

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С НЕПОЛНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ

Семиохина А. С.¹, Таратухин Е. О.¹, Баяндин Н. Л.², Гордеев И. Г.¹, Вечорко В. И.²

Цель. Качество жизни — интегральный показатель эффективности медицинской помощи. При неполной реваскуляризации после острого инфаркта миокарда (ИМ) качество жизни может изменяться соответственно объёму и характеру остаточного поражения. Исследование проведено с целью выяснения особенностей качества жизни больных в подобной клинической ситуации.

Материал и методы. Проведено обследование 100 больных (средний возраст 63±0,9 лет) острым ИМ с подъемом сегмента ST с неполной реваскуляризацией миокарда, из них 20 было проведено отсроченное оперативное вмешательство (чрескожное коронарное вмешательство или коронарное шунтирование) — группа 1; 54 пациентам дальнейшее оперативное лечение не проводилось — группа 2; 26 пациентам не проводилась первичная реваскуляризация — группа 3. Качество жизни оценивали с помощью опросника Medical Outcomes Study 36 (SF-36). Тестирование проводили через 12 месяцев после перенесенного ИМ.

Результаты. Качество жизни у больных группы 1 претерпевает значительные изменения после реваскуляризации миокарда в сторону улучшения как физического, так и психического компонентов здоровья. Показатели качества жизни в группе 1 через год остаются высокими, приближаясь к “полному” здоровью. У пациентов групп 2 и 3 отмечено ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

Заключение. После отсроченной реваскуляризации в сравнении с её отсутствием или с вмешательством только на инфаркт-связанной артерии показатели качества жизни после ИМ достоверно выше.

Российский кардиологический журнал 2017, 1 (141): 102–105

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-1-102-105>

Ключевые слова: психосоматическая медицина, качество жизни, инфаркт миокарда, пациент-центрированная медицина, реваскуляризация.

¹ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва; ²ГКБ № 15 им. О. М. Филатова, Москва, Россия.

Семиохина А. С. — кардиолог, аспирант кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета, Таратухин Е. О.* — к.м.н., магистр психологии, доцент кафедры, Баяндин Н. Л. — д.м.н., профессор, зав. отделением кардиохирургии, Гордеев И. Г. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии № 1, Вечорко В. И. — к.м.н., главный врач.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
cardio03@list.ru

ВОЗ — всемирная организация здравоохранения, КЖ — качество жизни, ИМ — инфаркт миокарда, ЧКВ — чрескожное вмешательство, КШ — коронарное шунтирование, ФФ — физическое функционирование, РФОФС — ролевое функционирование обусловленное физическим состоянием, ИБ — интенсивность боли, ОСЗ — общее состояние здоровья, СФ — социальное функционирование, ПЗ — психическое здоровье.

Рукопись получена 15.12.2016

Рецензия получена 16.12.2016

Принята к публикации 23.12.2016

LIFE QUALITY IN ONE YEAR AFTER MYOCARDIAL INFARCTION WITH INCOMPLETE REVASCULARIZATION

Semiokhina A. S.¹, Taratukhin E. O.¹, Bayandina N. L.², Gordeev I. G.¹, Vechorko V. I.²

Aim. Life quality is an integral parameter of medical care efficacy. In incomplete revascularization after myocardial infarction the quality of life might change in relevance with the severity of residual lesion. The study is done with an aim to reveal the specifics of patients life quality in such clinical situation.

Material and methods. The investigation of 100 patients is done (mean age 63±0,9 y.o.) with acute ST-elevation myocardial infarction and incomplete revascularization, of those 20 underwent delayed surgery (percutaneous or bypass) — group 1; 54 had no further surgery (group 2); and 26 did not have primary revascularization — group 3. Life quality was assessed with the Medical Outcomes SF-36. The test was performed in 12 months after index event.

Results. Life quality of group 1 patients changes significantly after revascularization towards improvement of physical and psychological health components. Life quality parameters in the group 1 remain high, about a “full” health. In group 2 and 3 patients there is restriction of social contacts, decrease of communicating due to worse physical and emotional conditions.

Conclusion. After delayed revascularization, comparing to its absence or intervention only on infarct-related artery, the parameters of life quality post-MI are significantly better.

Russ J Cardiol 2017, 1 (141): 102–105

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-1-102-105>

Key words: psychosomatics, life quality, myocardial infarction, patient-centered medicine, revascularization.

