

А.И. Мартынов, Е.В. Акатова*, О.П. Николин

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет», кафедра госпитальной терапии № 1

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Резюме

У пациентов с ПМК выявлено существенное ухудшение КЖ по сравнению со здоровыми людьми. После курсового применения препарата Магнерот, алпразолама (Ксанакс), психотерапии установлено его достоверное улучшение. При наблюдении этих же пациентов через 15 лет зарегистрировано снижение КЖ по всем показателям, в сравнении с результатами сразу после терапии и с исходными данными до проведённого лечения. Однако на фоне регулярного приёма препарата Магнерот пациентами с ПМК в течение многих лет установлено достоверное повышение КЖ.

Ключевые слова: пролапс митрального клапана, качество жизни, Магнерот, Ксанакс, психотерапия.

Abstract

Patients with mitral valve prolapse (MVP) revealed a significant deterioration in the quality of life (QOL) compared with healthy people. After a course of the Magnerot, alprazolam (Xanax), psychotherapy significantly improve was estimated. In observing these same patients after 15 years recorded a decline in all QOL parameters compared to the results immediately after treatment and from baseline. However, patients with MVP who regularly used Magnerot over the years found a significant improvement of quality of life.

Key words: mitral valve prolapse, quality of life, Magnerot, Xanax, psychotherapy.

ПМК — пролапс митрального клапана, КЖ — качество жизни, ПР — паническое расстройство, ТР — тревожное расстройство, ГТР — генерализованное тревожное расстройство, ТФР — тревожно-фобические расстройства, ДСТ — дисплазия соединительной ткани.

В последние годы отмечается стабильный интерес к понятию КЖ при различных заболеваниях. КЖ включает в себя оценку физического и эмоционального состояния человека, его интеллектуальной функции, работоспособности, удовлетворенности своим физическим, психическим и эмоциональным благополучием, способности сосредотачиваться и принимать решения [9, 13, 17].

По определению Всемирной организации здравоохранения, КЖ — это восприятие людьми своего жизненного положения в зависимости от культурных особенностей, системы ценностей и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами [8]. Одной из первых работ, посвящённых КЖ в отечественной медицинской литературе, было исследование А.Г. Гладкова и соавт. [4], в котором КЖ определяется как степень удовлетворённости человека своим физическим, психическим и социальным состоянием.

Выделяется три подхода к оценке КЖ [5, 6, 13]. Собственно КЖ подразумевает субъективное мнение больного об уровне своего благополучия в физическом, психологическом и социальном плане. В широком смысле КЖ — понятие, охватывающее многие стороны жизни человека, связанные не только с состоянием его здоровья, но и с профессиональными способностями, ра-

ботой, учёбой, домашней обстановкой и социальными условиями жизни. В узком медицинском смысле КЖ включает те показатели, которые отражают состояние здоровья. Я.И. Коц и Р.А. Либис [9] считают, что под медицинскими аспектами КЖ следует понимать влияние на повседневную жизнедеятельность больного самого заболевания, наступающего в результате этого ограничения функциональной способности и лечения.

J.R. Davidson [16] полагает, что КЖ зависит от трёх групп факторов — физического статуса, личного восприятия своего состояния больным и симптоматики заболевания, либо от взаимодействия всех трёх компонентов. Ю.Н. Беленков [1] рассматривает физический статус как возможность пациента справляться с повседневными нагрузками, его способность к самообслуживанию, переносимость социальных, эмоциональных и интеллектуальных нагрузок, функционирование человека как члена семьи и трудового коллектива. Не менее важное значение имеет личное восприятие своего состояния больным, что обусловлено общим состоянием его здоровья и изменениями жизни, связанными с заболеваниями.

Большинство исследователей считает, что именно улучшение КЖ, наряду с ограничением прогрессирования болезни и улучшением функциональных возможностей

*Контакты. E-mail: akev@list.ru. Телефон: (495) 646-64-92

больного, становится основной целью терапевтической стратегии в последние годы [11, 12, 15]. При этом показатели КЖ могут использоваться для оценки тяжести заболевания, его динамики и эффективности различных методов лечения и реабилитации [3, 4, 10]. По мнению Я.И. Коц и соавт. [9], анализ эффективности лекарственных препаратов и оперативных вмешательств у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы не должен быть ограничен только результатами исследования различных клинических и инструментальных параметров. Необходимо учитывать сведения об изменениях интеллектуальных способностей, социальной активности, эмоциональной лабильности, удовлетворённости жизнью, работоспособности и пр., определённым образом характеризующие КЖ больного. В большинстве случаев, параллельно исчезновению симптомов болезни и улучшению функциональных возможностей организма отмечается повышение КЖ [2, 7, 11].

