

Т.А. Пронько, В.М. Горох, Е.В. Шейко
ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ
У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Качество жизни (КЖ) человека, по определению ВОЗ, – это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии [6, 7]. Инструменты оценки КЖ – общие и специфические опросники, разработанные экспертами ведущих мировых клинических центров в соответствии с принципами доказательной медицины. Как показывают исследования, личное восприятие качества жизни в большей степени коррелирует с работоспособностью пациента и риском смерти, чем ряд объективных параметров, оценивающих функцию сердца [1, 3]. Одним из основных показателей тяжести и прогноза при ишемической болезни сердца (ИБС) является снижение физической работоспособности [2]. Физическая работоспособность является также одним из ведущих критериев в определении качества жизни.

Цель работы: оценить физическую активность и качество жизни у пожилых больных острым инфарктом миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Было обследовано 38 больных ИМ (18 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 62 до 75 лет, средний возраст 68,3 года), проходивших лечение в кардиологическом отделении I ГКБ г. Гродно. В группу контроля вошел 21 практически здоровый человек без сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе (13 мужчин и 8 женщин, в возрасте от 55 до 71 года, средний возраст 60,3 года). В качестве методов исследования использованы: русская валидизированная версия опросника SF-36 [1, 8]. Опросник включает шкалы, отражающие различные аспекты КЖ, а также два объединенных показателя «Физический компонент здоровья» и «Психологический компонент здоровья». Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ [3, 6]. Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение равно 100. Чем выше показатель по каждой шкале, тем лучше КЖ по этому параметру. В настоящее время методику SF-36 рассматривают как «золотой» стандарт оценки КЖ больных с поражением системы кровообращения [6, 8].

Для оценки физической работоспособности были использованы индекс активности университета Дьюка (DASI) и тест с 6-минутной ходьбой, проводившийся по стандартной методике [5, 9].

Все виды анкетирования пациентов и тест с 6-минутной ходьбой проводились перед выпиской больных из стационара.

Результаты. Показатели качества жизни представлены в таблице 1. Как видно из таблицы 1, у здоровых лиц средние показатели КЖ отлича-

лись от 100% уровня «идеального здоровья». Однако полученные нами данные согласуются с данными популяционных исследований с использованием русскоязычной валидизированной версии опросника SF-36, проведенных в России [4].

Таблица 1 – Показатели качества жизни по данным SF-36 ($M \pm m$)

Показатели	Здоровые	ИМ
Восприятие общего состояния здоровья (GH)	57,48 $\pm$ 3,5	45,43 $\pm$ 2,93**
Физическая активность (PF)	81,95 $\pm$ 3,3	47,03 $\pm$ 3,54***
Рольевые ограничения вследствие физических проблем (RP)	67,86 $\pm$ 8,1	32,43 $\pm$ 6,56**
Рольевые ограничения вследствие эмоциональных проблем (RE)	90,6 $\pm$ 4,7	60,6 $\pm$ 10,6*
Социальное функционирование (SF)	56,86 $\pm$ 2,7	47,30 $\pm$ 1,52
Физические боли (BP)	74,81 $\pm$ 4,4	28,19 $\pm$ 2,8***
Энергичность/жизнеспособность (VT)	59,29 $\pm$ 3,1	46,49 $\pm$ 3,17*
Психическое здоровье (MH)	67,7 $\pm$ 2,2	66,68 $\pm$ 2,51

Примечания: * – достоверные отличия по сравнению с группой здоровых ($p < 0,05$); ** – ($p < 0,01$); *** – ($p < 0,001$).

Полученные результаты пациентов с ИМ по многим шкалам опросника SF-36 оказались достоверно ниже, чем у лиц контрольной группы. У больных ИМ интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью была выше на 62% по сравнению со здоровыми ($p < 0,001$). Следствием этого явилось выраженное ограничение физической активности. Так, состояние физической активности (RF) было на 42,6% ниже по сравнению со здоровыми ($p < 0,001$). Состояние физическоролевого функционирования (RP) у больных ИМ было снижено на 52,2% по сравнению с группой контроля ($p < 0,01$). Наряду с показателями физического здоровья, у больных ИМ страдает и психический компонент. Так, пониженный уровень показателя (RE) эмоционально-ролевого функционирования (на 33% ниже по сравнению со здоровыми, $p < 0,05$) прямо указывает на наличие у больного тревожности и депрессии, создающих у больного проблемы, связанные с работой и другой регулярной деятельностью. Жизнеспособность (VT) у больных ИМ была также снижена по сравнению с группой здоровых ($p < 0,05$). Общее состояние здоровья (GH) у больных ИМ было ниже на 23% по сравнению со здоровыми лицами ($p < 0,01$).

Индекс активности DASI показал наличие снижения физической активности у пожилых больных ИМ (18,01 $\pm$ 1,18 балла против 38,92 $\pm$ 3,42 у здоровых, $p < 0,001$), что подтверждает данные, полученные при использовании опросника качества жизни SF-36. По результатам 6-минутного теста в группе ИМ толерантность к физическим нагрузкам была достоверно ниже по сравнению с группой контроля (552,3 $\pm$ 22,7 м против 258,1 $\pm$ 20,75 м, $p < 0,001$).

