

Порохня Елена Васильевна,
Кандидат медицинских наук,
ООО «Северная звезда» поликлиника Авеню,
г. Ростов-на-Дону

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Аннотация: Выполнено исследование качества жизни больных с различными формами ишемической болезни сердца. Обследовано 104 пациента, средний возраст $64,5 \pm 1,2$ лет, длительность заболевания более 7 лет. Сбор данных для исследования осуществлялся методом анкетирования. Результаты исследования показали, что у всех обследованных пациентов такие показатели качества жизни, как «социальное функционирование», «физическое функционирование» и «общее здоровье», коррелировали с выраженностью сердечной недостаточности.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, качество жизни, стенокардия.

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) продолжает лидировать среди причин смертности во всем мире, при этом лечение зачастую длится всю жизнь, изменяя привычки и образ жизни больного [3]. Самой распространенной формой ИБС признана стабильная стенокардия напряжения. В соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов, Европейского общества по борьбе с атеросклерозом и Европейского общества артериальной гипертензии, а также Российскими рекомендациями по диагностике и лечению стабильной стенокардии больным, страдающим ИБС рекомендуется комплексное лечение, включающее β -адреноблокаторы, пролонгированные нитраты, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), гиполипидемическая и антитромботическая терапия.

Одним из критериев эффективности и безопасности проводимого лечения является динамика качества жизни (КЖ). Исследование КЖ больного до начала и в процессе терапии помогает получить ценную информацию об индивидуальной реакции человека на заболевание и проводимое лечение [3]. По определению ВОЗ, качество жизни, – это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии [4].

Изучение качества жизни больного является одной из ключевых задач в лечении ИБС, позволяет сравнить эффективность различных программ лечения [2], влияние заболевания на физическое, социальное и психологическое функционирование пациента, судить о прогнозе течения заболевания.

С целью изучения различных параметров качества жизни больного ИБС используются специальные опросники.

Методика исследования

В данном исследовании участвовали 104 больных ИБС, в том числе 66 мужчин и 38 женщин. Их средний возраст составил $64,5 \pm 1,2$ лет, длительность ИБС – более 7 лет. Все пациенты имели симптомы сердечной недостаточности (СН) 1-2А степени, с фракцией выброса (ФВ) более 50%. Исследуемые пациенты были разделены на 3 группы: страдающие стабильной стенокардией напряжения ФК 3 (СтН ФК 3), стабильной стенокардией напряжения ФК 3 после перенесенного инфаркта миокарда (после ОИМ) и с нестабильной прогрессирующей стенокардией (НС). Основные характеристики больных представлены в таблице № 1.



Таблица № 1.

Основные характеристики пациентов, участвующих в исследовании.

Показатель	СтН ФК 3	НС	После ОИМ
Количество больных	52	24	28
Средний возраст (лет)	63,9±1,1	62,0±1,7	61,8±2,5
Длительность ИБС (лет)	7,2±1,8	7,9±1,4	7,5±1,1
Стадия хронической СН (ХСН)	1,2±0,5	1,5±0,1	1,4±0,1
Функциональный класс (ФК) ХСН	2,5±0,4	2,1±0,5	2,2±0,1
Исходная ФВ (%)	59,6±1,4	61,2±2,0	58,9±1,5

Примечание: $p \geq 0,05$ для всех значений в таблице.

Исследуемые группы больных ИБС существенно не отличались между собой ни по возрасту, ни по характеру течения ИБС, ни по выраженности ХСН.

При первичном обследовании больные проходили общепринятое клиническое обследование у кардиолога в условиях поликлиники Авеню (г.Ростов-на-Дону), включающее лабораторные (общий клинический, биохимический анализы крови) и инструментальные методы исследования (электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография, суточное ЭКГ-мониторирование, по показаниям – велоэргометрия). После выполненного обследования больным давались рекомендации, соответствующие современным стандартам лечения ИБС, которые включали помимо комплексной лекарственной терапии, соблюдение принципов здорового образа жизни и гипохолестериновой диеты. Спустя год после первичного обследования выполнялось анкетирование указанных групп больных. При этом в исследование были включены только пациенты, выполнявшие на протяжении года все полученные рекомендации.

КЖ оценивалось с помощью опросника SF-36, отражающего субъективную удовлетворенность пациента своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а также самооценку интенсивности болевого синдрома. Полученные результаты были представлены в виде оценок в баллах по 8 шкалам, при этом более высокая оценка указывала на лучшее КЖ. Количественно оценивали, а затем анализировали следующие показатели:

1. Physical Functioning (PF) – **физическое функционирование**, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).

2. Role-Physical (RP) – влияние **физического** состояния на **ролевое функционирование** (работу, выполнение будничной деятельности).

3. Bodily Pain (BP) – **интенсивность боли** и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. General Health (GH) – **общее состояние здоровья** – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Vitality (VT) – **жизнеспособность** (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).

6. Social Functioning (SF) – **социальное функционирование**, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. Role-Emotional (RE) – влияние **эмоционального** состояния на **ролевое функционирование**, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние



мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.).

