревматическими пороками сердца. *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*, 2015, 3: 83-87. /Petrov VS. The results of a 5-year follow-up of patients with rheumatic heart disease. *Rossiyskiy Mediko-Biologicheskiy Vestnik Imeni Akademika I.P. Pavlova*, 2015, 3: 83-87.
11. Green CP, Porter CB, Bresnahan DR, et al. Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure. *J Am Coll Cardiol*, 2000, 35(5): 1245-55.
12. Зотова Л.А., Петров В.С., Вулех В.М., Трунина Т.П. Случай рестриктивной кардиомиопатии в реальной клинической практике. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*, 2018, 1: 74-86. / Zotova LA, Petrov VS, Vulekh VM, Trunina TP. The case of restrictive cardiomyopathy in real clinical practice. *Nauka Molodykh* (Eruditio Juvenium), 2018, 1: 74-86.
13. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И., Ребров А.П., Сороцкая В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ»). *Научно-практическая ревматология*, 2008, 1: 36-48. /Amirjanova VN, Goryachev DV, Korshunov NI, Rebrov AP, Sorotskaya VN. Population's quality of life indicators according to the SF-36 questionnaire (the multicentre MIRAGE study of quality of life). *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya*, 2008, 1: 36-48

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Петров Вадим Сергеевич – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии Рязанского ГМУ им. акад. И.П. Павлова

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ

ИНФОРМАЦИОННОЕ И НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В СЕКТОРЕ АМБУЛАТОРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Журнал отличает четкая практическая направленность и наглядность в описании новых (рациональных) методик лечения

- Определение стандартов оказания специализированной и квалифицированной хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.
- Освещение вопросов анастезиологического пособия при выполнении оперативных вмешательств в условиях дневных (однодневных) хирургических стационаров.
- Рассматриваются проблемы лицензирования и аккредитации хирургических подразделений и формирований амбулаторно-поликлинического звена.
- Вопросы интеграции медицинских вузов и НИИ и практического здравоохранения, в том числе с целью подготовки кадров для центров амбулаторной и специализированной хирургии.

www.a-surgeon.ru • АРХИВ ВЫПУСКОВ

РЕМЕДИУМ ИЗДАТЕЛЬСТВО

105082, Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425, факс: 8 495 780 3426,
remedium@remedium.ru

Реклама