

ВЛИЯНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Воробьев А.Н.*

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет Росздрава», 390026, г. Рязань, ул. Высоковольная, д. 9

* Ответственный за переписку: e-mail: vorobyev.an@gmail.com

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) характеризуется тяжелым течением, значительной частотой госпитализаций и неуклонным прогрессированием даже на фоне адекватной терапии.

Низкий индекс массы тела (ИМТ) является одним из главных независимых факторов риска повторных госпитализаций и смертности больных с ХСН. Однако белково-энергетическая недостаточность у них часто остается незамеченной, поскольку ее диагностика до сих пор связана с определенными трудностями, а похудание кажется неважным в сравнении с другими серьезными симптомами. Нутритивный статус пациента с ХСН характеризуют не только общая масса тела (МТ), но и ее составляющие – жировая (ЖМТ) и тощая (ТМТ) массы тела. Нужно учитывать, что больные ХСН часто имеют повышенную МТ из-за избыточного развития подкожно-жировой клетчатки и отеочного синдрома и одновременно сниженную массу мышечной ткани.

Целью исследования явилось изучение частоты встречаемости синдрома недостаточности питания у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и ХСН, а также оценка его влияния на прогноз и качество жизни (КЖ).

Обследовались пациенты с ИБС и ХСН, поступившие в Рязанский областной клинический кардиологический диспансер.

Проводилась оценка питательного статуса путем:

а) измерения МТ и вычисления индекса МТ (ИМТ) по формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / (\text{рост})^2 (\text{м}^2);$$

МТ сравнивалась с рекомендуемой МТ (РМТ), вычисляемой по формуле Европейской ассоциации нутрициологов:

$$\text{РМТ} = P - 100 - (P - 152) \times (\text{мужчины} - 0,2, \text{женщины} - 0,4), \text{ где } P - \text{рост в см};$$

б) определения ЖМТ и ТМТ по методу Durnin – Womersley. Оценка ТМТ проводилась в сравнении с должной ТМТ, которая условно принималась равной 70% и более от РМТ;

в) определения содержания в сыворотке крови общего белка, альбумина, абсолютного числа лимфоцитов.

ИБС и ХСН диагностировали согласно российским национальным рекомендациям «Диагностика и лечение стабильной стенокардии» (2008).

КЖ определяли с использованием «Краткого вопросника для оценки статуса здоровья» (SF-36) и Миннесотского опросника для оценки качества жизни больных с ХСН.

Всего было обследовано 1104 пациента (52,4% мужчин и 47,6% женщин) в возрасте от 32 до 84 лет (в среднем $61,3 \pm 8,9$ года) с различными клиническими формами ИБС и ХСН. Больные распределились по функциональным классам (ФК) ХСН следующим образом: I ФК – 162 (14,7%), II ФК – 539 (48,8%), III ФК – 361 (32,7%), IV ФК – 42 (3,8%) человека.

43,6% пациентов (481 человек) имели какие-либо признаки гипотрофии, в том числе 134 – только лабораторные, 227 – только антропометрические, а 119 – и лабораторные, и антропометрические. 262 (23,8%) пациента имели признаки гипотрофии 1 степени, 127 (11,5%) – 2 степени, 92 (8,3%) – 3 степени (кахексии).

Число пациентов с низким ИМТ было значительно меньше, чем со сниженной ТМТ. Так, 31% больных ХСН имели сниженную ТМТ и всего лишь 14,4% – сниженный ИМТ. Полученные результаты показывают, что с повышением ФК ХСН закономерно снижается ТМТ: у больных с начальной ХСН (I–II ФК) ТМТ составила в среднем $78,4 \pm 3,8\%$ от рекомендуемой, в то время как у лиц с выраженной ХСН (III–IV ФК) – $57,3 \pm 4,8\%$ ($p < 0,05$).

