

MULTIDISCIPLINE PROCEEDINGS OF
**DIGITAL FASHION
CONFERENCE**

KOREA, REPUBLIC OF

Multidiscipline Proceedings of

DIGITAL FASHION CONFERENCE

January 2024 (*Volume 4, No.1*)

Copyright © 2024
By Woongjin Think Big Co., Ltd.
All rights reserved.
Available at digitalfashionsociety.org
Published:
서울 합정역
파주출판도시
ISSN 2466-0744
Seoul
Rebuplic of Korea (ROK),

EDITORIAL BOARD

Katharina Sand

*PhD Candidate - Faculty of Communication, Culture and Society, USI -
Università della Svizzera italiana*

Alice Noris

*PhD Candidate - Faculty of Communication, Culture and Society, USI -
Università della Svizzera italiana*

Michela Ornati

*Faculty of Communication, Culture and Society, USI - Università della
Svizzera italiana*

ELSEVIER



SRN
Societal Research Network

Universal
Impact Factor



КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Киличев А.А.

Самаркандский Медицинский Университет,
Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Самой часто встречающейся патологией сердечно-сосудистой системы (ССС) общепризнана ишемическая болезнь сердца (ИБС), также это заболевание является лидером по летальности среди сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) – 46,8% больных с ССЗ [Аронов Д.М., 2021, Ades Ph.A., 2017].

Экономический ущерб от ССЗ в России в 2020г. достиг 3,8% внутреннего валового продукта (ВВП), т.е. практически весь ежегодный бюджет здравоохранения [Здравоохранение в России., 2021].

Колоссальность экономического ущерба вследствие ССЗ при крайне скудном финансировании здравоохранения обуславливает рост экономического ущерба, что требует изыскания максимально эффективных экономически методик лечения этих патологий [Li X., 2023, Pedersen O.B., 2023].

Исследования физической КР после аортокоронарного шунтирования (АКШ) зачастую раскрывают только какой-либо отдел кардиореабилитации (КР), отсутствует систематизация знаний по КР, оценке функционального статуса пациента и комбинированным методам КР [Park J., 2023, Stroo J.F., 2023]. Персонализация и оптимизация тренировочной нагрузки остается одним из ключевых вопросов КР.

Цель исследования: на этапах кардиореабилитации оценить динамику качества жизни и социального статуса пациентов с ишемической болезнью сердца, после аортокоронарного шунтирования.

Материал и методы.

Трёхэтапную систему реабилитации (госпитальный, поздний госпитальный и санаторный этапы) прошли 86 больных, поступивших на амбулаторно-поликлинический этап КР в среднем на 59-е сутки после операции, из которых мы сформировали 2 группы – в ОГ 46 пациентов после АКШ, прошедших амбулаторную КР с включением ЛФК и прохождением «Школы коронарных больных» и ГС из 40 пациентов после АКШ, которые не проходили амбулаторный этап КР.

Всем пациентам применяли стандартное медикаментозное лечение – антитромботическая терапия, гиполипидемическая терапия, а также предупреждение прогрессирования сердечной недостаточности, развития нарушений сердечного ритма и на поддержание оптимального артериального давления [Stroo J.F., 2023].

Результаты исследования. Динамика КЖ нами прослеживалась на всем протяжении наблюдения – через 1 месяц после АКШ, через 1 и 2 года после операции.

Через 1 месяц после операции в 1 группе средняя субъективная оценка самочувствия на 0,5 балла превышала показатели 2 группы ($p<0,05$).

В 1 группе отличное и хорошее самочувствие имели 60,9% пациентов, во 2 группе – 33,3% ($p<0,01$), удовлетворительное или плохое самочувствие имели 39,1% и 66,7% соответственно ($p<0,01$). К окончанию амбулаторно-поликлинического этапа КР хорошее и отличное самочувствие имели 95,6% ($p=0,001$) в 1 группе, и 47,3% ($p=0,04$) во 2 группе.

71,7% пациентов 1 группы спустя 1 месяц после операции указывали на слабую или умеренную боль послеоперационного рубца, а во 2 группе 63% констатировали высокую интенсивность боли и медикаментозно её купировали.

К окончанию амбулаторно-поликлинического этапа КР отсутствовали жалобы на интенсивную боль в послеоперационном рубце, во 2 группе 31,6% пациентов предъявляли жалобы на слабую или умеренную боль, в 1 группе – 4,3% ($p<0,001$).

В 1 группе в 2,5 раза уменьшилась интенсивность боли – $67,7 \pm 9,9$ в 1 группе и $27,3 \pm 3,7$ – во 2 ($p < 0,05$), в 5,9 раз возросло «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» – $67,0 \pm 13,0$ - в 1 группе и $11,3 \pm 9,6$ – во 2 ($p < 0,01$), в 1,6 раз улучшилось «психическое здоровье» – $70,7 \pm 4,6$ – в 1 группе и $44,0 \pm 6,0$ – во 2 ($p < 0,05$) (табл. 6.5).