8. Mental Health (MH) – оценка *психического здоровья*, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций) [1].

Статистическая обработка результатов анкетирования проводилась с помощью программы статистического анализа «Statistika.6» (Statsoft, США). Результаты представлены в виде средних величин и ошибки средних величин ($M \pm m$). За статистически значимые принимались отличия при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Были изучены особенности КЖ у пациентов, страдающих различными формами ИБС, проведено их сравнение с показателями КЖ здоровых людей. Полученные результаты представлены в таблице № 2, из которой видно, что в результате анкетирования больных ИБС установлено значительное снижение их КЖ в сравнении со значениями данных показателей у здоровых лиц. Различия между показателями основных групп были недостоверны. У всех больных ИБС был отмечен низкий уровень физического ролевого функционирования (RP) ($p \leq 0,05$ в сравнении с результатами здоровых лиц), при этом самый низкий показатель был у пациентов со СтН ФК 3. Кроме того, у пациентов данной группы было отмечено достоверное снижение физического функционирования (PF) и эмоционального ролевого функционирования (RE), по сравнению со здоровыми лицами, в отличие от пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ) и с НС.

Таблица № 2.

Качество жизни больных, выполнявших рекомендации
врача-кардиолога, через год после первичного обследования.

Шкалы SF-36	Больные, перенесшие ОИМ	Больные с НС	Больные с СтН ФК 3	Здоровые лица [4].
Физическое функционирование (PF)	55,9±6,2	54,1±4,4	49,1±4,0*	96,0±21,3
Физическое ролевое функционирование (RP)	31,6±6,3*	25,1±6,6*	18,4±5,0*	90,1±19,8
Физическая боль (BP)	47,9±4,9*	45,2±4,1*	50,6±3,6*	89,8±19,2
Общее здоровье (GH)	49,2±4,8	42,3±3,1	42,2±2,2	73,4±17,2
Жизненная сила (VT)	50,8±4,2	47,4±3,1	48,2±2,6	62,4±14,1
Социальное функционирование (SF)	56,4±5,2	61,9±4,1	63,7±3,2	85,1±18,7
Эмоциональное ролевое функционирование (RE)	36,3±8,5	40,1±6,6	33,1±5,1*	65,2±15,1
Ментальное здоровье (MH)	54,4±3,5	51,6±3,7	58,7±2,9	63,1±14,6

Примечание: * – $p \leq 0,05$ в сравнении с показателями здоровых лиц.



Значительное влияние на КЖ у всех исследуемых больных ИБС оказывала интенсивность боли (ВР, «физическая боль») ($p \leq 0,05$ в сравнении с данным показателем у здоровых лиц). При этом, величина данного показателя коррелировала с частотой приступов стенокардии и потребностью в нитроглицерине для их купирования, что еще раз подтверждает влияние клинической манифестации ИБС на КЖ пациентов с НС и СтН ФКЗ. У больных, перенесших ОИМ, показатель «физическая боль (ВР)» не зависел от выраженности болевого синдрома. Возможно, он ассоциировал с другими проявлениями ИБС, например, с симптомами сердечной недостаточности: отеки у пациентов после перенесенного ОИМ встречались в 6-7 раз чаще, чем в других изучаемых группах.

Необходимо отметить, что статистически значимые корреляционные связи установлены между показателем КЖ «физическое функционирование (PF)» и ФК СН у пациентов с НС и ОИМ, между показателем КЖ «физическое функционирование (PF)» и стадией ХСН у пациентов после ОИМ, между показателем КЖ «физическое функционирование (PF)» и величиной исходной ФВ у пациентов с НС ($p \leq 0,05$).

Низкий показатель «социальное функционирование (SF)» у больных, перенесших ОИМ, также коррелировал со степенью выраженности ХСН, что подтверждает безусловное влияние ХСН на качество жизни больных, перенесших ОИМ.

Так же отмечена достоверная обратная корреляционная связь между выраженностью одышки и более высоким, чем в других группах, показателем КЖ «общее здоровье» у больных, перенесших ОИМ.

В то же время, при попытке обнаружить взаимосвязь между длительностью ИБС и показателем «общее здоровье (GH)», достоверная корреляционная связь отмечена лишь у больных, страдающих НС.

Обсуждение

1. У пациентов с различными формами ИБС, КЖ по таким параметрам как «физическая боль (ВР)» и «физическое ролевое функционирование (RP)» было достоверно ниже, чем у здоровых лиц. Снижение показателя «физического функционирования (PF)» и «эмоционального ролевого функционирования (RE)» наблюдалось лишь у пациентов со СтН ФК 3.

2. У всех пациентов с ИБС показатели качества жизни «общее здоровье (GH)», «физическое функционирование (PF)» и «социальное функционирование (SF)» зависели от субъективных (ФК и стадия СН, выраженность одышки) и объективных (ФВ) параметров, характеризующих выраженность сердечной недостаточности.

3. Величина показателя «физическая боль (ВР)» у пациентов с НС и СтН ФКЗ коррелировала с частотой возникновения приступов стенокардии и потребностью в нитроглицерине. У больных, перенесших ОИМ, такой корреляции не выявлено. Возможно, величина данного показателя ассоциировалась с другими проявлениями ИБС, например, с симптомами сердечной недостаточности: отеки у пациентов после перенесенного ОИМ встречались в 6-7 раз чаще, чем в других изучаемых группах.

4. У больных с нестабильной стенокардией показатель «общее здоровье (GH)» коррелировал с продолжительностью ИБС.

Список литературы:

1. Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Перепеч Н.Б. и др. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью//Сердечная недостаточность. – 2000. – Т.1, №4. – С.1-7.

2. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в клинической медицине//Вестник национального медико-хирургического Центра имени Н.И. Пирогова. – 2006. – т.1. – N1.- С.91-98.



3. Потёмина Т.Е., Кузнецова С.В., Першеин А.В. Качество жизни в здравоохранении: критерии, цели, перспективы// Российский остеопатический журнал.- 2018. – N3. – С.98–106.
4. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? Wid. Hth. Forum. – 1996. – №1. – P. 29.

