

Качество жизни мужчин с инфарктом миокарда и различными видами реперфузионной терапии в зависимости от появления коронарной недостаточности

Н.В. Кузнецова*, Я.Л. Габинский

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области “Научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи “Уральский институт кардиологии”. Екатеринбург, Россия

Quality of life and coronary insufficiency in men with myocardial infarction and coronary reperfusion

N.V. Kuznetsova*, Ya.L. Gabinsky

Ural Cardiology Institute. Yekaterinburg, Russia

Цель. Проанализировать изменение параметров качества жизни (КЖ) у мужчин трудоспособного возраста с первичным неосложненным инфарктом миокарда (ИМ) и различными видами реперфузионной терапии в зависимости от возобновления коронарной недостаточности (КН) в течение 12 мес. постинфарктного периода.

Материал и методы. Обследованы 114 мужчин в возрасте < 60 лет с первичным неосложненным ИМ. Возобновление КН оценивали клинически по возникновению типичных приступов стенокардии (Ст.). Для выявления скрытой КН все обследуемые перед выпиской из стационара, через 3, 6 и 12 мес. от развития ИМ выполняли пробу с дозированной физической нагрузкой (ПФН) на велоэргометре. КЖ пациентов определяли с помощью русифицированного аналога опросника SF-36.

Результаты. У мужчин из группы (гр.) чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) без появления КН отмечено достоверное улучшение КЖ в сроки 3, 6 и 12 мес. по некоторым шкалам, а в гр. тромболитической терапии (ТЛТ) по всем шкалам. Максимальное количество баллов в обеих гр. достигнуто по ряду параметров на 12 мес. постинфарктного периода. При появлении Ст. в 2 гр. отмечалось снижение КЖ, наименьше количество баллов было у показателей ролевых ограничений — медиана 0 баллов в гр. ЧКВ и 12,5 — в гр. ТЛТ и эмоционального состояния — 33 и 16,7 баллов, соответственно.

Заключение. Несмотря на метод восстановления кровотока в остром периоде ИМ, у пациентов без КН в течение года происходит улучшение показателей КЖ, достигая наивысших значений через год от развития ИМ. Возобновление Ст. в большей степени оказывало влияние на физическое и эмоциональное состояние пациентов с перенесенным ИМ, ограничивая выполнение повседневной деятельности. Появившаяся КН не отражалась на уровне социальной активности и потребности в общении.

Ключевые слова: качество жизни, неосложненный инфаркт миокарда, мужчины трудоспособного возраста, коронарная недостаточность, реперфузионная терапия.

Aim. To analyze the association between quality of life (QoL) and recurrent coronary insufficiency (CI) within 12 months after primary, uncomplicated myocardial infarction (MI) in working-age men, who underwent various types of coronary reperfusion.

Material and methods. In total, 114 men aged <60 years — patients with primary, uncomplicated MI, were examined. CI recurrence was assessed clinically, based on typical angina (A) attacks. To diagnose silent CI, all patients underwent an exercise test (veloergometry) before the discharge, as well as 3, 6, and 12 months after MI. QoL was assessed with a Russian version of SF-36 questionnaire.

Results. In CI-free men from the percutaneous coronary intervention (PCI) group, some QoL scales demonstrated a significant improvement at 3, 6, and 12 months. In the thrombolytic therapy (TLT) group, all QoL scales were significantly improved. The maximal QoL score was observed at 12 months in both groups. Patients with angina

© Коллектив авторов, 2011

e-mail: cybernc@mail.ru

Тел (343)-257-06-20

[Кузнецова Н.В. (*контактное лицо) — врач-кардиолог отделения инвазивной кардиологии, аспирант, Габинский Я.Л. — директор, заведующий кафедрой внутренних болезней № 3 Уральской ГМА].

had decreased QoL, with the minimal score observed for role functioning domains (median score 0 and 12,5 in PCI and TLT groups, respectively) and emotional status (33 and 16,7, respectively).

Conclusion. Regardless of the coronary reperfusion method in acute MI phase, CI-free patients demonstrated improved QoL, with the highest scores registered 12 months after MI. Angina recurrence affected physical and emotional role functioning in MI patients, restricting their daily life activities. However, recurrent CI did not affect social activity levels or the need for social interaction.

Key words: Quality of life, uncomplicated myocardial infarction, working-age men, coronary insufficiency, coronary reperfusion.