Существует большое количество методик, позволяющих количественно оценить различные аспекты КЖ по шкалам и индексам [4, 9, 14]. Их можно разделить на 3 группы: 1) «общие», содержащие шкалы оценки общего и физического состояния, психологического и социального статуса, работоспособности; 2) «частные», исследующие отдельные аспекты КЖ, например, переносимость физических нагрузок, выраженность болевого синдрома и одышки и 3) специализированные, специфичные для больных с конкретными заболеваниями [3, 8, 13].

Целью данного исследования была оценка КЖ пациентов с ПМК и оценка влияния лечебных мероприятий (препарат Магнерот, Ксанакс, психотерапия) на КЖ этих больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГКБ № 40, являющейся клинической базой кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета МГМСУ, с 1994 г. в рамках проспективного, одноцентрового, рандомизированного, слепого, плацебо-контролируемого в параллельных группах исследования по оценке эффективности курсового и регулярного длительного применения препарата Магнерот, курсовой терапии Ксанаксом-ретард и психотерапии у пациентов с ПМК проводилось комплексное обследование, дифференцированное лечение и динамическое наблюдение 290 больных (дизайн исследования приведен на рис. 1). В исследование были включены мужчины и женщины возрастом 18 лет, у которых было диагностировано наличие идиопатического ПМК. У данных пациентов после тщательного клинико-инструментального обследования были исключены органические заболевания внутренних органов. Ишемическая болезнь сердца (стенокардия напряжения и покоя), некоронарогенные заболевания сердца (миокардиты, миокардиодистрофии, кардиомиопатии) исключали после тщательного опроса и осмотра больного, анализа лабораторных данных, ЭКГ в покое и

холтеровского мониторирования, ЭхоКГ с использованием пробы с нитроглицерином. При подозрении на наличие гипер- или гипотиреоза проводили ультразвуковое исследование и сцинтиграфию щитовидной железы, исследование гормонов щитовидной железы. Также исключали из исследования больных с наличием острых и хронических заболеваний органов дыхания, в том числе с бронхообструктивным синдромом. Наличие органической патологии со стороны желудочно-кишечного тракта (гастрит в стадии обострения, эзофагит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, энтероколит) исключали после тщательного осмотра пациента и проведения эндоскопического обследования.

Все пациенты были разделены на 2 клинические группы в зависимости от результатов оценки фенотипических особенностей и психического статуса:

1-я группа — больные, у которых были диагностированы симптомы, составляющие хотя бы 2 из 4 анализируемых синдромов (синдром вегетативной дистонии, сосудистые, геморрагические и психопатологические расстройства) и не менее 5 фенотипических маркеров ДСТ — 84 человека;

2-я группа — больные, страдающие ТФР — 79 человек.

У пациентов 1-й группы фенотипическая выраженность ДСТ составляла $7,3 \pm 0,1$ балла, у больных 2-й группы с ПМК и ТР фенотипическая выраженность ДСТ была меньше и составляла $3,3 \pm 0,1$ балла (для сравнения: у здоровых людей — $2,1 \pm 0,4$ балла (рис. 2).

При оценке психопатологического статуса больных с ПМК нарушения были выявлены у 60,9% обследованных, предъявлявших жалобы (140 человек). Из них у 30% было установлено ПР без агорафобии, у

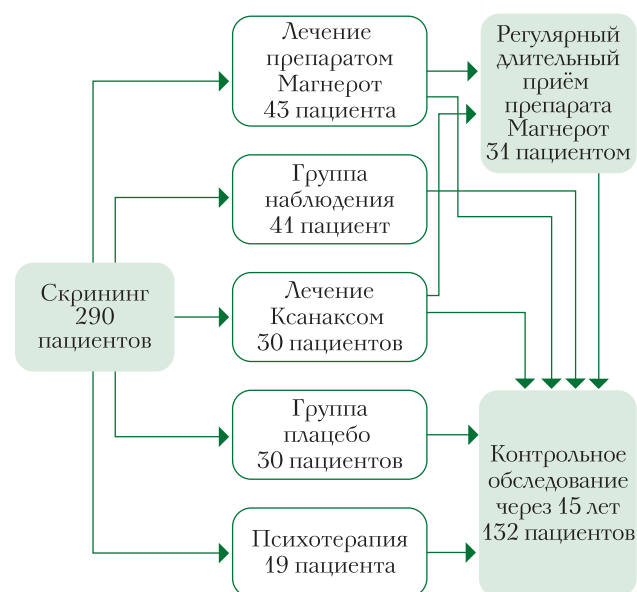


Рисунок 1. Дизайн исследования

25,7% — паническое расстройство с агорафобией, у 27,9% — ГТР, у 2,1% — другие ТФР, у 7,1% — расстройства личности, у 5,0% — аффективные расстройства, у 0,7% — эпилепсия и у 1,4% — шизофрения. Из общего числа выявленных больных с психопатологическими расстройствами во 2-ю группу включено 79 больных с ПР с агорафобией и без, с ГТР.

