

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЫШЕЧНОЙ СИЛЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

¹Морголь А.С., ¹Слободская Н.С., ¹Кежун Л.В., ²Гуж А.Г.

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Городская поликлиника №6, Гродно

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из актуальных проблем современной кардиологии по причине высокой распространенности, частых повторных госпитализаций, высокого уровня инвалидности и смертности. В мире ХСН страдают не менее 15 млн человек, а ежегодно выявляется более 1 млн новых случаев ХСН. Распространенность клинически выраженной ХСН во взрослой популяции составляет не менее 1,8-2,0%, а среди лиц старше 65 лет – 6-10%; трехлетняя выживаемость пациентов с сердечной недостаточностью - менее 50% [3].

Увеличение длительности жизни и повышение качества жизни (КЖ) является целью лечебно-реабилитационных мероприятий, в связи с чем ошутимо возрос интерес к исследованию различных аспектов КЖ при ХСН. Одной из основных причин снижения КЖ на ранних стадиях ХСН является ограничение физической активности, которое развивается при данной патологии в результате структурных изменений периферических мышц и снижения вазодилатирующей способности сосудов скелетной мускулатуры [1]. Снижение физической работоспособности приводит к ухудшению состояния и при бытовых нагрузках, является одним из основных показателей тяжести и прогноза ХСН.

Тем не менее, в литературе нет чётких данных о связи количественных показателей мышечной силы с уровнем КЖ у пациентов с ХСН. Таким образом, изучение уровня КЖ у пациентов с ХСН в зависимости от показателей мышечной силы представляется актуальным.

Целью настоящего исследования было изучение КЖ, показателей мышечной силы и установление их взаимосвязей у пациентов с ХСН.

Методом одномоментного скринингового исследования на

базе кафедры поликлинической терапии ГрГМУ были обследованы 30 пациентов с ХСН (20 женщин и 10 мужчин), средний возраст исследуемых составил 72 (70, 74) года. В исследование включались пациенты, у которых ХСН развилась как результат артериальной гипертензии или ишемической болезни сердца. Критериями исключения были следующие состояния: онкологические заболевания, ХОБЛ, бронхиальная астма, дыхательная недостаточность, стойкие нарушения сердечного ритма, клапанная патология сердца, аутоиммунные и ревматические заболевания, инсулинзависимый сахарный диабет, диабетическая энцефалопатия, полинейропатия, ангиопатия, длительный приём глюкокортикоидов.

Всем участникам проводилась оценка антропометрических данных, рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), выполнялись общеклинические исследования и ЭКГ. Для подтверждения функционального класса (ФК) ХСН в соответствии с Нью-Йоркской классификацией кардиологов (NYHA) и согласно национальным рекомендациям [2], всем пациентам проводился тест 6-минутной ходьбы. При проведении теста пациенту необходимо пройти как можно большую дистанцию в своем собственном темпе за 6 мин. по размеченному через 1 м коридору. Пройденная пациентом за 6 минут дистанция, соответствующая 0 ФК ХСН, составляет >551 м, I ФК ХСН – 426-550 м, II ФК ХСН – 301-425 м, III ФК ХСН – 151-300 м, IV ФК ХСН – <150 м.

КЖ изучали анкетно-опросным методом с помощью Миннесотского опросника, который, по мнению большинства авторов, считается “золотым стандартом” изучения КЖ пациентов с ХСН. Тест содержит 21 вопрос и охватывает различные стороны КЖ пациентов с ХСН. Ответы позволяют определить степень ограничения физических возможностей пациента и оценить влияние заболевания на социально-экономические аспекты и эмоциональное восприятие жизни. Оценка проводится по сумме баллов в диапазоне от 0 до 105. Арифметическая сумма баллов характеризует КЖ пациента от абсолютно хорошего до абсолютно неудовлетворительного [4].