¹N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow;

²O.M. Filatov City Clinical Hospital 15, Moscow, Russia.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет качество жизни (КЖ) как индивидуальное восприятие человеком своей позиции в жизни в контексте с культурной средой, в которой он проживает, и системой ценностей, в соответствии с его целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями [1]. В работах Testa M, Simonson D (1996) это понятие

включает основные группы критериев: *физические, психические и социальные* [2].

При наличии большого количества работ, посвященных изучению психологических особенностей и КЖ больных ишемической болезнью сердца, некоторые аспекты данной проблемы остаются недостаточно разработанными. Так, снижение КЖ при ише-

мической болезни сердца многие исследователи связывают преимущественно с особенностями клинического течения заболевания — с наличием инфаркта миокарда (ИМ) [2]. Некоторые авторы подчеркивают, что врача интересуют преимущественно те параметры КЖ конкретного пациента, которые изменяются в связи с болезнью и ее лечением, в первую очередь — удовлетворенность пациентов физическим функционированием (ФФ) [3]. Значительная доля работ посвящена феномену психологической депрессии после ИМ [4, 5]. Однако проблема интегральной оценки КЖ во взаимосвязи с той или иной степенью реваскуляризации миокарда исследована мало. Между тем, существенной части пациентов по разным причинам не производится полная реваскуляризация коронарных сосудов после острого коронарного события. Эта проблема имеет высокое социальное значение, влияя на характеристику работы системы здравоохранения.

Цель данного исследования: оценить КЖ пациентов при консервативном (медикаментозная терапия) и оперативном подходах (ЧКВ или КШ) к лечению больных с многососудистым поражением коронарных артерий после неполной реваскуляризации в связи с острым ИМ с подъемом сегмента ST в отдаленном периоде (12 месяцев).

Материал и методы

Включено 100 больных (69 мужчин и 31 женщина; возраст 43–80 лет) острым ИМ с подъемом сегмента ST, с неполной реваскуляризацией миокарда. Пациенты были распределены на группы следующим образом: 20 пациентам было проведено только отсроченное оперативное вмешательство (чрескожное коронарное вмешательство или коронарное шунтирование) (группа 1); 54 пациентам — только первичное; дальнейшее оперативное лечение не проводилось (группа 2). Основными причинами, по которым не проводилось ЧКВ вторым этапом, были отказ самого пациента, а также рекомендация консервативного ведения пациента. Основными причинами, по которым не проводилось КШ, были отказ пациента и рекомендация кардиохирургом приема консервативной терапии. Остальным 26 пациентам не проводилась также первичная реваскуляризация и они получали только консервативное лечение (группа 3). Основными причинами, по которым не проводилась первичная реваскуляризация, были множественное поражение коронарных артерий, технические сложности и сроки поступления в стационар более 12 часов от момента болевого синдрома.

Качество жизни пациентов оценивалось с помощью Medical Outcomes Study 36 — Item Short Form Health Survey. Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности сторонами жизнедеятельности, на которые влияет состояние здоровья,

и состоит из 36 вопросов с различными вариантами ответов. Результаты представляются в виде баллов (от 0 до 100) и распределяются по 8 шкалам, при этом большее число баллов указывает на более высокий показатель КЖ. В данном исследовании мы использовали русифицированный опросник SF-36, созданный и рекомендованный Международным центром исследования КЖ, содержащий 21 вопрос [6]. Экпликация формализованных показателей проводилась в ходе врачебного интервью. Исследование проведено с соблюдением этических норм, у всех больных получено информированное согласие на участие.

В результате анализа опросника выявлено, преимущественно за счет каких составляющих снижены значения той или иной сферы. Так, показатели ФФ и ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФОФС), в группах 1 и 3 достоверно были выше: ФФ — $80 \pm 3,87$ баллов и $83,75 \pm 5,66$ баллов, соответственно ($p_{1-2} < 0,001$), и РФОФС — $69 \pm 4,43$ баллов и $71 \pm 6,87$ баллов ($p_{1-3} < 0,001$), соответственно.

Абсолютные значения показателей ФФ и РФОФС в группах 2 и 3 все же остаются на уровне значительно ниже по сравнению со значениями, обозначающими полное здоровье (100 баллов). В обеих группах физическая активность, выполнение повседневной работы были ограничены состоянием здоровья. Основной причиной ограничения физической активности являлись приступы стенокардии напряжения, симптомы сердечной недостаточности, страх угрожающего ИМ и/или смерти. Относительно низкую физическую активность у больных в вышеуказанных группах можно объяснить, во-первых, неполной реваскуляризацией, наличием зон ишемизированного миокарда, во-вторых, возможным дальнейшим прогрессированием атеросклероза и/или развитием рестенозов в коронарных артериях.