84 пациента с выраженными фенотипическими нарушениями при помощи метода стратифицированной рандомизации были разделены на 2 группы — группа лечения и группа наблюдения. Пациенты группы лечения (43 человека) получали препарат Магнерот, в дозе 3000 мг в сутки в течение 6 месяцев. Пациенты группы наблюдения не получали никаких препаратов. Магнерот содержит 500 мг оротата Mg (32,8 мг элементарного Mg), соответственно, суточная доза составляла 196,8 мг элементарного Mg.

79 пациентов с ТФР также при помощи метода рандомизации были распределены в группы фармакотерапии (Ксанакс-ретард — 30 человек, плацебо — 30 человек) и психотерапии (19 человек). Использовался

Ксанакс-ретард в дозировке 0,5 и 1,0 мг. Препарат назначался по следующей схеме: больные в течение первой недели получали от 1,5 до 4,5 мг 2 раза в сутки перед едой в зависимости от выраженности клинической картины. У лиц, не обнаруживших к концу первой недели терапии положительной динамики при лечении стартовой дозой Ксанакса, проводилось повышение суточной дозы на 0,5 мг в неделю. Через неделю при необходимости суточная доза могла быть увеличена на 0,5 мг. При этом суточная доза Ксанакса не превышала 4,5 мг. По окончании 6 недель терапии суточная доза ксанакса постепенно снижалась (не более 0,5 мг за 3 дня), а по окончании 10 недель препарат отменялся. Средняя суточная доза составила $2,1 \pm 0,2$ мг. Плацебо (Pharmacia & Upjohn, США) представляло собой таблетки аналогичного внешнего вида, которые назначались по схеме терапии Ксанаксом.

Психотерапия проводилась индивидуально методом краткосрочной когнитивно-бихевиоральной интервенции. Амбулаторный курс психотерапии включал 6 сеансов по 1,5 ч. На основе индивидуального жизненного опыта каждого пациента формировались има-

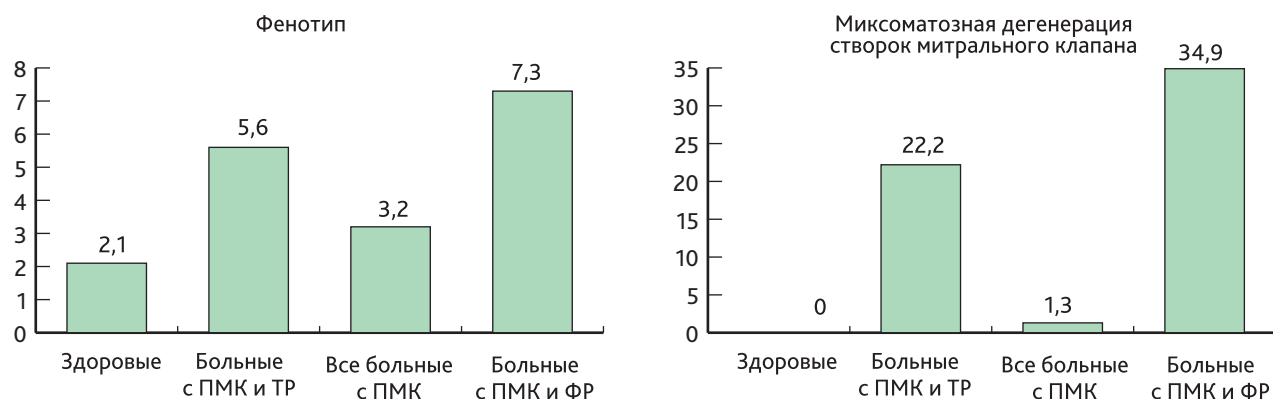


Рисунок 2. Фенотипические и ЭхоКГ особенности больных с ПМК

Таблица 1. Распределение обследованных лиц по полу и возрасту до лечения ($M \pm m$)

Обследованные группы	Мужчины		Женщины		Вся группа
	n	Средний возраст, лет	n	Средний возраст, лет	Средний возраст, лет
Группа Магнерот	24	22,0 ± 1,2	19	24,3 ± 0,9	23,1 ± 1,5
Группа Ксанакса	8	27,5 ± 0,9	22	26,1 ± 0,8	26,4 ± 1,0
Группа плацебо	10	25,3 ± 0,6	20	27,4 ± 1,3	26,7 ± 1,8
Группа психотерапии	6	26,1 ± 1,6	13	27,4 ± 1,5	26,9 ± 1,1
Группа наблюдения	21	26,9 ± 1,4	20	25,9 ± 1,1	26,4 ± 1,3

