

УДК 614.253.8:616.127-005.8

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В ГРУППАХ, ОТЛИЧАЮЩИХСЯ ПРИМЕНЕННЫМИ СПОСОБАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Московцева Н.И., Столбова М.В.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» МЗСР России, Оренбург, e-mail: stolbovam@yandex.ru

С помощью Миннесотского опросника определялось качество жизни (КЖ) больных, впервые перенесших инфаркт миокарда под влиянием различных методов реабилитации-адаптации к периодической барокамерной гипоксии (АПБГ) и лечебной физкультуры (ЛФК) а также больных, не получивших реабилитационных мероприятий. Динамика КЖ оценивалась через 1 и 6 месяцев после окончания реабилитационного курса или выписки из стационара в группе сравнения. В группах пациентов, подвергавшихся курсу ЛФК или АПБГ, общая динамика суммарного показателя КЖ характеризовалась существенным его снижением через месяц после проведения реабилитационного лечения и повышением спустя 6 месяцев наблюдения (различия между группами статистически незначимы). В группе сравнения при этом наблюдалась совершенно иная картина – суммарный показатель КЖ достоверно не изменялся на протяжении всего периода наблюдения. Таким образом, сравниваемые методы реабилитационного лечения ишемической болезни сердца в постинфарктный период статистически значимо улучшают КЖ больных, главным образом, за счет снижения частоты симптомов заболевания и их последствий и, в меньшей степени, посредством повышения функциональной способности пациентов и улучшения восприятия (психоэмоциональное восприятие в период реабилитации).

Ключевые слова: инфаркт миокарда, реабилитация, адаптация, гипоксия, лечебная физкультура

DYNAMICS OF INDICATORS OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS, TRANSFERRED A MYOCARDIAL INFARCTION IN THE GROUPS, DIFFERENT IN THE APPLIED WAYS OF REHABILITATION

Moskovceva N.A., Stolbova M.V.

Orenburg State Medical Academy, Russia, Orenburg, e-mail: stolbovam@yandex.ru

By means of Minnesota questionnaire quality of life (KZh) of patients transferred a myocardial infarction under influence rehabilitations – adaptations to a periodic barokamerny hypoxemia (APBG) and therapeutic physical training (LFK) and as sick not received rehabilitation actions was defined for the first time. The KZh loudspeaker it was estimated in 1 and 6 months after the termination of a rehabilitation course or an extract from a hospital in group of comparison. In groups of the patients who were exposed to a course LFK or APBG, the general dynamics of a total indicator of KZh was characterized essential it decrease in a month after carrying out rehabilitation treatment and increase 6 months of supervision later (distinctions between groups statistically aren't significant). In group of comparison other picture was thus observed absolutely – the total indicator of KZh authentically didn't change throughout the entire period of supervision. Thus, compared methods of rehabilitation treatment of coronary heart disease during the postinfarktny period statistically significantly improve KZh of patients, mainly, at the expense of decrease in frequency of symptoms of a disease and their consequences and, to a lesser extent, by means of increase of functional ability of patients and perception improvement (psychoemotional perception in rehabilitation).

Keywords: myocardial infarction, rehabilitation, adaptation, a hypoxemia, therapeutic physical training

Ни один из существующих инструментальных показателей, включая толерантность к физической нагрузке, сократительную функцию миокарда и даже выраженность стеноза коронарных артерий не может сам по себе служить исчерпывающей информацией о пациенте [5]. Вместе с тем известно, что качество жизни больных является важным интегральным и независимым показателем в оценке степени тяжести и эффективности лечения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в целом и больных коронарной болезнью сердца в частности [1, 3, 6]. В последние годы отмечается смещение акцентов с изучения количественных показателей недостаточности коронарного кровотока на качественные показатели, и, прежде всего, на оценку медицинских

аспектов качества жизни у этой категории больных.

Однако параллельная и сравнительная оценка качества жизни у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), под влиянием различных методов реабилитации-адаптации к периодической барокамерной гипоксии (АПБГ) и лечебной физкультуры (ЛФК) – до сих пор не проводилась.

