

# РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ИНТЕРВЕНЦИОННОМ И КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

*Дедов Д.В.*

*ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России*

**Резюме.** Представлены результаты анализа характеристик качества жизни. Проведено сравнение указанных показателей при интервенционном и консервативном лечении больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией.

**Ключевые слова:** качество жизни, ишемическая болезнь сердца, интервенционное и консервативное лечение.

## RESULTS OF THE ANALYSIS OF QUALITY OF LIFE AT INTERVENTION AND CONSERVATIVE TREATMENT OF PATIENTS OF IBS AND THE ARTERIAL HYPERTENSION

**Dedov D.V.**

Tver State Medical University

**Summary.** The results of the analysis of characteristics of quality of life. A comparison of these indicators in interventional and conservative treatment of patients with ischemic heart disease and arterial hypertension.

**Keywords:** quality of life, coronary heart disease, interventional and conservative treatment.

**Введение:** известно, что выбор тактики ведения больных ИБС и артериальной гипертензией (АГ) во многом определяется возможностью не только снизить выраженность симптомов стенокардии и риск сердечно-сосудистых осложнений, но и, в целом, повысить качество жизни (КЖ). Однако, авторы отмечают, что оценка здоровья и характеристик КЖ указанных пациентов, перенесших интервенционное лечение или получавших только оптимальную медикаментозную терапию (ОМТ) нуждается в более детальном освещении.

**Цель исследования:** Изучить параметры КЖ при интервенционном и консервативном лечении больных ИБС и АГ.

**Материал и методы.** Всего в исследование было включено 146 больных (средний возраст  $63,5 \pm 5,6$  лет) с ранее верифицированными клинико-инструментальным исследованием стабильной формой ИБС и АГ. В основную группу было включено 102, а в группу сравнения – 44 пациента. Первые перенесли имплантацию стента и/или баллонную ангиопластику (БАП) коронарных артерий в ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» (г. Москва), а вторые получали только ОМТ. Для изучения КЖ пациенту по почте посылали письмо с опросником SF-36. Обработку полученных ответов проводили в соответствии с методикой оценки КЖ «SF-36 Health Status Survey». Результаты представлялись в виде оценок в баллах таким образом, что более высокое значение указывало на лучшее КЖ. Анализ КЖ был проведен по 7 шкалам показателей: General Health (GH) – общее

состояние здоровья (включала оценку больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения); Physical Functioning (PF) – физическое функционирование (отражала степень, в которой здоровье, по мнению больного, лимитирует выполнение таких физических нагрузок как самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей); Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на работу и выполнение будничной деятельности; Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на выполнение работы или другой повседневной деятельности (увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения); Bodily Pain (BP) – интенсивность боли в груди за прошедший месяц и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью (работа по дому и вне дома); Vitality (VT) – жизнеспособность (отражала ощущение полноты сил и энергии или, напротив, обессиленности); Mental Health (MH) – самооценка психического здоровья (это показатель характеризовал настроение: наличие депрессии, тревоги, положительных и отрицательных эмоций). У всех больных в соответствии с Хельсинкской декларацией (1975г.) было получено информированное согласие на участие в исследовании. Анализ данных проводился с помощью пакета прикладных программ "Statistica 6.1". Определялись следующие показатели описательной статистики: среднее (M), минимум, максимум, ошибка средней арифметической, среднее квадратичное отклонение (SD). В зависимости от характера данных и вида их распределения применялись параметрические (парный и непарный t-критерий Стьюдента для зависимых и независимых выборок) и непараметрические (U-критерий Манна-Уитни) методы сравнения. Для оценки связи между переменными использовали R – критерий корреляции Спирмена. Уровень значимости всех статистических тестов был принят за  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение:** в ходе исследования установлено, что КЖ у мужчин и женщин с ИБС и АГ при сравнении интервенционной и консервативной тактик их ведения имеет определенные особенности. Результаты данного изучения представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Результаты анализа параметров КЖ у мужчин и женщин основной группы и группы сравнения (M ± SD)**