Таблица 2. Распределение обследованных лиц по полу и возрасту через 15 лет ($M \pm m$)

Обследованные группы	Мужчины		Женщины		Вся группа
	n	Средний возраст, лет	n	Средний возраст, лет	Средний возраст 41,9 ± 1,4 года
Группа Магнерот	14	37,8 ± 1,1	13	39,5 ± 1,0	38,9 ± 1,7
Группа Ксанакса	6	42,4 ± 0,8	13	41,3 ± 0,8	41,9 ± 1,2
Группа плацебо	7	42,0 ± 0,7	10	42,5 ± 1,5	42,1 ± 1,7
Группа психотерапии	4	41,9 ± 0,9	10	42,7 ± 1,3	42,3 ± 1,6
Группа наблюдения	11	41,7 ± 1,2	13	40,8 ± 1,4	41,6 ± 1,4
Группа длительного приёма препарата Магнерот	18	39,4 ± 0,9	13	38,9 ± 1,1	39,2 ± 1,2

гинативные (воображаемые) инструменты совладания с фобической ситуацией — стимулом (путём установления и упрочения ассоциативных связей между фобическим стимулом и воспоминанием о какой-либо приятной, психологически комфортной ситуации из прошлого). Таким образом, удавалось достичь дистанцирования пациентов от болезненных/неприятных ощущений, уменьшения их фиксации на своём состоянии, формирования позиции наблюдателя и навыков управления негативными эмоциями (страхом, тревогой).

Комплексное клиничко-инструментальное обследование было проведено всем больным до начала и в течение 1-й недели после завершения лечения, а также при контрольном обследовании через 13–15 лет после лечения.

В табл. 1 представлены характеристики группы обследованных пациентов.

В табл. 2 продемонстрированы возрастные и количественные характеристики пациентов, проходивших контрольное обследование через 15 лет.

КЖ у больных с ПМК изучали по шкалам VAS (Visual Analog Scale Шкала визуальных аналогий) и DISS (Disability Scale — шкала недееспособности). Обе шкалы предполагают использование самооценки КЖ пациентами. При использовании VAS применялась шкала «самочувствие», представляющая собой линию длиной 100 мм без обозначенных чисел или точек. Больной отмечал точкой на шкале своё впечатление о самочувствии дважды, в начале и в конце лечения. Шкала DISS состояла из трёх самостоятельных частей — работа, социальная (общественная) и семейная (личная) жизнь. Эти шкалы имеют между собой много общего, можно сказать, что DISS — это VAS, имеющая 10-балльную систему оценки. 0 означает «нет нарушений», 1–3 балла — «минимальные нарушения», 4–6 баллов — «умеренные», 7–9 баллов — «тяжелые нарушения» и 10 баллов — «несостоятельность». Уменьшение количества баллов на 50% и более расценивалось нами как клинически значимое улучшение.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

С целью изучения КЖ проводили его исследование с помощью самооценки по шкале VAS в группе больных ПМК и в контрольной группе здоровых лиц. В контрольной группе КЖ равнялось $80,0 \pm 6,6$ мм. У пациентов с ПМК определено статистически достоверно более плохое самочувствие — $59,7 \pm 2,8$ мм, $p < 0,01$. Через 6 месяцев приёма препарата Магнерот самооценка больных достоверно улучшилась (рис. 3).

У лиц, не получавших препарат Магнерот, КЖ по шкале VAS осталось неизменным. Через 15 лет выявлено значительное улучшение общего самочувствия

по сравнению с исходными показателями. Данные представлены в табл. 3.

По шкале DISS-работа до лечения нарушения отсутствовали в 3,7%, минимальные нарушения (1–3 балла) отмечены в 51,9%, умеренные (4–6 баллов) — в 33,3% и тяжёлые (7–10 баллов) — в 11,1% случаев, причём минимальные и тяжёлые нарушения чаще диагностированы у женщин. В результате проведённой терапии наблюдалась достоверная положительная динамика: нарушения не выявлены у 22,2%, лёгкая степень тяжести установлена у 63,0%, количество больных со средней степенью снизилось до 14,8%, а тяжёлая степень не выявлена вообще.

Магнерот – единственный в России оротат магния¹ - препарат двойного действия!

Магний – естественный антагонист кальция, участвует в расслаблении мышечного волокна, снижает агрегационную способность тромбоцитов, поддерживает нормальный трансмембранный потенциал в электровозбудимых тканях².

Оротовая кислота (витамин В₁₃) способствует повышению синтеза белка и АТФ³. Оротат магния отдает Mg²⁺ непосредственно в клетке.