Цель исследования – оценить динамику качества жизни у больных, впервые перенесших инфаркт миокарда, под влиянием различных методов реабилитации-адаптации к периодической барокамерной гипоксии и лечебной физкультуры.

Материалы и методы исследования

В исследование было включено 298 больных, перенесших инфаркт миокарда в возрасте от 36 до 65 лет. Все пациенты были разделены на 3 груп-

пы: 1-я – контрольная, включавшая 100 человек, не получала методов физической реабилитации; 2-я – 100 больных, прошедших реабилитационный курс лечебной физкультуры (группа ЛФК); 3-я – основная исследуемая группа, состоящая из 98 пациентов, реабилитация которых включала адаптацию к периодической барокамерной гипоксии (группа АПБГ).

АПБГ с целью реабилитации проводилась с помощью барокамеры «УРАЛ-1», установленной на базе ГАУЗ Оренбургской областной клинической больницы №2.

Все пациенты, вошедшие в данное исследование, до и после лечения были опрошены с помощью Миннесотского опросника (MLHFQ, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire [7]) (таблица).

Миннесотский опросник качества жизни у больных с ХСН (MLHFQ)

Вопрос анкеты: *Мешала ли Вам сердечная недостаточность жить так, как хотелось бы в течение последнего месяца из-за*

1. Отеков голени, стоп?
2. Необходимости отдыхать днем?
3. Трудности подъема по лестнице?
4. Трудности работать по дому?
5. Трудности с поездками вне дома?
6. Нарушения ночного сна?
7. Трудности общения с друзьями?
8. Снижения заработка?
9. Невозможности заниматься спортом, хобби?
10. Затруднений в сексуальной сфере?
11. Ограничений в диете?
12. Чувства нехватки воздуха?
13. Необходимости лежать в больнице?
14. Чувства слабости, вялости?
15. Необходимости платить?
16. Побочного действия лекарств?
17. Ощущения себя обузой для родных?
18. Чувства потери контроля?
19. Чувства беспокойства?
20. Чувства депрессии?
21. Ухудшения внимательности, памяти?

Ответы оцениваются в баллах от 0 до 5: 0 – нет, 1 – очень мало, ... 5 – очень много; меньшие значения соответствуют лучшему качеству жизни.

Таким образом, нами выполнена оценка качества жизни больных, впервые перенесших ИМ, непосредственно перед проведением реабилитационных мероприятий в раннем постинфарктном периоде заболевания (около 1 месяца после перенесенного ИМ). На следующем этапе исследования изучена динамика показателей качества жизни у этих же пациентов в зависимости от метода реабилитационного лечения (группы АПБГ и ЛФК), а также у пациентов, в силу различных причин, не подвергавшихся реабилитационному лечению в ранний постинфарктный период (контрольная группа пациентов). Сроки, в которые проводилось определение показателей качества жизни, составили 1 и 6 месяцев после окончания реабилитационного курса (в группах АПБГ и ЛФК) или выписки из стационара в группе сравнения.

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием параметрического критерия Стьюдента–Фишера, параметрического однофакторного и двухфакторного дисперсионного анализа. Различия считали достоверными при уровне вероятности ошибки, не превышающем 5% ($P < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования качества жизни пациентов представлены на рис. 1–3 и указывают на наличие ряда общих закономерностей, а также групповых особенностей.

Важно, что рандомизация пациентов на начальном этапе исследования привела к закономерному и необходимому отсутствию статистически значимых отличий между изучаемыми группами пациентов по суммарному показателю КЖ на начальном этапе (до проведения реабилитационного лечения). Показатель КЖ в группе больных, подвергшихся АПБГ, составил на старте исследования $55,44 \pm 5,74$ балла. В группе больных, получавших реабилитационный курс ЛФК, аналогичный показатель составил $56,87 \pm 5,69$. Наконец, в группе сравнения (без реабилитации) данный параметр был равен $59,21 \pm 5,82$. Различия между любыми из трех изучаемых групп больных были статистически незначимы.

На этом фоне динамика суммарных показателей КЖ значительно отличалась в группах с реабилитационными воздействиями от группы сравнения. Так, через 1 месяц суммарный показатель в группе АПБГ составил $37,94 \pm 3,84$ балла (против $55,44 \pm 5,74$ до реабилитации), что на 31,6% было ниже исходного уровня при $P < 0,05$ и $Tst = 2,60$.