Болевой синдром у пациентов сохранялся, что отражено в значениях показателя интенсивность боли (ИБ) в группе 2 — $66,76 \pm 3,65$ баллов и $70 \pm 4,47$ баллов в группе 3. Причем в большей степени этот показатель снижен в группе 2. Данный показатель достоверно менее выражен у пациентов группы 1 — $79,8 \pm 4,6$ баллов ($p_{1-2} < 0,001$).

Оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения отражена в показателе общего состояния здоровья (ОСЗ). Показатель ОСЗ у больных, несмотря на низкий уровень физической активности (в группах 2 и 3), был относительно удовлетворительным: в группе 3 — $56,8 \pm 4,05$ баллов ($p_{1-3} < 0,001$), в группе 2 — $57,35 \pm 3,34$ баллов и $67,52 \pm 4,7$ баллов ($p_{1-2} < 0,001$) в группе 1 (рис. 1).

Жизненная активность (ЖА) выше в группе 1 — $73,1 \pm 5,13$ баллов, а в группах 2 и 3 значительно ниже, и показатели при этом примерно одинаковы $69,67 \pm 3,05$

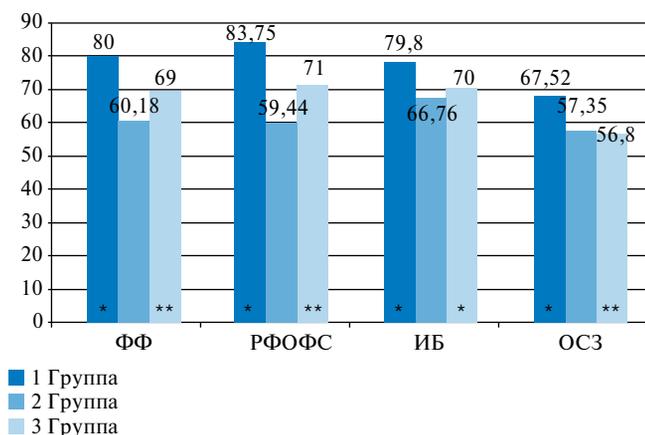


Рис. 1. Физический компонент КЖ пациентов в срок 12 мес.

Примечание: * — $p_{1-2} < 0,001$, ** — $p_{1-3} < 0,001$.

Сокращения: ФФ — физическое функционирование, РФОФС — ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, ИБ — интенсивность боли, ОСЗ — общее социальное здоровье.

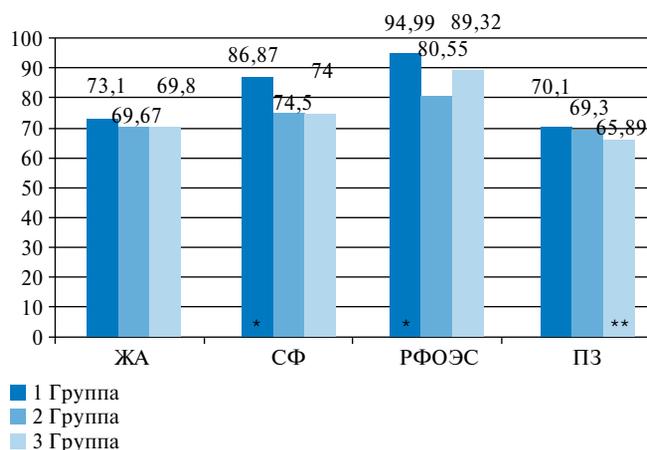


Рис. 2. Психологический компонент КЖ пациентов в срок 12 мес.

Примечание: * — $p_{1-2} < 0,001$, ** — $p_{1-3} < 0,001$.

Сокращения: ЖА — жизненная активность, СФ — социальное функционирование, РФОЭС — ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, ПЗ — психическое здоровье.

и $69,8 \pm 3,27$ баллов, соответственно. Это свидетельствуют о слабости, утомлении, усталости, гиподинамии и ощущении нехватки жизненной энергии.