Магнерот используется для профилактики и в комбинированном лечении:

- инфаркта миокарда;
- ишемической болезни сердца;
- некоторых видов нарушений сердечного ритма;
- хронической сердечной недостаточности;
- атеросклероза.

Магнерот также благоприятно влияет на уровень глюкозы крови при сахарном диабете и на качественный состав липидов.

Магнерот может применяться в период беременности и лактации.

Магнерот можно применять длительно.

Режим дозирования:

2 таблетки 3 раза в день – 7 дней,

далее 1 таблетка 2-3 раза в день не менее 2-х месяцев.



¹ Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: Справочник. М.: ЮБМ Медика Рус. 2013. 1640 с.

² Физиология человека под ред. Н.А. Агаджаняна, В.И. Циркина. СПб.: Сотис, 1998. 528 с.

³ Bourre J. Effects of nutrients (in food) on the structure and function of the nervous system: update on dietary requirements for brain. Part 1: micronutrients // J. Nutr. Health. Aging. 2006. 10 (5). P. 377–385.

Таблица 3. Динамика показателей VAS (самочувствие) у больных с ПМК на фоне терапии Магнеротом и в группе наблюдения и при контроле через 15 лет (мм, $M \pm m$)

Пациенты	Группа лечения			Группа наблюдения		
	До лечения	После лечения	Через 15 лет n = 27	Исходные значения	После 6 месяцев	Через 15 лет n = 24
Все больные	59,7 ± 2,8	78,4 ± 2,0#	70,4 ± 2,2	57,6 ± 2,7	58,4 ± 2,1	65,7 ± 2,1
Мужчины	61,6 ± 3,1	78,0 ± 2,4#	69,3 ± 2,5	60,4 ± 2,9	60,9 ± 2,5	64,8 ± 2,3
Женщины	57,2 ± 5,1	79,1 ± 3,4#	71,3 ± 3,1	56,4 ± 4,2	57,6 ± 3,6	66,8 ± 1,8

Примечание. Различия достоверны при сравнении результатов до и после лечения: # — $p < 0,05$

По шкале DISS-социальная жизнь изначально нарушений не отмечено в 11,1%, лёгкая степень установлена в 48,1%, средняя — в 37,0% и тяжёлая — в 3,7% случаев. После лечения число благополучных пациентов по шкале социальная жизнь увеличилось до 29,6%, минимальные изменения отмечены у 55,6%, умеренные — уменьшились до 14,8%, тяжёлые нарушения не были обнаружены.

Нарушения по шкале DISS — личная жизнь до лечения не выявлены у 14,8%, лёгкая, средняя и тяжёлая степени тяжести отмечены у 37, 33,3 и 14,8% больных соответственно. На фоне терапии возросло количество пациентов с отсутствием и минимальными нарушениями в личной жизни до 22,2 и 66,7% соответственно, с умеренными — уменьшилось до 11,1%, тяжёлые нарушения не выявлены.

До лечения у пациентов с ПМК среднее количество баллов по шкалам DISS — работа, социальная и личная жизнь было достоверно больше — $3,4 \pm 0,4$, $3,0 \pm 0,3$, $3,7 \pm 0,4$ по сравнению с контрольной группой, в которой среднее количество баллов составило $1,9 \pm 0,4$; $1,1 \pm 0,6$; $0,7 \pm 0,2$ соответственно.

На фоне терапии препаратом Магнерот у больных с ПМК выявлено достоверное улучшение по всем трём шкалам. В группе наблюдения не обнаружено динамики по шкалам DISS через 6 месяцев. Через 15 лет все показатели максимально приблизились к исходным значениям (рис. 4).

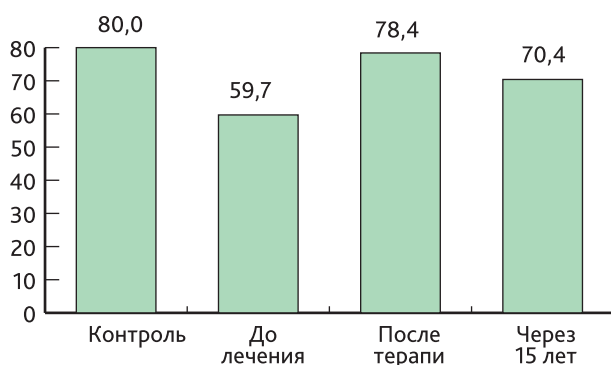


Рисунок 3. Динамика КЖ по шкале VAS у больных с ПМК на фоне терапии препаратом Магнерот и через 15 лет наблюдения

Изучение КЖ на фоне постоянной терапии препаратом Магнерот проводили с помощью самооценки методом визуальных аналогий (VAS) и по шкалам DISS. После регулярного длительного приёма Магнерота самооценка по шкале VAS больных достоверно улучшилась (табл. 4).