В группе ЛФК аналогичный показатель через месяц составил $37,08 \pm 3,70$ балла (против $56,87 \pm 5,69$ до реабилитации), что на 34,8% ниже стартового уровня при $P < 0,01$ и $Tst = 2,92$. Напротив, в группе сравнения (контрольная группа) выраженной динамики суммарного показателя КЖ не наблюдалось на обоих сроках наблюдения. Через 1 месяц значения показателя составили $57,84 \pm 5,61$ балла ($-2,3\%$; $P > 0,05$; $Tst = 0,17$).

В обеих группах пациентов, которые получали реабилитационное лечение, результаты через месяц по всем вопросам опросника снижались, что характеризовало положительный эффект от реабилитационного воздействия. В группе АПБГ достоверные отклонения через 1 месяц (снижения) наблюдались лишь в отношении 5, 6, 9, 17 и 19 вопросов MLHFQ. В то время как в группе больных, получавших ЛФК, такие незначимые понижения показателей наблюдались в отношении 6, 17, 18 и 20 вопросов.

Через полгода повторное определение уровня качества жизни по MLHFQ в целом возвращало показатель к исходному уровню в обеих группах пациентов, подверг-

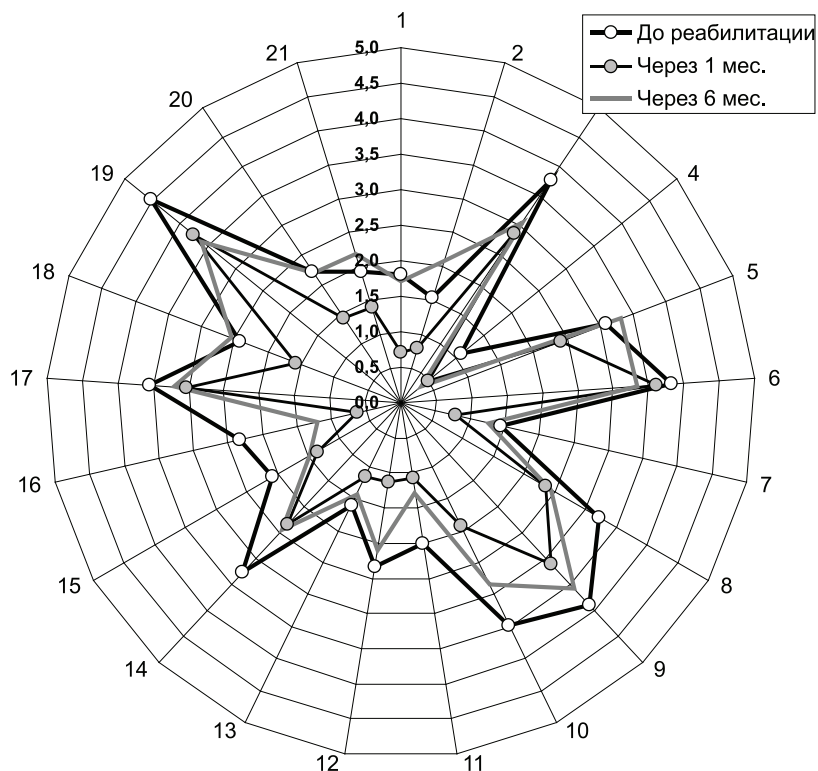


Рис. 1. Результаты оценки качества жизни до и после проведения реабилитационных мероприятий в группе АПБГ (обозначения: 1–21 – вопросы Миннесотского опросника качества жизни у больных с ХСН (MLHFQ), таблица)