Мышечную силу верхних конечностей определяли с помощью динамометрии на обеих руках динамометром кистевым

ДК-100 в деканьютонах (даН). Мышечную силу нижних конечностей определяли с помощью теста подъема со стула. При проведении теста пациента просят встать со стула 5 раз так быстро, как это возможно, с руками, сложенными на груди, при каждом подъеме колени должны полностью разгибаться. Оценивается время, затраченное на подъем. Время выполнения теста более 10 сек. свидетельствует о снижении мышечной силы в нижних конечностях и является фактором риска падений.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 7.0».

Результаты и их обсуждение. В результате оценки антропометрических данных установлено, что средний ИМТ у исследуемых лиц составил 27,99 [26,26; 31,22] кг/м².

По результатам клинического обследования и проведения теста 6-минутной ходьбы у 5 (16,7%) пациентов был установлен I ФК ХСН, у 25 (83,3%) пациентов – II ФК ХСН.

Показатель КЖ составил в среднем $37,46 \pm 3,06$ баллов.

Время выполнения теста подъема со стула в среднем составило $12,07 \pm 0,92$ секунды. Более чем за 10 секунд тест выполнили 70% пациентов, что свидетельствует о снижении силы мышц в нижних конечностях. Время выполнения теста у мужчин составило $10,1 \pm 3,2$ сек. и было меньше ($p=0,03$), чем у женщин – $13,8 \pm 4,6$. Таким образом, сила мышц нижних конечностей у мужчин выше, чем у женщин.

Показатели динамометрии правой руки мужчин составили 39 (38, 43) даН, и были выше ($p=0,003$), чем у женщин – 20 (19, 22) даН. Показатели динамометрии левой руки у мужчин составили $36,9 \pm 4,3$ даН, и были выше ($p=0,0002$), чем у женщин – $18,1 \pm 3,8$ даН. Таким образом, сила мышц верхних конечностей у мужчин выше, чем у женщин.

Выполненный нами корреляционный анализ установил прямую корреляционную связь между уровнем КЖ и временем выполнения теста подъема со стула ($R=0,352$; $p=0,0008$), а также отрицательную корреляционную связь между уровнем КЖ и показателями динамометрии правой руки ($R=-0,503$; $p=0,0039$) и левой руки ($R=-0,488$; $p=0,0053$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о взаимосвязи КЖ с показателями мышечной силы как верхних, так и нижних конечностей у пациентов с ХСН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аринчин Н.И. Периферические «сердца» человека. 2-е издание. - Минск: Наука и техника, 1988. – 64 с.
2. Атрощенко Е.С., Курлянская Е.К., Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности // Национальные рекомендации, Министерство здравоохранения Республики Беларусь, РНПЦ «Кардиология», Минск 2010.
3. Булашова О.В., Фаррахова Г.Р., Слепуха Е.Г. Значение определения качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью // Казанский медицинский журнал. – 2003. - № 3. – С. 183 – 186.
4. Воронков Л.Г., Парашенюк Л.П., Качество жизни при хронической сердечной недостаточности: актуальные аспекты // Сердечная недостаточность. – 2010. - № 2. – С. 12-16.

ОЦЕНКА РЕАКТИВНОСТИ СОСУДОВ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И ВАЗОДИЛАТАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Нечипуренко Н.И., Василевская Л.А., Черненко Н.И.

Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии, Минск

Введение. В качестве интегрального показателя адаптационных возможностей сосудистой системы у пациентов с хронической ишемией мозга (ХИМ) рассматривается реактивность сосудов мозга, характер изменений которой оказывает влияние не только на церебральный кровоток, но и центральную гемодинамику. Системные нарушения функциональной активности эндотелия являются одним из механизмов генерализации патологических процессов, в частности, ухудшения гемодинамики и активации патобиохимических реакций у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) [1].

Цель исследования – изучение вазомоторной функции эндотелия у пациентов с ХИМ.

Методы исследования. Критериями включения в исследование явились: наличие диффузной неврологической симптоматики и умеренных когнитивных нарушений,