Таблица 4. Динамика показателей VAS у больных с ПМК на фоне регулярного приёма препарата Магнерот (мм, $M \pm m$)

Пациенты	Группа лечения, n = 31	
	До лечения	Через 15 лет
Все больные	59,6 ± 2,6	78,6 ± 2,3*
Мужчины	61,6 ± 3,1	79,3 ± 2,8*
Женщины	57,2 ± 5,1	78,3 ± 2,1*

Примечание. Различия достоверны при сравнении результатов до и после лечения: * — $p < 0,05$.

На фоне регулярного приёма препарата Магнерот у больных с ПМК выявлено достоверное улучшение по всем трём шкалам DISS (табл. 5). Причём, максимальный процент снижения количества баллов от исходного значения ($\Delta\%$) обнаружен по шкале DISS-работа.

После проведённого курса фармакотерапии Ксанаксом самооценка достоверно улучшилась, причём, как после приёма Ксанакса — $68,4 \pm 2,4$ мм и $\Delta\%$ $61,5 \pm 13,5$ ($p < 0,05$), так и плацебо — $68,3 \pm 3,4$ мм и $\Delta\%$ $32,9 \pm 11,5$ ($p < 0,01$) (рис. 5). Отсроченное обследование в обеих группах показало снижение показателя общего самочувствия у пациентов до $51,0 \pm 4,5$ мм.

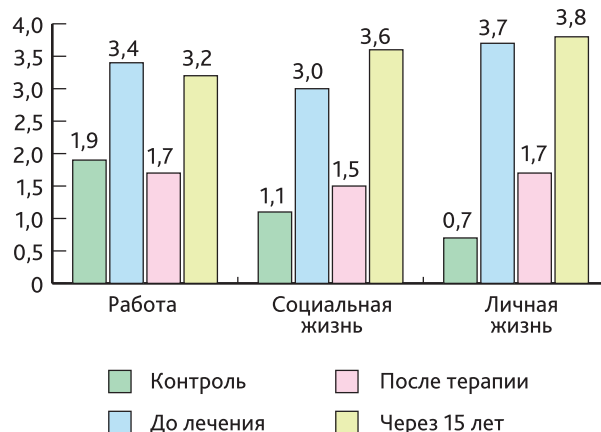


Рисунок 4. Динамика КЖ по шкале DISS у больных с ПМК непосредственно на фоне терапии препаратом Магнерот и через 15 лет

Таблица 5. Динамика показателей шкалы DISS у больных с ПМК на фоне регулярного приёма препарата Магнерот (баллы, $M \pm m$)

Шкалы	Группа лечения n = 31	
	До лечения	После лечения
Работа	3,4 ± 0,4	4,1 ± 0,2*
Социальная жизнь	3,0 ± 0,3	4,2 ± 0,1*
Личная жизнь	3,7 ± 0,4	4,4 ± 0,1*

Примечание. Различия достоверны при сравнении результатов до и после лечения: * — $p < 0,05$.

При использовании шкал DISS у больных с ТФР до лечения среднее количество баллов было достоверно больше по сравнению со здоровыми людьми (табл. 6), что прямо указывает на более плохое КЖ. После фармакотерапии отмечено достоверное улучшение во всех сферах ежедневной деятельности, причём в большей степени при терапии Ксанаксом.

Анализируя влияние Ксанакса на КЖ, можно отметить лучшие результаты у пациентов с изначально более плохими показателями по шкалам «самочувствие» и «работа» и более хорошими по шкале «личная жизнь».

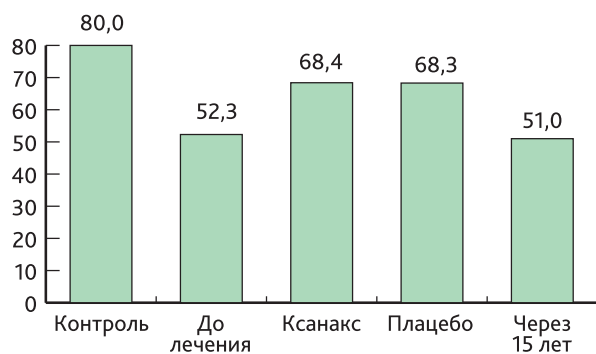


Рисунок 5. Динамика КЖ по шкале VAS у больных с ПМК на фоне терапии Ксанаксом и через 15 лет наблюдения

Через 15 лет наблюдения выявлено существенное ухудшения КЖ пациентов в обеих группах по шкалам работа и личная жизнь не только по сравнению с результатами после терапии, но и с исходными данными до проведённого лечения (рис. 6).