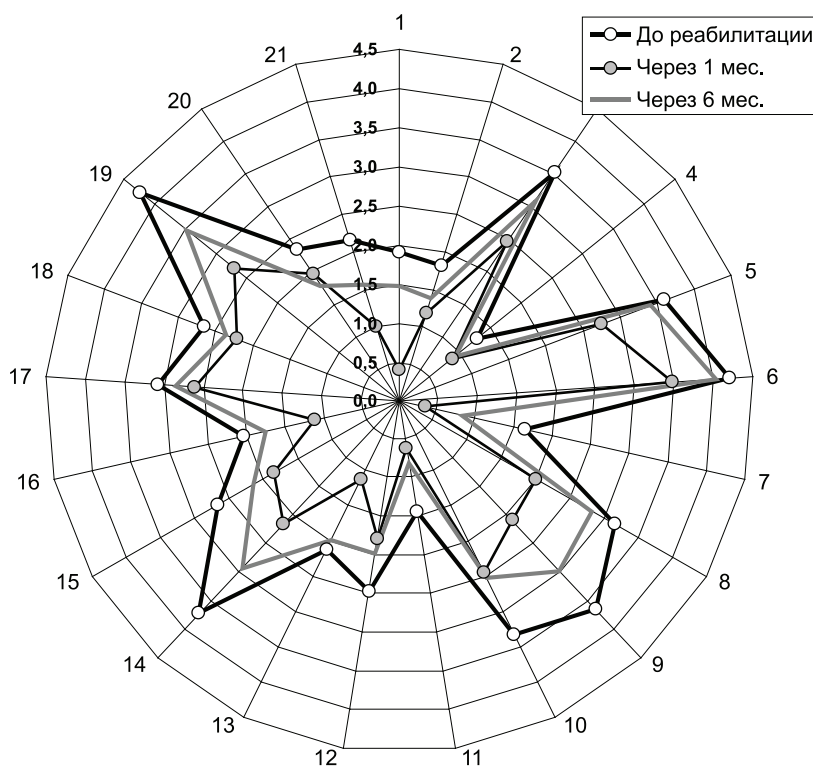


Рис. 2. Результаты оценки качества жизни до и после проведения реабилитационных мероприятий в группе ЛФК (обозначения: 1–21 – вопросы Миннесотского опросника качества жизни у больных с ХСН, см. таблица)

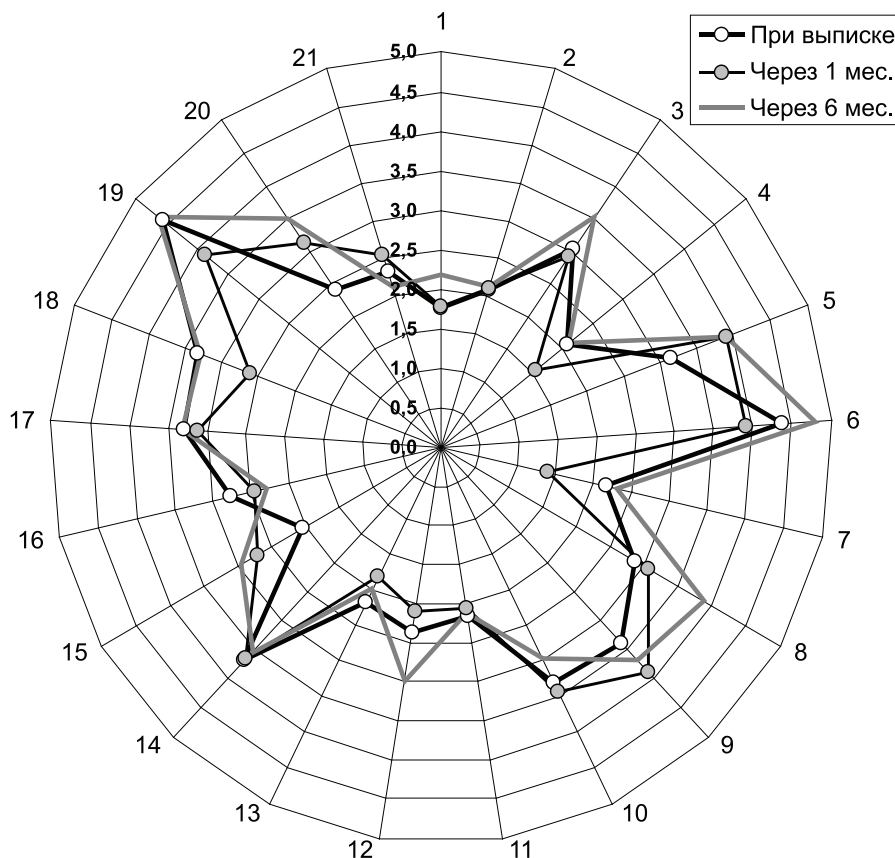


Рис. 3. Результаты оценки качества жизни в группе без реабилитационных мероприятий (обозначения: 1–21 – вопросы Миннесотского опросника качества жизни у больных с ХСН, см. таблица)