По результатам двухгодичного наблюдения была отмечена достоверно большая частота и продолжительность госпитализаций больных, имевших нарушение питательного статуса. Основными причинами госпитализации явились отек легких, сердечная астма, острое нарушение мозгового кровообращения, острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда, гипертонический криз. В основной группе отмечена и тенденция к повышению смертности.

При первичном сравнительном изучении КЖ у больных с гипотрофией и без таковой выявлено, что сумма баллов по Миннесотскому опроснику у пациентов с недостаточностью питания была достоверно выше, чем у лиц без гипотрофии ($64,6 \pm 2,4$ и $48,0 \pm 1,9$ балла соответственно, $p < 0,05$). По SF-36 пациенты с недостаточностью питания получили достоверно более низкую сумму баллов по всем шкалам, кроме шкал «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» и «психическое здоровье».

По итогам анкетирования на втором году наблюдения у пациентов с нарушением нутритивного статуса зафиксировано значимое ухудшение КЖ по шкалам «общее состояние здоровья», «физическое функционирование», «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «социальное функционирование» и

недостоверное – по шкалам «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «жизненная активность» и по Миннесотскому опроснику.

Итак, нарушения нутритивного статуса наблюдаются у 43,6% больных с ХСН I–III стадии и характеризуются снижением TMT, уровня сывороточного альбумина и уменьшением абсолютного числа лимфоцитов.

В диагностике гипотрофии у больных с ХСН ИМТ имеет достоверно меньшую чувствительность, чем TMT. Определение последней может быть рекомендовано для оценки нутритивного статуса больных.

Нарушения нутритивного статуса у больных ХСН являются дополнительным фактором снижения КЖ.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Петров В.С.^{*1}, кандидат медицинских наук,
Якушин С.С.¹, доктор медицинских наук,
Радченко Е.Н.²,
Савкина Н.П.²,
Иванова Г.О.²,
Потапова Е.Л.²,
Исаева Е.В.²

¹ Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава», 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

² ОГУЗ «Рязанский областной клинический кардиологический диспансер», 390027, г. Рязань, ул. Стройкова, д. 96

* Ответственный за переписку: e-mail: dr.vspetrov@gmail.com

Цель работы – анализ ведения больных с хронической ревматической болезнью сердца в г. Рязани.

Обследовано 198 человек с диагнозом «хроническая ревматическая болезнь сердца», проходивших лечение в ревматологическом отделении ОГУЗ «Рязанский областной клинический кардиологический диспансер». Женщины составили 77,3%, мужчины – 22,7%; средний возраст пациентов – $54,3 \pm 0,72$ года. В анамнезе острая ревматическая лихорадка выявлена у 37,0% больных, частые ангины – у 54,6%, бициллинопрофилактика проводилась 35,2% пациентов.

Наиболее частыми были жалобы на кардиалгии (57,4% пациентов), одышку (71,3%), сердцебиение (60,2%), перебои в работе сердца (58,3%), головные боли (57,4%), головокружение (52,8%). Загрудинную боль отмечали только 15,7% больных.

При объективном обследовании: средний рост пациентов составил $163,24 \pm 0,76$ см, масса тела – $75,07 \pm 0,99$ кг, ИМТ – $29,86 \pm 1,84$ кг/м², систолическое артериальное давление – $136,78 \pm 1,4$ мм рт. ст., диастолическое артериальное давление – $83,45 \pm 0,84$ мм рт. ст., частота сердечных сокращений – $77,6 \pm 1,04$ в мин.

Лабораторные анализы: уровень гемоглобина – $133,9 \pm 1,3$ г/л, глюкозы крови – $5,2 \pm 0,11$ мм/л, креатинина – $77,01 \pm 1,67$ мкмоль/л, общего билирубина – $13,8 \pm 0,64$ мкмоль/л, общего холестерина – $4,85 \pm 0,07$ ммоль/л, скорость оседания эритроцитов – $12,2 \pm 0,65$ мм/ч.

По данным теста с шестиминутной ходьбой I функциональный класс ХСН выявлен у 16,6% больных, II – у 38,5%, III – у 42,85%, IV – у 2,4%.