Критерии КЖ признаны неотъемлемой частью комплексного анализа новых методов диагностики, профилактики и лечения в медицине [1-2]. С конца 80-х годов КЖ стали рекомендовать к рассмотрению как самостоятельный критерий оценки эффективности терапии по значимости близкий к клиническим и не уступающий экономическим критериям. КЖ можно рассматривать как самостоятельную характеристику самочувствия больного и эффективности терапии, дополняющую традиционный анализ объективных клинических и инструментальных данных. Изменение параметров КЖ зависит от многих факторов: пола, возраста, социального статуса, образования, наличия сопутствующей патологии, поражения коронарного русла [3,4]. Изучение КЖ у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) чрезвычайно актуально в настоящее время [5-7]. Несмотря на применение современных методов лечения ИМ — первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) или тромболитической терапии (ТЛТ), в постинфарктном периоде сохраняется вероятность появления коронарной недостаточности (КН), которая может быть следствием прогрессирования атеросклероза в нативном коронарном русле, рестеноза в стенте, сохраняющегося после эффективной ТЛТ, гемодинамически значимого резидуального стеноза коронарной артерии (КА) [8-11]. Появление стенокардии влияет на КЖ, что приводит к инвалидизации и повышению сердечно-сосудистой смертности. До настоящего времени не определены особенности реагирования пациентов на появление КН после успешного восстановления кровотока по инфаркт-зависимой артерии (ИЗА) в остром периоде ИМ. Таким образом, актуальным является проведение исследования, посвященного особенностям изменения КЖ пациентов с различными видами реперфузионной терапии и появлением КН в постинфарктном периоде.

Материал и методы

В исследование включены 114 пациентов в возрасте 35-60 лет, госпитализированные в ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST (ОКС↑ST) на ЭКГ и выписанные с диагнозом Q-ИМ. В зависимости от восстановления кровотока в ИЗА пациенты были разделены на 2 группы (гр.). В I гр. вошли 62 (54 %) мужчины,

у которых реперфузионная терапия проводилась при помощи первичного ЧКВ со стентированием (гр. ЧКВ). II гр. составили 52 (46 %) мужчины, у которых кровоток в ИЗА восстановлен при помощи ТЛТ (гр. ТЛТ). Пациенты обеих гр. не различались по возрасту: средний возраст мужчин гр. ЧКВ составил $52,9 \pm 5,24$ года, гр. ТЛТ — $48,6 \pm 8,7$ года ($p > 0,05$). Время от развития болевого приступа до начала реперфузионной терапии в гр. ЧКВ составило в среднем 3 ч (медiana 190 мин), в гр. ТЛТ — 1,5 ч (медiana 102 мин) ($p < 0,001$).

В обеих гр. не было получено достоверных различий по частоте распространения основных факторов риска (ФР) ИБС: абдоминального ожирения (АО), курения, гиперлипидемии (ГЛП). Гипертоническая болезнь (ГБ) и отягощенная наследственность (ОН) по ИБС достоверно чаще встречались в гр. ЧКВ — 61 % и 68 %, соответственно, в сравнении с обследуемыми из II гр. — 38 % и 46 % ($p = 0,002$, $p = 0,004$). Предшествующая КН была у 45 % пациентов I гр. и 54 % II гр. ($p = 0,2$), длительность коронарного анамнеза составила от нескольких ч до 5 лет (таблица 1).

В исследование не включали пациентов с сахарным диабетом, осложненным течением ИМ, фракцией выброса (ФВ) < 50 %. Наблюдение за обследуемыми проводилось в течение года от развития ИМ. Все обследуемые получали аспирин в дозе 100 мг/сут., клопидогрел 75 мг/сут., статины, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), β -адреноблокаторы в индивидуально подобранной дозе. За время наблюдения не отмечено случаев развития повторного ИМ, ишемического инсульта (МИ) или летального исхода. Через год ни у одного пациента не было снижения ФВ < 50 %. В I гр. перед выпиской сердечная недостаточность (СН) I функционального класса (ФК) по NYHA была у 12 (20 %), II ФК у 50 (80 %) обследуемых. В гр. ТЛТ 15 (29 %) мужчин выписались с СН I ФК, 37 (71 %) с СН II ФК. К концу года наблюдения в гр. ЧКВ уменьшилось количество пациентов с СН I ФК — с 12 до 8 (13 %), с СН II ФК — с 50 до 43 (69 %), появились пациенты с СН III ФК — 11 (18 %). В гр. ТЛТ к 12 мес. количество пациентов с СН I ФК составило 10 (19 %), уменьшившись на 10 %, мужчин с СН II ФК стало меньше на 13 % — 30 (58 %), появились лица с СН III ФК — 12 (23 %). Целевой уровень показателей липидограммы не был достигнут у 19 (31 %) пациентов гр. ЧКВ, и у 9 (17 %) гр. ТЛТ ($p = 0,03$). Перед выпиской из стационара, на 3, 6 и 12 мес. постинфарктного периода проводилась проба с дозированной физической нагрузкой (ПФН) на велоэргометре (ВЭМ) для выявления скрытой КН. КЖ пациентов определялось с помощью русифицированного аналога неспецифичного опросника SF-36 (The MOS 36-item Short Form Healf Survey) [12], прошедшего адап-