При проведении исследования КЖ путем самооценки по шкале VAS нами установлено, что после психотерапии самочувствие больных с ПМК и ТФР достоверно улучшилось (с $58,3 \pm 4,3$ до $82,4 \pm 1,8$ мм, $\Delta\% +52,1 \pm 13,2$). Клинически значимое улучшение самочувствия отмечено у 28,6% пациентов. При ретроспективном анализе показатель общего самочувствия значительно ухудшился даже по сравнению с показателями до лечения (до 51,7 мм).

По шкалам DISS выявлена тенденция к улучшению во всех трёх областях ежедневной деятельности, причём, по шкале «работа» — достоверно (табл. 7). Через 15 лет зарегистрировано существенное ухудшение КЖ наших пациентов по всем анализируемым показателям.

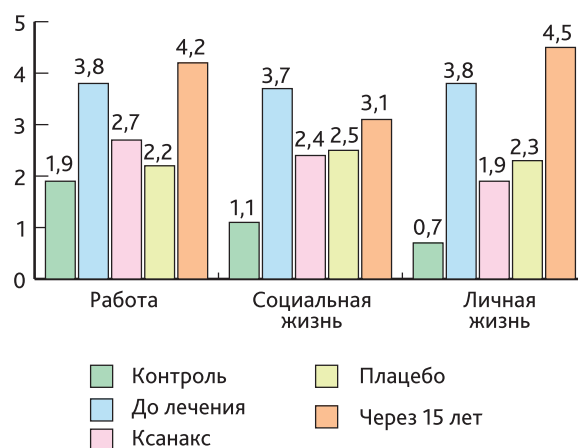


Рисунок 6. Динамика КЖ по шкале DISS у больных с ПМК на фоне терапии и через 15 лет

Таблица 6. Динамика показателей шкалы DISS у больных с ПМК на фоне фармакотерапии и через 15 лет наблюдения (баллы, $M \pm m$)

Шкалы	Контроль n = 23	Больные с ПМК				
		До лечения n = 36	После лечения		Через 15 лет наблюдения	
			Ксанакс n = 19	Плацебо n = 17	Ксанакс n = 19	Плацебо n = 17
Работа	1,9 ± 0,4	3,8 ± 0,4	2,7 ± 0,3&	2,2 ± 0,4&	4,2 ± 0,5	4,1 ± 0,4
Социальная жизнь	1,1 ± 0,6	3,7 ± 0,5*	2,4 ± 0,4&	2,5 ± 0,5&	3,1 ± 0,3	3,2 ± 0,4
Личная жизнь	0,7 ± 0,2	3,8 ± 0,5*	1,9 ± 0,3&	2,3 ± 0,5&	4,5 ± 0,6	4,4 ± 0,3

Примечание. Различия достоверны при сравнении результатов со здоровыми людьми: * — $p < 0,05$, до и после лечения: & — $p < 0,001$.

Таблица 7. Динамика показателей шкал DISS у больных с ПМК на фоне психотерапии и через 15 лет наблюдения (баллы, $M \pm m$)

Шкалы	Контроль n = 23	Больные с ПМК		
		До лечения n = 14	После лечения n = 14	Наблюдение через 15 лет n = 14
Работа	1,9 ± 0,4	2,9 ± 0,5	4,7 ± 0,2	4,0 ± 0,8
Социальная жизнь	1,1 ± 0,6	2,5 ± 0,4#	1,9 ± 0,4	3,7 ± 0,5
Личная жизнь	0,7 ± 0,2	2,4 ± 0,4#	2,0 ± 0,3	5,0 ± 1,2

Примечания. Различия достоверны при сравнении результатов до и после лечения: * — $p < 0,05$, со здоровыми людьми: # — $p < 0,05$

Оценивая влияние терапии препаратом Магнерот, Ксанаксом, психотерапии на симптоматику и степень тяжести всех клинических проявлений у больных ПМК необходимо подчеркнуть достоверное улучшение общего состояния пациентов и уменьшение частоты и степени тяжести всех клинических синдромов и симптомов заболевания. У женщин тяжесть клинической картины была более значительной, чем у мужчин, как до, так и после лечения. Через 15 лет отмечено повторное появление большинства клинических признаков заболевания и отсутствие сохранения эффекта проведённого лечения. В то же время следует отметить более лёгкое течение практически всех клинических проявлений у наших пациентов.

Наши данные совпадают с мнением J.C Ballenger с соавт. [14], которые отмечают, что введение в практику Ксанакса дало реальную возможность улучшить КЖ и уменьшить частоту панических атак у больных с ПМК. Эти показатели позволяют подтвердить целесообразность изучения различных параметров КЖ для полной оценки результатов проводимой терапии у лиц с малосимптомными или без явных функциональных ограничений заболеваниями, при которых имеется видимое благополучие больных, а лечение проводится амбулаторно.