шихся реабилитационному лечению. При этом в группе АПБГ показатель составил $47,73 \pm 4,79$ балла, что на 13,9% было ниже исходного уровня при статистически незначимых отличиях ($Tst = 1,05; P > 0,05$).

В группе пациентов, прошедших курс ЛФК, данный параметр составил $47,04 \pm 4,54$ балла, что на 17,3% было ниже стартового значения, но также недостоверно от него отличалось ($Tst = 1,35; P > 0,05$).

Число вопросов, по которым наблюдались статистически значимые отличия средних значений отдельных частных показателей, через полгода также существенно уменьшалось. При этом в отдельных случаях значения достоверно превышали исходный уровень.

Так, в группе АПБГ средние групповые величины по ответам на 2, 4, 11, 15 и 16 вопросы существенно ($P < 0,05$) отличались от исходных, а значения по ответам на второй вопрос при этом были выше уровня до реабилитации. В группе ЛФК достоверные отличия с исходным уровнем сохранились для ответов на 1, 4, 7, 10, 11 и 21 вопросы, при этом во всех случаях показатели были ниже исходных (улучшение качества жизни).

В группе сравнения через 6 месяцев суммарный показатель КЖ по MLHFQ выражался значением в $64,08 \pm 6,45$ балла, что на 8,2% было даже выше исходного при статистически незначимом уровне различий ($Tst = 0,56, P > 0,05$).

Отсутствие корреляции показателей КЖ с возрастом больных, а также с локализацией и распространённостью повреждения при инфаркте миокарда, полученных нами с помощью миннесотского опросника, было показано рядом исследователей и ранее [2, 4], что вполне объяснимо, поскольку данный интегральный показатель является независимым в оценке степени тяжести больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в целом и больных коронарной болезнью сердца в частности.

Выводы

Результаты, приведенные в настоящем разделе работы, свидетельствуют о том, что качество жизни больных после перенесенного ИМ, оцененное с помощью опросника (MLHFQ), на протяжении первых 6 месяцев существенно зависит от применения/неприменения реабилитационного лечения.

В группах пациентов, подвергавшихся курсу ЛФК или АПБГ, общая динамика суммарного показателя КЖ характеризовалась существенным его снижением через месяц после проведения реабилитационного лечения и повышением спустя 6 месяцев наблюдения. В группе сравнения при этом наблюдалась совершенно иная картина – суммарный показатель КЖ достоверно не изменялся на протяжении всего периода наблюдения. При этом достоверно больший вклад в ухудшение качества жизни больных внесли приступы за грудиной болей; необходимость ограничивать свои физические усилия; необходимость постоянно лечиться, принимать лекарства, периодически лежать в больнице; дополнительные материальные расходы, связанные с лечением заболевания.

Различия между группами пациентов, получавших курсы ЛФК или АПБГ, были минимальны и, как правило, статистически незначимы. Достоверные отличия отмечены лишь для отдельных субпоказателей опросника и не несли системный характер.

При оценке полученных результатов анализируется не только суммарное влияние методов физической реабилитации на качество жизни больных ИМ. Необходимо также учитывать, что понятие «медицинские аспекты качества жизни» включает в себя влияние самого заболевания (его симптомов и признаков), влияние наступающего в результате заболевания ограничения функциональной способности, а также воздействие лечения на повседневную жизнедеятельность больного.

С этих позиций положительный эффект АПБГ и ЛФК на качество жизни больных ИМ объяснялся влиянием на все три указанных компонента, определяющих уровень качества жизни.

Во-первых, как было показано выше, у больных ИМ адаптация к гипоксии и физическим нагрузкам существенно снижает частоты проявления симптомов заболевания и его последствий. Кроме того, АПБГ и ЛФК уменьшает выраженность симптомов, возникающих вследствие побочных эффектов препаратов, поскольку приводит к достоверному снижению количества используемых лекарственных средств.