Таблица 1

Характеристика мужчин трудоспособного возраста с неосложненным первичным ИМ

Показатель	Гр. ЧКВ (n=62)	Гр. ТЛТ (n=52)	p	Все пациенты (n=114)
ОТ > 102 см	40 (64,5 %)	32(61,5 %)	0,77	72(63 %)
ОХС ≥5 ммоль/л	44(71 %)	36(69 %)	0,877	80(70 %)
ЛВП ≥1 ммоль/л	29(46 %)	22(42 %)	0,669	51(45 %)
ЛНП ≥3 ммоль/л	48(77,4)	34(65 %)	0,087	82(72 %)
ТГ ≥1,7 ммоль/л	38(61 %)	33(63 %)	1	69(60 %)
Курение до ИМ	52(83,9 %)	48(92,3 %)	0,076	100(88 %)
ГБ	38(61,3 %)	20(38,5 %)	0,002*	58(51 %)
ОН	42(67,7 %)	24(46 %)	0,004*	66(58 %)
Предшествующая стенокардия	28(45,2 %)	28(53,8 %)	0,258	56(49 %)

Примечание: * - различия достоверны при значениях $p < 0,05$.

Таблица 2

Показатели КЖ мужчин гр. ЧКВ без КН в постинфарктном периоде

Параметры КЖ	1 мес. медиана (25 %-75 %)	3 мес. медиана (25 %-75 %)	6 мес. медиана (25 %-75 %)	12 мес. медиана (25 %-75 %)	p
Ф.Ф.	77,5(70-80)	85(70-95)*	90(85-95)*	95(90-95)	$p < 0,001$
Р.О.	25(25-50)	50(25-100)*	100(50-100)*	100(50-100)	$p < 0,001$
Ф.Б.	50(50-50)	55(50-64)*	62(50-74)*	73(55-80)*	$p < 0,001$
О.З.	66(52-70)	71(60-77)*	77(67-82)*	82(70-92)*	$p < 0,001$
ЭН.	64,3±11,2	72,5±10,4 *	79,8±10,4*	87,8±8,2*	$p < 0,001$
С.Ф.	50(50-75)	75(62-75)*	87,5(75-100)*	100(75-100)	$p < 0,001$
Э.С.	66(66-100)	100(66-100)*	100(100-100)	100(100-100)	$p < 0,001$
П.З.	65(60-70)	75(68-80)*	80(76-85)*	90(95-95)*	$p < 0,001$

Примечание: * — $p < 0,001$ — достоверность различия показателя по сравнению с предыдущим измерением.

тацию и клинические испытания в России. При каждом визите респонденты самостоятельно заполняли опросник КЖ “SF-36 Health Status Survey”. Он состоит из 11 разделов и 36 вопросов 2 типов: “дихотомических”, требующих ответов “да” или “нет” и “закрытых”, в которых указаны возможные варианты ответов, и необходимо лишь выбрать один из них. Опросник позволяет оценить субъективную удовлетворенность больного своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а также отражает самооценку степени выраженности болевого синдрома. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ. Расчет критериев КЖ производился методом суммирования рейтингов Ликерта на основе перекодированных “сырых” баллов, выраженных в процентах. Количественно оценивали следующие показатели: физическое функционирование (Ф.Ф.), ролевые ограничения (Р.О.) физическая боль (Ф.Б), общее состояние здоровья (О.З), энергичность (ЭН.), социальное функционирование (С.Ф.), эмоциональное состояние (Э.С), психическое здоровье (П.З.).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета КВАЗАР-ПЭВМ (вер. 1.0 для IBM PC, разработанная в ИММ УрОАН г. Екатеринбург) и BIOSTAT. Непрерывные переменные представлены в виде Ме (25-75 %) (медиана, 25 и 75 перцентиль). Достоверность различий непрерывных величин определяли с помощью критерия Student-Newman-Keuls. При сравнении дискретных переменных использовали критерий χ^2 Пирсона. Различия считали достоверными при двустороннем уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты

Показатели КЖ мужчин в гр. ЧКВ

В течение первого года от развития ИМ у 26 (42 %) пациентов I гр. отсутствовала клиника стенокардии (Ст.). Характеристика критериев КЖ, отражающих физический и психосоциальный статусы мужчин, подвергнутых ЧКВ ИЗА и без появления КН в течение первого года постинфарктного периода представлена в таблице 2.

У пациентов I гр. с отсутствием Ст. в течение года от развития ИМ в периоды с 1 по 3 мес., с 4 по 6 и с 7 по 12 мес. происходит достоверное увеличение показателя КЖ по шкалам Ф.Б., О.З., ЭН. и П.З. ($p < 0,001$). Медиана параметра КЖ по шкале Ф.Б. через месяц от развития ИМ составила 50 баллов, а к 12 мес. увеличилась до 73. Показатель КЖ по шкале О.З. перед выпиской из стационара составил в среднем 66 баллов, а через год увеличился до 82. К концу года наблюдения произошло достоверное увеличение КЖ по шкалам ЭН. и П.З. с 65 до 87,8 и 90 баллов, соответственно.

Достоверное увеличение КЖ к концу 3 и 6 мес. наблюдалось по шкалам Ф.Ф., Р.О. и С.Ф. У пациентов гр. ЧКВ медиана показателя КЖ по шкале Ф.Ф. через мес. от развития ИМ составляет 77,5 баллов, к концу 3 мес. — 85, к началу 7 мес. — 90 баллов. Параметр КЖ по шкале Р.О. увеличился с 25 баллов на 1 мес. до 50 к концу 3 мес. и до 100 к началу 7 мес. Медиана показателя КЖ по

Таблица 3

Показатели КЖ мужчин гр. ЧКВ с появлением Ст. в течение первого года постинфарктного периода

Параметры КЖ	1 мес. медиана (25 %-75 %)	3 мес. медиана (25 %-75 %)	6 мес. медиана (25 %-75 %)	12 мес. медиана (25 %-75 %)	p
Ф.Ф.	65(55-80)	75(60-85)	70(60-80)	67,5(65-80)	p=0,523
Р.О.	0(0-25)	0(0-50)	25(0-50)	25(0-50)	p=0,170
Ф.Б.	42,5(35,5-52)	57(50-72)*	51(42-74)	50(41-52)*	p<0,001
О.З.	40(32-50)	59(50-67)*	45(35-67,9)*	50(37-62)*	p<0,001
ЭН.	51,1±14,0	61,4±17,7 *	46,1±12,6*	54,7±15,0*	p<0,001
С.Ф.	50(43,7-62,5)	62,5(62-87)*	62,5(50-87,5)	68,7(62,5-100)	p<0,001
Э.С.	33(0-66,6)	66,6(33-90)*	33(0-49,9)*	33(0-66,6)	p<0,001
П.З.	61(55-70)	68(64-84)*	66(56-76)*	66(52-72)	p<0,05

Примечание: * — p<0,001 — достоверность различия показателя по сравнению с предыдущим измерением.

Таблица 4

Достоверность различий показателей КЖ в течение года постинфарктного периода у мужчин гр. ЧКВ в зависимости от появления Ст.

Показатель КЖ	p через 1 мес.	p через 3 мес.	p через 6 мес.	p через 12 мес.
Ф.Ф.	=0,083	=0,031*	<0,001**	<0,001**
Р.О.	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**
Ф.Б.	=0,086	=0,73	=0,164	<0,001**
О.З.	<0,001**	<0,002*	<0,001**	<0,001**
ЭН.	<0,001**	<0,002*	<0,001**	<0,001**
С.Ф.	=0,544	=0,535	<0,003*	=0,002*
Э.С.	<0,001**	=0,021*	<0,001**	<0,001**
П.З.	=0,273	=0,63	<0,001**	<0,001**

шкале С.Ф. перед выпиской составила 50 баллов, через 3 мес. — 75, к концу 6 мес. произошло увеличение до 87,8 баллов.