Параметры КЖ	Пол	Основная группа (n=102)	Группа сравнения (n=44)	p <
GH	м	2,7 ± 0,3	2,2 ± 0,2	0,05
	ж	2,1 ± 0,2	2,1 ± 0,2	нд
PF	м	23,8 ± 0,4	20,5 ± 2,1	0,05
	ж	19,1 ± 0,2	17,6 ± 1,8	0,05
RP	м	5,7 ± 0,6	4,8 ± 0,5	0,05
	ж	4,3 ± 0,5	4,7 ± 0,4	нд
RE	м	4,2 ± 0,4	4,3 ± 0,5	нд
	ж	3,6 ± 0,3	3,9 ± 0,4	нд
BP	м	6,8 ± 0,7	5,9 ± 0,6	0,05
	ж	5,6 ± 0,6	5,2 ± 0,5	нд
VT	м	7,7 ± 0,8	7,5 ± 0,7	нд
	ж	6,8 ± 0,7	6,5 ± 0,6	нд
MH	м	12,9 ± 1,3	13,1 ± 1,3	нд
	ж	11,6 ± 1,2	11,8 ± 1,2	нд

**Примечание:** здесь  $p < 0,05$  отмечены различия между основной группой и группой сравнения.

Как следует из данных, представленных в таблице 1, у мужчин основной группы показатели GH, PF, VT, RP и BP оказались выше, чем в группе сравнения (на 31,6%, 23,1%, 26,2%, 12,5% и 10,8% соответственно; все  $p < 0,05$ ). При этом, у женщин, перенесших ЧКВ, было отмечено увеличение только значений PF (на 18,2%;  $p < 0,05$ ). На основании вышеприведенных данных можно заключить, что, у больных ИБС и АГ после имплантации стента и/или БАП переносимость физических нагрузок субъективно оказалась выше, чем при консервативной терапии. При этом, у мужчин после интервенционного лечения показатели общего состояния здоровья и боли в груди были больше, чем при ОМТ. Полученные результаты не противоречат данным литературы. Так, в статье из Бразилии приводятся результаты анализа КЖ у 480 больных ИБС. Из них: 161 – перенес хирургическую реваскуляризацию миокарда, 166 – БАП, а 153 получали ОМТ. Получено, что у первых, вторых и третьих физическое здоровье улучшилось в 82,6%, 77,1% и 70,5% случаев соответственно. На основании вышеприведенных данных делается вывод о том, что интервенционное лечение, в целом, обеспечивает лучшее, чем ОМТ, КЖ. Это подтверждается и результатами другого исследования, проведенного в США. В него было включено 2287 больных со стабильно протекающей ИБС. Анализ параметров КЖ был проведен в 2-х группах: 1-я – пациенты, перенесшие чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) в сочетании с ОМТ, и 2-я – получавшие только ОМТ. В результате, приступы стенокардии через 3 месяца прекратились в 53% случаев в 1-й и в 42% наблюдений во 2-й группе. При этом, наибольшая эффективность ЧКВ была отмечена у больных с более высоким функциональным классом СС. Делается вывод о том, что проведение ЧКВ у указанных пациентов имеет преимущества по сравнению с ОМТ. Однако, позитивная динамика показателей КЖ в большей степени была отмечена только в период от 6 до 24 месяцев после вмешательства, а через 3 года различия перестают носить достоверный характер.

**Выводы.** Таким образом, во-первых, у больных ИБС и АГ независимо от тактики лечения отмечена связь между физическим состоянием и жизнеспособностью. Во-вторых, независимо от пола после интервенционного лечения переносимость физических нагрузок возрастает. В-третьих, увеличение показателя общего состояния здоровья у мужчин, перенесших стентирование и/или БАП коронарных артерий, ассоциируется с уменьшением частоты приступов стабильной стенокардии.