Выводы

Таким образом, у пациентов с ПМК определено статистически достоверно более плохое самочувствие по шкале VAS — $59,7 \pm 2,8$ мм (в контрольной группе — $80,0 \pm 6,6$ мм, $p < 0,01$). При исследовании КЖ не выявлено различий по половому признаку. После курсового применения магниево-оротовой кислоты (препарата Магнерот) установлено достоверное повышение КЖ у больных с ПМК, причем по шкале «работа» — у женщин в большей степени. Через 15 лет выявлено значительное улучшение показателя общего самочувствия от исходного, несмотря на то, что по шкалам DISS зарегистрирована отрицательная динамика, особенно в социальной жизни у мужчин. После регулярного применения установлено достоверное повышение КЖ у больных с ПМК.

После терапии как Ксанаксом, так и плацебо достоверно улучшилась самооценка пациентов. Отмечено достоверное улучшение во всех сферах деятельности, особенно после приема Ксанакса, что привело к повышению КЖ по шкалам «самочувствие», «работа», «социальная и личная жизнь». Через 15 лет наблюдения выявлено существенное ухудшение КЖ пациентов в обеих группах по шкалам «работа» и «личная жизнь» не только по сравнению с результатами после терапии, но и с исходными данными до проведённого лечения.

После проведения курса психотерапии КЖ у больных с ПМК и ТФР достоверно улучшилось, особенно по шкалам «самочувствие» и «работа». Полная или почти полная редукция различных нарушений установлена у 21,4% больных. Через 15 лет зарегистрировано существенное ухудшение КЖ наших пациентов по всем анализируе-

мым показателям. Но на фоне регулярного приёма препарата Магнерот пациентами с ПМК в течение многих лет установлено достоверное повышение КЖ. Полученные результаты подчеркивают важность проблемы оценки КЖ у пациентов с ПМК, предъявляющих много жалоб, но сохраняющих трудоспособность.

Р

Список литературы

1. Беленков Ю.Н. Руководство по амбулаторно-поликлинической кардиологии. // М. 2007. № 2. 400 с.
2. Вёрткин А.Л., Вилковский Ф.А., Городецкий В.В. и др. Применение магния и оротовой кислоты в кардиологии. // Методические рекомендации. 2005. 23 с.
3. Гиляревский С.Р. Оценка качества жизни больных ревматическим митральным пороком сердца после протезирования митрального клапана // Автореферат дис. канд. мед. наук. М., 1992.
4. Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. 2002. № 2. С. 100–103.
5. Голод С.И. Стабильность семьи: социологический и демографический аспекты. Л., Наука, 2003. 136 с.
6. Голод С.И. XX век и тенденции сексуальных отношений в России. Санкт-Петербург, 2001.
7. Калинин В.В. Препарат ксанакс (альпразолам): применение в клинической практике // Соц. и клин. психиатрия. 2004. № 3. С. 132–139.
8. Кассинов Г. Рационально-эмоционально-поведенческая терапия как метод лечения эмоциональных расстройств // Психотерапия: от теории к практике. Материалы 1-го Съезда Российской психотерапевтической ассоциации. Санкт-Петербург, 1995. С. 88–99.
9. Коц Я.И., Либис Р.А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. 2001. № 5. С. 66–77.
10. Мартынов А.И., Степура О.Б., Остроумова О.Д. и др. Особенности клинической картины у пациентов с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца // Актуальные вопросы медицины (материалы итоговой научной конференции ММСИ). Москва, 1998. С. 6.
11. Мартынов А.И., Степура О.Б., Пак Л.С. и др. Влияние терапии на качество жизни кардиологических больных // Российские медицинские вести. 1999. № 1. С. 28–34.
12. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. Алпразолам и бромзапам в лечении психических расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Терапевтический архив. 1998. № 12. С. 26–30.
13. Шмуклер А.Б. Проблемы использования «качества жизни» в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 6. № 1. С. 100–104.
14. Ballenger J.C., Burrows G.D. Alprazolam in panic disorders and agoraphobia // Arch. Gen. Psychiatry. 2008. № 45. P. 413–422.
15. Classen H. Stress reactions modified by magnesium status. // Magnesium Bull. 2005. № 1a. P. 148–154.
16. Davidson J.R., Tupler L.A., Potts N.L. et al. Treatment of social phobia with benzodiazepines. // J. Clin. Psychiatry. 2004. Jun. Vol. 55. Suppl. P. 28–32.

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

Авторы выражают благодарность компании «Вёрваг Фарма».