Во-вторых, положительные сдвиги в клинической картине заболевания у исследуемых больных определяют значительное влияние и на второй компонент качества жизни – «функциональную способность», которая включает в себя способность осуществлять повседневную деятельность, социальную, интеллектуальную и эмоциональную функции.

И, наконец, в-третьих, под влиянием реабилитационных мероприятий у больных улучшается восприятие общего состояния здоровья и повышается удовлетворенность

жизнью, что, в итоге, определяет влияние гипоксической тренировки и на третий компонент качества жизни – «восприятие».

Таким образом, сравниваемые методы реабилитационного лечения ишемической болезни сердца в постинфарктный период в среднесрочной перспективе статистически значимо улучшают качество жизни больных, главным образом, за счет снижения частоты симптомов заболевания (по оценкам самих пациентов) и их последствий и, в меньшей степени, посредством повышения функциональной способности пациентов и улучшения восприятия (психоэмоциональное восприятие в период реабилитации).

Список литературы

1. Зайцев В.П., Айвазян Т.А., Грачева Н.И. Факторы, влияющие на динамику качества жизни после операции аорто-коронарного шунтирования. // Психосоматические аспекты кардиологии. – Тверь, 1993. – С. 52–53.
2. Калужный В.В., Тепляков А.Т., Камаев Д.Ю. Факторы, влияющие на качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда // Кардиология. – 2001. – №4. – С. 58.
3. Либис Р.А. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Оренбург, 1998. – 41 с.
4. Динамика психологического статуса и качества жизни больных инфарктом миокарда в зависимости от тяжести течения постинфарктного периода / А.Б. Хадзегова, Т.А. Айвазян, В.П. Померанцев и др. // Кардиология. – 1997. – №1. – С. 37–40.
5. Exercise training improves myocardial viability in patients with chronic artery disease and left ventricular systolic dysfunction / R. Belardinelli, D. Georgiou, L. Ginzton, A. Purcaro // Circulation. – 1995. – Vol.92, № 8, Suppl. – P. 1399.
6. Assessment of quality of life as observed from the baseline data of the Studies of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD) trial quality-of-life substudy / L. Gorkin, N.K. Norvell, R.C. Rosen et al. // Am. J. Cardiol. – 1993. – Vol.71, № 12. – P. 1069–1073.
7. Use of the Living with Heart Failure Questionnaire to ascertain patients' perspectives on improvement in quality of life versus risk of drug-induced death / T.S. Rector, L.K. Tschumperline, S.H. Kubo et al. // J. Cardiol. Fail. – 1995. – Vol. 1, №3. – P. 201–206.

References

1. Zajcev V.P., Ajvazjan T.A., Gracheva N.I. Psychosomatic aspects of cardiology, 1993, pp. 52–53.
2. Kaljuzhnyj V.V., Tepljakov A.T., Kamaev D.Ju. Cardiology, 2001, no 4, p. 58.
3. Libis R.A. Avtoref. diss. doc. med. sciences, Orenburg, 1998, 41p.
4. Hadzegova A.B., Ajvazjan T.A., Pomerancev V.P. Cardiology, 1997, no 1, pp. 37–40.
5. Belardinelli R., Georgiou D., Ginzton L., Purcaro A. Circulation, 1995, Vol.92, no 8, p. 1399.
6. Gorkin L., Norvell N.K., Rosen R.C. Am. J. Cardiol, 1993, Vol.71, no 12, pp. 1069–1073.
7. Rector T.S., Tschumperline L.K., Kubo S.H. J. Cardiol. Fail, 1995, Vol. 1, no 3, pp. 201–206.

Рецензенты:

Сайфутдинов Р.И., д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии и эндокринологии ГБОУ ВПО «ОрГМА» МЗСР России, г. Оренбург;

Кузнецов Г.Э., д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии им. Р.Г. Межевского ГБОУ ВПО «ОрГМА» МЗСР России, г. Оренбург.

Работа поступила в редакцию 25.04.2012.