Показатель КЖ по шкале Э.С. достоверно увеличился к концу 3 мес. наблюдения с 66 до 100 баллов и оставался на таком уровне в течение всего периода наблюдения. Максимальные показатели КЖ в течение первого года постинфарктного периода у мужчин без появления стенокардии были отмечены по шкалам Р.О., С.Ф. и Э.С.

Через 3 мес. от момента развития ОИМ у 6 (9,6 %) мужчин появилась клиника Ст. Через 6 мес. КН возобновилась у 14 мужчин, что составило 22,5 %. К 12 мес. наблюдения возобновление клиники Ст. наблюдалось еще у 16 обследуемых (25,8 %).

Изменение КЖ по различным шкалам у мужчин с первичным ЧКВ и появлением Ст. в течение первого года от развития ИМ продемонстрировано в таблице 3.

В течение года наблюдения пациентов с появлением Ст. достоверное изменение КЖ при обследовании на 1, 3, 6 и 12 мес. от развития ИМ отмечено для шкал О.З. и ЭН. Медиана параметра КЖ по шкале О.З. к 3 мес. достоверно увеличилась с 40 до 59 баллов. К 6 мес. показатель снизился до 45 баллов, а к концу года наблюдения произошло увеличение до 50 баллов (p<0,001). Изменение показателя КЖ по шкале ЭН. имеет такую же динамику, как и показатель по шкале О.З. — к 3 мес. отмечается увеличение

с 51,1 до 61,4 баллов, к концу 6 мес. — снижение до 46,1 с последующим ростом до 54,7 баллов (p<0,001).

Показатель по шкале Ф.Б. достоверно увеличивается к 3 мес. с 42,5 до 57 баллов, а затем с 4 по 12 мес. отмечено его снижение до 50 баллов (p<0,001).

Изменения параметра КЖ по шкале С.Ф. наиболее выражены в период с 1 по конец 3 мес — показатель в этот период увеличивался с 50 до 62,5 баллов (p<0,001). В период с 4 по 6 и с 7 по 12 мес. не отмечено достоверного изменения КЖ по шкале С.Ф.

КЖ по шкалам Э.С. и П.З. улучшалось к концу 3 мес., увеличиваясь с 33 до 66,6 и 61 до 68 баллов, соответственно. К 6 мес. происходило снижение КЖ до 33 баллов для параметра Э.С. и 66 для П.З. (p<0,001). К концу года наблюдения не выявлено достоверных изменений КЖ по этим шкалам.

Минимальные показатели КЖ — 0 баллов у пациентов с появлением Ст. в течение первого года постинфарктного периода отмечались по шкалам Р.О. и Э.С. Максимальные — 100 баллов выявлены только по шкале С.Ф. и только через год от развития ИМ.

При сравнении показателей КЖ мужчин с появлением Ст. и без КН через 1, 3, 6 и 12 мес. от развития ИМ получены следующие результаты (таблица 4).

Сравнивая параметры КЖ через 1, 3, 6 и 12 мес. у мужчин с появлением Ст. в течение

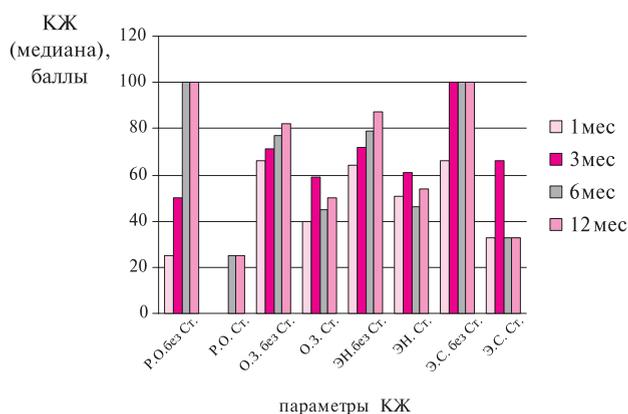


Рис. 1 Показатели КЖ у мужчин гр. ЧКВ с появлением Ст. и без КН, имеющие достоверные различия на 1, 3, 6 и 12 мес. от развития ИМ.

года от развития ИМ и обследуемых без КН отмечено достоверное различие показателей в течение всего периода наблюдения по шкалам Р.О., О.З., ЭН. и Э.С. ($p < 0,001$) (рисунок 1).

Различия по шкале Ф.Ф. были выявлены на 3, 6 и 12 мес. постинфарктного периода.

Показатель КЖ по шкалам С.Ф. и П.З. был достоверно выше у мужчин без появления Ст. на 6 и 12 мес. от развития ИМ ($p < 0,001$). КЖ по шкале Ф.Б. было достоверно выше у мужчин без появления КН только через год от развития ИМ ($p < 0,001$).