Изучение КЖ больных ИМ позволяет оценить степень воздействия данной патологии на жизнь пациента, выделить те ее сферы, которые подвержены наибольшему влиянию заболевания. Согласно нашим данным, КЖ больного ИМ страдает в большей степени из-за ограничений его физических возможностей, что согласуется с литературными данными [2, 7, 8]. Такое ограничение приводит к снижению социального функционирования, и в дальнейшем к депрессии [7].

Таким образом, у больных ИМ происходит значительное снижение КЖ по сравнению со здоровыми лицами, преимущественно за счет снижения физической активности, увеличения интенсивности боли, снижение общей жизнеспособности. Количественные показатели КЖ объективно отражают особенности нарушений жизнедеятельности у больных ИМ и могут учитываться при установлении уровня ограничения жизнедеятельности и степени утраты трудоспособности. Показатели КЖ могут быть полезны для максимальной индивидуализации терапии; при решении вопроса о выборе метода лечения, когда терапевтические цели взаимно исключают друг друга и стоит выбор между качеством или количеством жизни больного, при оценке эффективности клинических испытаний и деятельности различных служб здравоохранения.

Литература

1. Аронов, Д.М. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Д.М. Аронов, В.П. Зайцев // Кардиология. – 2002. – № 5. – С. 92-95.
2. Левичева, Е.Н. Сравнительная характеристика качества жизни и физического статуса больных ишемической болезнью сердца и аортальными пороками // Кардиология. – 2009. – № 4. – С. 4-8.
3. Новик, А.А., Ионова, Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова // СПб.: Издательский дом «Нева», М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320 с.
4. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования «Мираж» / В.Н. Амирджанова и др. // Научно-практическая ревматология. – 2008. – №1. – С. 36-48.
5. A brief self-administered questionnaire to determine functional capacity (the Duke Activity Status Index) / M. Hlatky, e.a. // Am J of Cardiol. – 1989. – V. 64. – P. 651-654.
6. Apolone, G. The Italian SF-36 Health Survey translation, validation and norming / G. Apolone, P. Mosconi // J. Clin. Epidemiology. – 1998. – Vol. 11. – P. 1025-1036.
7. Kubica, A. Psychologiczny aspekt zawału serca – niedoceniana zmienna w procesie terapii i rehabilitacji // Folia Card exp. – 2009. – №4. – P.197-199.
8. Ware, J.E. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski // The Health Institute, New England Medical Center. – Boston, Mass. – 1993. – 45 p.
9. Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology.

А.В. Пырочкин, А.В. Болтач, О.П. Люткевич
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ИБС

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Целью данной работы явилось изучение частоты развития дисфункции эндотелия (ДЭ) и ее особенностей в разных группах больных ИБС и АГ в зависимости от формы ИБС с использованием импедансометрии и ультразвука высокого разрешения.

Обследовано 247 больных с различными формами ИБС (в сочетании с АГ II степени): впервые возникшей стенокардией (ВВС), прогрессирующей стенокардией (ПС), стабильной стенокардией напряжения (СН), инфарктом миокарда (ИМ), спустя 4 недели от момента развития, постинфарктным кардиосклерозом (ПИКЗ) с длительностью не менее года и с перенесенным не менее 1 года назад острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). 72 здоровых добровольца обследованы в качестве контрольных групп. Критериями исключения были: возраст старше 60 лет, наличие АГ III ст., хронической сердечной недостаточности выше ФК II по NYHA, фибрилляции предсердий, сахарного диабета, хронической обструктивной болезни легких. Характеристика групп представлена в таблице 1. Вазоактивные препараты отменялись пациентам за 48 часов до исследования. Вазомоторную функцию эндотелия в группах 1–7 исследовали методом импедансометрии на компьютерном реографе «Импекард» фирмы «Интекард», РБ. Определялись показатели эндотелийзависимой (ЭЗВД) – $(dz/dt \max)$ и эндотелийнезависимой (ЭНЗВД) вазодилатации. Измерения проводились 6 раз: в покое, через 1, 2 и 3 мин. после декомпрессии, на 5-й минуте отдыха и через 3 мин. после сублингвального приема 0,5 мг нитроглицерина [2]. При изучении функции эндотелия в группах 8–11 использовалась проба с реактивной гиперемией по методике, описанной D. Celermajer [5]. Измерения проводились с помощью линейного датчика 7,5 МГц ультразвуковой системы Philips P700, который устанавливался на 2–5 см выше локтевого сгиба. Реакцию на усиление кровотока, то есть ЭЗВД, рассчитывали как разницу диаметра на фоне реактивной гиперемии (РГ) и исходного уровня. Кроме того, были рассчитаны показатели напряжения сдвига на эндотелии по формуле $\tau=4*\eta*S/d$, где η – вязкость крови (в среднем 0,05 Пз), S – максимальная линейная скорость кровотока, d – диаметр плечевой артерии (ПА), и чувствительность ПА к напряжению сдвига $K=(\Delta d/d_0)/(\Delta \tau/\tau_0)$. Чем выше показатель K , тем лучше чувствительность ПА к напряжению сдвига.

Таблица 1 – Общая характеристика групп обследованных больных