К окончанию амбулаторно-поликлинического этапа КР в 1,3 раза возросла субъективная оценка своей «жизненной активности», «ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием» - в 4,6 раза в 1 группе и в 1,1 раз – во 2.

Лучшая динамика констатирована в 1 группе относительно 2 группы – улучшение «физического функционирования» в 3,1 раза в 1 группе, в 1,5 раза – во 2 группе, «ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием» - в 2,3 и в 1,8 раз соответственно. Субъективная оценка собственного здоровья улучшилась после 1 года КР, к окончанию амбулаторно-поликлинического этапа КР составила $63,0 \pm 9,2$ балла в 1 группе и $43,0 \pm 9,2$ балла во 2 группе.

К окончанию амбулаторно-поликлинического этапа КР все параметры КЖ в 1 группе превышали показатели 2 группы – в 1,6 раза улучшилось «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», в 1,5 раза улучшилась субъективная оценка собственного здоровья и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием»

Средний возраст пациентов на момент проведения АКШ был $57,7 \pm 7,8$ лет. Трудоспособного возраста были 191 (53,9%) пациентов, 96 (56,8%) в 1 группе (96 из 169) в 1 группе и 95 (51,9%) – во 2 группе.

Занимались трудовой деятельностью 87,3% пациента 91,1% представителей 1 группы и 83,8% во 2 группе. Из потенциально трудоспособных пациентов работали 96,3% – 56,8% из 1 группы и 51,9% – из 2 группы, работающих пенсионеров было 76% – 43,2% в 1 группе и 69,7% – во 2 группе.

Из 154 работавших до операции больных больничные листы получали 96,6% из них 95,3% представителей 1 группы и 97,8% из 2 группы. Средняя длительность больничных листов составила $36,8 \pm 4,8$ (0-157) дня ежегодно.

Из 169 пациентов, трудившихся до операции за первый год амбулаторно-поликлинического этапа КР инвалидизированы 118 (69,8%) пациентов, 81 (47,9%) получили подтверждение группы инвалидности, 51,9% – впервые получили инвалидность II или III группы, из которых 27,5% не работали. Средний возраст инвалидизированных пациентов был $56,4 \pm 4,2$ лет, 35% из них имели сердечно-сосудистую патологию за первый год амбулаторно-поликлинического этапа КР – 9 (5,3%) пациентов перенесли ОИМ, 13 (7,7%) – инсульт, 26 (15,4%) – стенокардию I-II ФК, 12 (7,1%) – дестабилизацию АГ. Подписали отказ от инвалидности 11 (6,5%) представителей 1 группы за первый год амбулаторно-поликлинического этапа КР, за второй год амбулаторно-поликлинического этапа КР сняли инвалидность у 2 (4,3%) пациентов 1 группы.

Инвалидность II или III группы имели 53,7% пациента с ИБС до операции АКШ, из них 43,2% представителям 1 группы и 62,7% из 2 группы.

Активный образ жизни был у 80,2% пациентов – 85,8% представителей 1 группы и 75,1% из 2 группы, бытовую работу средней интенсивности выполняли 39,5% пациентов – 40,2% из 1 группы и 38,9% из 2 группы.

После АКШ число работающих больных было 65,1% к окончанию амбулаторно-поликлинического этапа КР, при этом в конце 1 года – 82,8% в 1 группе и 55,7% – во 2 группе ($p < 0,005$), к окончанию амбулаторно-поликлинического этапа КР – 84,8% представителей 1 группы и 42,5% – во 2 группе ($p < 0,001$). По окончании КР в 1 группе вернулись на работу 91,3%, во 2 группе – 27,5% ($p < 0,001$).

Пациенты с II или III группами инвалидности за первый год амбулаторно-поликлинического этапа КР возросло до 79,5% (+40% относительно уровня до АКШ), во 2 группе – 100% (+37% относительно уровня до АКШ) ($p < 0,005$).

Выводы: к окончанию амбулаторно-поликлинического этапа КР во 2 группе 31,6% пациентов предъявляли жалобы на слабую или умеренную боль в послеоперационном рубце, в 1 группе – 4,3% ($p<0,001$). В 1 группе в 2,5 раза уменьшилась интенсивность боли – $67,7\pm9,9$ в 1 группе и $27,3\pm3,7$ – во 2 ($p<0,05$), в 5,9 раз возросло «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» – $67,0\pm13,0$ - в 1 группе и $11,3\pm9,6$ – во 2 ($p<0,01$), в 1,6 раз улучшилось «психическое здоровье» – $70,7\pm4,6$ – в 1 группе и $44,0\pm6,0$ – во 2 ($p<0,05$), что говорит о большей эффективности предлагаемой нами методики КР даже с субъективной точки зрения самих пациентов.