Показатели КЖ мужчин гр. ТЛТ

В течение первого года постинфарктного периода у 36 мужчин (69 %) II гр. не было признаков КН.

Динамика показателей КЖ в течение года у мужчин без рецидива клиники Ст. представлена в таблице 5.

У мужчин с восстановлением кровотока в ИЗА методом ТЛТ без появления клиники Ст. в течение года постинфарктного периода уже к 3 мес. отмечается достоверное улучшение КЖ по всем шкалам ($p < 0,001$). Наилучшее КЖ было отмечено по шкале Ф.Ф. — медиана составила 85,5 баллов. Наименьшее количество баллов было набрано по шкале Ф.Б. — медиана 65 баллов. К концу 6 мес. отмечено достоверное повышение КЖ по всем шкалам. Максимальное улучшение (медиана 100 баллов) произошло в таких сферах как Р.О., С.Ф. и Э.С. ($p < 0,001$). Через год от развития ИМ у мужчин без появления Ст. отмечены наилучшие показатели КЖ по всем шкалам по сравнению с данными на 1,3 и 6 мес. постинфарктного периода. Максимальные показатели КЖ зарегистрированы для шкал Р.О., О.З., С.Ф. и Э.С. ($p < 0,001$).

При выполнении ПФН на ВЭМ перед выпиской из стационара и на 3 мес. постинфарктного периода ни у одного из мужчин не было признаков КН или зафиксирована безболевая ишемия по результатам ВЭМ.

Таблица 5

Показатели КЖ мужчин гр. ТЛТ без КН в постинфарктном периоде

Параметры КЖ	1 мес. медиана (25 %-75 %)	3 мес. медиана (25 %-75 %)	6 мес. медиана (25 %-75 %)	12 мес. медиана (25 %-75 %)	p
Ф.Ф.	74(70-76)	85,5(76-90)*	95(91-95)*	95(95-97,5)*	$p < 0,001$
Р.О.	50(50-75)	75(50-75)*	100(75-100)*	100(100-100)*	$p < 0,001$
Ф.Б.	60(60-70)	65(60-74)*	70(66,5-84)*	80(74-84)*	$p < 0,001$
О.З.	55(50-60)	67(56-75)*	87(72-92)*	100(85-100)*	$p < 0,001$
ЭН.	60(50-65)	67(65-80)*	80(80-85)*	85(80-90)*	$p < 0,001$
С.Ф.	58(55-63)	75(75-100)*	100(87,5-100)*	100(100-100)*	$p < 0,001$
Э.С.	33(33,3-66)	66(66,6-100)*	100(100-100)*	100(100-100)*	$p < 0,001$
П.З.	60(55-63)	68(63-76)*	84(76-84)*	92(84-94)*	$p < 0,001$

Примечание: * — $p < 0,001$ — достоверность различия показателя по сравнению с предыдущим измерением.

Таблица 6

Показатели КЖ мужчин из гр. ТЛТ с появлением Ст. в первый год постинфарктного периода

Параметры КЖ	1 мес. медиана (25 %-75 %)	3 мес. медиана (25 %-75 %)	6 мес. медиана (25 %-75 %)	12 мес. медиана (25 %-75 %)	p
Ф.Ф.	40(33-46)	52,5(35-60)	37,5(20-66,5)	80(65-84,5)*	$p < 0,05$
Р.О.	25(0-25)	12,5(0-25)	60(60-75)*	100(95-100)*	$p < 0,05$
Ф.Б.	40(39-41)	46(41-52)*	50(45,5-52)	52(51,5-62)*	$p < 0,05$
О.З.	45(40-52,5)	45(30-47,5)	46(27,5-59,5)	67(57-67)*	$p < 0,05$
ЭН.	45(39-50)	45(37,5-55)	45,7(35-60)	60(52,5-68,5)*	$p < 0,05$
С.Ф.	54(50-56)	62(62-62)*	62(56,3-64,3)	87,5(81-100)*	$p < 0,05$
Э.С.	33(0-33,3)	16,7(0-33,3)	33,3(16,5-73,3)	100(100-100)*	$p < 0,05$
П.З.	50(45-56)	49(44-56)	46(34-69)	68(58-84)*	$p < 0,05$

Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверность различия показателя по сравнению с предыдущим измерением.