Показатель “социальное функционирование” (СФ) практически одинаково снижен группе 2 ($74,5 \pm 4,28$ баллов) и в группе 3 ($74 \pm 5,49$ баллов), $p_{1-3} < 0,001$. В группе 1 данный показатель составил $86,87 \pm 4,1$ баллов. Высокие значения СФ сопряжены с такими психологическими особенностями, как общительность, уверенность в себе, гармоничное эмоциональное состояние, оптимизм. С другой стороны, у пациентов групп 2 и 3 болезнь способствует развитию неуверенности в себе, что также проявляется в социальном функционировании.

Показатель психического здоровья (ПЗ) в группе 3 самый низкий из всех трех групп ($65,89 \pm 2,8$ баллов). У пациентов группы 1 данный показатель повышен до $70,1 \pm 3,95$ баллов. В группе 2 он составляет $69,3 \pm 2,09$ баллов. Показатели первой и второй группы достоверно не различались. Низкий показатель ПЗ в группе 3 свидетельствует о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии. У пациентов этой группы преобладали подавленное настроение, чувство вины, раздражительность, бессонница, чувство бесперспективности, в некоторых случаях тревожное возбуждение, суетливость, ипохондрические тенденции. Пациенты отмечали утрату интереса к деятельности, собственную несостоятельность и неэффективность в повседневных житейских и профессиональных делах (рис. 2).

Таким образом, КЖ у больных группы 1, т.е. пациентов после ЧКВ или КШ в отсроченном порядке, после реваскуляризации миокарда улучшается как по физическому, так и психическому компонентам здоровья. Показатели КЖ группы 1 через год остаются высокими, приближаясь к “полному” здоровью,

несмотря на то, что у определенной доли больных отмечался возврат стенокардии. Пациенты описывали увеличение активности, работоспособности и переносимости физических нагрузок, уменьшение усталости. Интересным оказалось увеличение социальных контактов, появление новой деятельности.

С высокими значениями КЖ сопряжены эмоциональная уравновешенность, уверенность в себе, интеллектуальные способности, гармоничное эмоциональное состояние.

Практически все показатели КЖ, отражающие и физическое, и психическое здоровье, через год в группе 1 значительно лучше по сравнению с группами 2 и 3. Отсюда следует, что пациенты второй и третьей группы испытывают выраженный недостаток жизненной энергии, дефицит положительных и избыток отрицательных эмоций. Многие больные указывали на значительный физический и эмоциональный дискомфорт, связанный с приступами ишемии миокарда.

У пациентов групп 2 и 3 отмечено ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

Поскольку в этих группах показатели по большинству параметров КЖ оказались существенно ниже, чем в группе 1, можно сделать вывод о том, что при увеличении количества ангинозных приступов удовлетворенность различными параметрами КЖ снижается.

Заключение

С позиции современной медицины, перенесший ИМ пациент не может рассматриваться как больной только кардиологического профиля без учета факторов психосоциального воздействия на его соматическое и психическое состояние. Полученные данные

указывают на необходимость тесного сотрудничества специалистов кардиологов и психотерапевтов, разработки программ комплексной вторичной профилактики и реабилитации больных после ИМ, проведения психотерапевтической и медикаментозной коррекции депрессивных расстройств с учетом выявленных особенностей, дифференцированного и пациент-центрированного подхода к ведению этой категории пациентов.

Литература

1. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument [URL: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/] — on 12.12.16.
2. Testa M, Simonson D. Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *NEJM*, 1996; 334: 835-40.
3. Aronov DM, Zaitsev VP. Methods of assessing the quality of life of patients with cardiovascular disease. *Cardiologia* 2002; 5: 92-5. Russian (Аронов Д. М., Зайцев В. П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Кардиология* 2002; 5: 92-5).
4. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA. Depression as a Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Acute Coronary Syndrome: Systematic Review and Recommendations A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 2014; 12(129): 1350-69.
5. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, et al. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *Eur Heart J*, 2015; 21(35): 1365-U13.
6. Novik AA, Ionova TI. Handbook of Life quality assessment in medicine. Ed. Shevchenko Yu.L. 2nd edition. Moscow, 2007. 315p. Russian (Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Под ред. Шевченко Ю. Л. 2-е изд. М., 2007. 315 с).

В постинфарктном периоде (на стационарном и последующих этапах) существует необходимость решения ряда проблем: выработка адекватного отношения пациента к болезни, повышение уровня мотивации к терапии. Реабилитация методами психофармакологического и психотерапевтического воздействия должна проводиться с учетом как клинической структуры психических расстройств, так и личностных особенностей пациента.