### **Литература**

1. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Максимова М.Ю. Артериальная гипертония и цереброваскулярная патология // Кардиология. – 2004; 3: 4 – 8.
2. Грачев А.В., Аляви А.Л., Ниязова Г.У. и соавт. Масса миокарда левого желудочка, его функциональное состояние и диастолическая функция сердца у больных артериальной гипертонией при различных эхокардиографических типах геометрии левого желудочка // Кардиология. – 2000; 3: 31 – 39.
3. Демидова М.М., Тихоненко В.М. Циркадная динамика показателей variability ритма сердца у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий // Кардиология. – 2005; 3: 24 – 30.
4. Шпак Л.В. Кардиоинтервалография и ее клиническое значение. – Тверь: Изд-во «Фактор», 2002. – 232с.
5. Дедов Д.В., Иванов А.П., Эльгардт И.А. Фибрилляция предсердий. маркеры рецидива аритмии у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией // Верхневолжский медицинский журнал. - 2008. Т. 6. № 3. - С. 47-51.

6. Иванов А.П., Дедов Д.В. Оценка риска развития фибрилляции предсердий с помощью дисперсионного анализа зубца Р ЭКГ // Клиническая медицина. - 2007. - Т. 85. № 2. - С. 30-32.
7. Дедов Д.В., Иванов А.П., Эльгардт И.А. Лечение аритмии у больных артериальной гипертензией // Клиническая медицина. - 2012. Т. 90. № 6. - С. 39-42.
8. Дедов Д.В., Иванов А.П., Эльгардт И.А. Влияние электромеханического ремоделирования сердца на развитие фибрилляции предсердий у больных ИБС и артериальной гипертензией // Российский кардиологический журнал. - 2011. - № 4. - С. 13-18.
9. Дедов Д.В., Иванов А.П., Эльгардт И.А. Риск рецидива фибрилляции предсердий у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией по данным холтеровского мониторирования электрокардиограммы // Вестник аритмологии. - 2010. Т. 59. № 59. - С. 27-32.
10. Мазур Е.С., Мазур В.В., Сайед К., Савинкова Е.А., Ковсар А.В., Аль-Сурайфи А. Как мы лечим фибрилляцию предсердий? // Верхневолжский медицинский журнал. - 2014. № 2. С. 4-7.
11. Бачурина М.А., Мазур В.В., Поспелова А.М., Мазур Е.С. О возможности диагностики инфарктных пневмоний без проведения мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием легочных сосудов // Верхневолжский медицинский журнал. - 2013. Т. 11. № 2. - С. 6-10.
12. Мазур Е.С., Кинах Т.А., Мазур В.В. Гемодинамическое значение фибрилляции предсердий при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы // Верхневолжский медицинский журнал. - 2012. Т. 10. № 2. - С. 3-6.
13. Егорова Е.Н., Кузьмина М.И., Мазур В.В., Сергеева С.И., Калинин М.Н., Мазур Е.С. Маркеры системного воспаления и микробиоценоз толстого кишечника при хронической сердечной недостаточности // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. Т. 9. № 1. - С. 3-7.
14. Казакова Н.Ю., Страхова К.В., Кинах Т.А., Великова И.В., Мазур В.В., Мазур Е.С. Состояние левого желудочка при фибрилляции предсердий у больных гипертонической болезнью // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. Т. 9. № 3. - С. 3-5.
15. Мазур Е.С., Мазур В.В., Казакова Н.Ю. Предикторы эффективности электроимпульсной терапии при персистирующей фибрилляции предсердий у больных артериальной гипертензией // Верхневолжский медицинский журнал. - 2010. Т. 8. № 1. - С. 3-5.
16. Орлов Ю.А., Килейников Д.В., Мазур В.В., Мазур Е.С. Клинико-функциональные особенности артериальной гипертензии у больных первичным гипотиреозом // Верхневолжский медицинский журнал. - 2010. Т. 8. № 2. - С. 21-22.
17. Жмакин И.А. История становления и развития научно-исследовательской работы в Тверской государственной медицинской академии // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. Т. 9. № 4. - С. 10-15.
18. Брянцева В.М., Федотова Т.А., Жмакин И.А. Научно-исследовательский центр тверской медицинской академии - важное звено в реализации научно-исследовательских работ // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. Т. 9. № 4. - С. 38-42.
19. Кириленко Н.П., Жмакин И.А. Участие Тверской медакадемии в формировании здорового образа жизни среди населения тверской области: опыт прошлого и настоящего, к будущему // Верхневолжский медицинский журнал. - 2009. Т. 7. № 4. - С. 31-33.