На 6 мес. у 12 мужчин (23 %) появилась Ст. напряжения. К 12 мес. наблюдения возобновление КН произошло еще у 4 пациентов (8 %). Характеристика критериев КЖ мужчин с появлением Ст. в течение первого года постинфарктного периода представлена в таблице 6.

У мужчин с появлением Ст. в течение первого года постинфарктного периода к 3 мес. отмечено достоверное увеличение КЖ только по шкалам Ф.Б. с 40 до 46 и С.Ф. с 54 до 62 баллов ($p < 0,05$). На 3 мес. самое низкое КЖ отмечено для шкал Р.О. — медиана 12,5 и Э.С. — 16,7 баллов. Лучшие показатели КЖ в этот период выявлены по шкале С.Ф. — медиана 62 балла. К 6 мес. отмечается достоверное увеличение показателя КЖ по шкалам Р.О. — с 12,5 до 60 и Ф.Б. — с 46 до 52 баллов ($p < 0,05$). Минимальное количество баллов в этот период наблюдалось по шкалам Э.С. — медиана 33,3 и Ф.Ф. — 37,5 балла. Лучшее КЖ выявлено по шкале С.Ф. — медиана 62 балла.

К 12 мес. у мужчин с появлением Ст. в течение первого года постинфарктного периода выявлено достоверное увеличение КЖ по всем шкалам. Максимальное количество баллов набрано по шкалам Р.О. и Э.С. Минимальные показатели отмечены по шкале Ф.Б. — медиана 52 балла.

При сравнении показателей КЖ мужчин с появлением Ст. и без КН через 1, 3, 6 и 12 мес. от развития ИМ с восстановлением кровотока в ИЗА методом ТЛТ получены результаты, представленные в таблице 7.

Мужчины гр. ТЛТ без появления КН в сроки через 1, 3, и 6 мес. от развития ИМ при заполнении опросника “SF-36” набрали большее количество баллов по сравнению с обследуемыми с появлением Ст. Через год от развития ИМ показатели КЖ мужчин без Ст. были также достоверно выше, за исключением КЖ по шкалам Р.О. и Э.С. ($p = 0,473$ и $0,478$ соответственно).

На рисунке 2 представлены показатели КЖ по шкалам, по которым отмечено достоверное различие параметров в зависимости от появления Ст. в течение первого года постинфарктного периода.

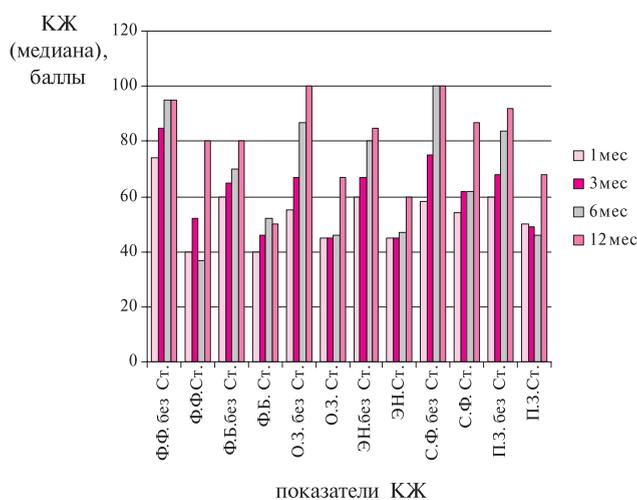


Рис. 2 Показатели КЖ у мужчин гр. ЧКВ с появлением Ст. и без КН, имеющие достоверные различия на 1, 3, 6 и 12 мес. от развития ИМ.

Обсуждение

В гр. ЧКВ без появления клиники Ст. в течение года от момента развития ИМ имеются достоверные отличия большинства показателей КЖ, отражающих изменение физического и психосоциального статуса, по сравнению с пациентами, у которых возникла КН. В течение первого года, достигая наивысших значений к 12 мес. постинфарктного периода, у обследуемых без Ст. отмечается улучшение КЖ по шкалам ЭН, ОЗ и ПЗ, ФБ. Пациенты ощущали себя энергичными, что сказывалось на увеличении времени и мощности выполняемой ПФН на ВЭМ, положительной оценке состояния здоровья и перспектив лечения, а отсутствие болевых ощущений в грудной клетке не ограничивало повседневную деятельность. Максимальные показатели КЖ по шкале Э.С. были отмечены уже на 3 мес. и не изменялись на протяжении всего периода наблюдения. Наличие перенесенного ИМ при отсутствии болевого синдрома в грудной клетке не сказывалось на эмоциональном состоянии, изменения которого могли привести к уменьшению объема и качества выполняемой работы или другой повседневной деятельности.

Таблица 7

Достоверность различий показателей КЖ в течение года постинфарктного периода у мужчин гр. ТЛТ в зависимости от появления Ст.

Показатель КЖ	p через 1 мес.	p через 3 мес.	p через 6 мес.	p через 12 мес.
Ф.Ф.	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**
Р.О.	<0,001**	<0,001**	<0,001**	0,473
Ф.Б.	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**
О.З.	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**
ЭН.	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**
С.Ф.	=0,002*	<0,001**	<0,001**	<0,001**
Э.С.	=0,008*	<0,001**	<0,001**	0,478
П.З.	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**

Появление ангинозных приступов ограничивало повседневную деятельность, приводило к усталости и быстрой утомляемости. В это время пациенты отмечали состояние своего здоровья как неудовлетворительное, не видели перспектив лечения, что, в свою очередь, способствовало появлению тревожности и депрессии, негативно сказываясь на объеме и качестве выполняемой работы. У пациентов с появлением Ст. отмечалось снижение КЖ по шкалам Ф.Б., О.З., ЭН., Э.С. и П.З. В то же время, наличие боли и связанный с ней эмоциональный компонент не ограничивали социальную активность пациента и его потребность в общении. Вероятно, имеющийся диагноз перенесенного ИМ и появление боли требовали решения социальных, семейных, бытовых проблем путем общения с родственниками, коллегами, друзьями. Наличие Ст. в большей степени оказывало влияние на физическое и эмоциональное состояние обследуемых, ограничивая выполнение повседневной деятельности. Снижение времени выполнения и мощности ПФН на ВЭМ, появление изменений на ЭКГ, требовавших завершения ПФН, появление болевого приступа негативно сказывалось на восприятии болезни и дальнейшего прогноза из-за необходимости в госпитализации и проведении инвазивного вмешательства. По результатам опросника наименьший уровень КЖ у этих мужчин наблюдалось по шкалам Р.О. и Э.С. Медианы данных показателей в рассматриваемой гр. составили 0 % и 33,3 %, соответственно.

Литература

1. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: Издательский дом "Нева"; М.: "ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир" 2002; 320.
2. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кардиология 2002; 5: 92-5.
3. Петрова М.М., Айвазян Т.А., Фендюхин С.А. Качество жизни у мужчин, перенесших инфаркт миокарда. Кардиология 2000; 2: 65-6.
4. Симоненко В.Б., Сейидов В.Г., Захаров С.В. и др. Сравнение отдаленных результатов коронарной ангиопластики и стентирования в течение 1-го года после операции. Клин мед 2007; 2: 15-9.
5. Волков В.С., Виноградов В.Ф. Особенности социально-психологического статуса больных хронической ишемической болезнью сердца. Кардиология 1993; 3: 15-6.
6. Хадгезова А.Б., Айвазян Т.А., Померанцев В.П. и др. Динамика психологического статуса и качества жизни больных инфарктом миокарда в зависимости от тяжести течения постинфарктного периода. Кардиология 1997; 1: 37-40.
7. Ольбинская Л.И., Игнатенко С.Б. Оценка ближайших и отдаленных результатов качества жизни больных ишемической болезнью сердца при лечении нитровазодилататорами. РКЖ 1999; 4: 15-8.
8. Hanke H, Stroschneider Th, Oberhoff M, et al. Time course of smooth muscle cell proliferation in the intima and media of arteries following experimental angioplasty. Circulat Res 1990; 67(3): 651-9.
9. Schwartz R, Holmes D, Topol E. The Restenosis paradigm revisited: An alternative proposal for cellular mechanisms. JACC 1992; 20(5): 1284-93.
10. Klein LW, Avula SB, Uretz E, et al. Utility of various clinical, noninvasive, and invasive procedures for determining the causes of recurrence of myocardial ischemia or infarction >1 year after percutaneous transluminal coronary angioplasty. Am J Cardiol 1995; 75: 1003-6.
11. Suresh CG, Grant SC, Henderson RA, Bennett DH. Late symptom recurrence after successful coronary angioplasty: angiographic outcome. Int J Cardiol 1993; 42: 257-62.
12. Ware JE. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Second Printing. Boston: The Health Institute; New England Medical Center, 1997.

Поступила 04/06-2009