

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЯХ

Васильев В.Н.¹, Яковлев В.В.*¹, Васильева А.В.², Шалыгин Л.Д.³

УДК: 616.132.2-036.003.12:612.013.001.4

DOI: 10.25881/BPNMSC.2018.11.85.020

¹ ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

² Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования, Санкт-Петербург

³ Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова, Москва

Резюме. Обследованы 60 пациентов с инфарктом миокарда после чрескожного коронарного вмешательства в процессе реабилитации. Всем пациентам проведено клиническое обследование, оценка качества жизни, сравнение уровней тревожности и депрессии в начале и в конце госпитализации. Результаты исследования показали компенсированные функции сердечно-сосудистой системы, положительную оценку качества жизни, заметное снижение уровней тревожности и депрессии к завершению лечения. Полноценная реабилитация после интервенционного лечения инфаркта миокарда позволяет улучшить адаптацию пациентов, снизить уровень психоэмоционального напряжения.

Ключевые слова: чрескожное коронарное вмешательство, инфаркт миокарда, реабилитация, качество жизни, тревожность, депрессия.

Целью исследования являлась оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы, качества жизни, уровней реактивной тревожности и депрессии, у пациентов, находящихся в отделении восстановительного лечения после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) со стентированием коронарных артерий после инфаркта миокарда (ИМ) при поступлении и перед выпиской.

Материалы и методы

Обследованы 60 пациентов (55% (33) мужчин – 1-я группа и 45% (27) женщин – 2-я группа) с ИМ после ЧКВ. Все больные проходили лечение в кардиологическом отделении городской больницы № 23 Санкт-Петербурга, куда были переведены из кардиохирургических отделений многопрофильных стационаров города в 2016–2017 гг. Пациенты были разделены по возрасту и длительности ИБС. Распределение по гендерному признаку было практически равномерным. Средняя продолжительность госпитализации составила 19,4±4,1 суток для обеих групп. Выявлялось наличие симптомов стенокардии, сердечной недостаточности, признаки прогрессирования ИБС. При оценке качества жизни и эмоционального и психического дискомфорта использовались критерии

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE AND PSYCHOEMOTIONAL STATUS IN PATIENTS IN THE PROCESS OF REHABILITATION TREATMENT AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Vasilev V.N.¹, Yakovlev V.V.*¹, Vasileva A.V.², SHalygin L.D.³

¹ Military Medical Academy

² St. Petersburg Academy of Postgraduate Education

³ Federal State Budgetary Institution «National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov» of the Ministry of Health of the Russian Federation

Abstract. 60 patients with myocardial infarction (33 men and 27 women of comparable age) after percutaneous coronary intervention in the rehabilitation process were examined. All patients underwent clinical examination, life quality assessment, comparison of anxiety and depression levels at the beginning and at the end of hospitalization. The results of the study showed compensated functions of the cardiovascular system, a positive assessment of the quality of life, a noticeable reduction in anxiety and depression levels by the end of treatment. Full rehabilitation after interventional treatment of myocardial infarction can improve adaptation of patients, reduce the level of psycho-emotional stress.

Keywords: percutaneous coronary intervention, myocardial infarction, rehabilitation, quality of life, anxiety, depression.

краткого опросника ВОЗ (WHOQOL-BREF) [4], касающиеся физической и психологической сферы, уровень реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера [3], опросник депрессивности А. Бека (BDI) [2]. Показатели оценивали при поступлении пациента в кардиологическое отделение (1–2 день) и перед выпиской (18–25 день). Полученные данные подвергнуты статистической обработке и сравнению. Статистическая обработка данных проводилась в программе STATISTICA 8.0.550. Учитывая несоответствие распределения большинства оцениваемых количественных показателей закону нормального распределения, для описания данных случайных величин использовались медиана и межквартильный размах Me [Q25; Q75], а для проверки статистических гипотез применены непараметрические критерии Манна-Уитни (Mann-Whitney U-test).

ИБС занимает одно из лидирующих мест в реестре причин смертности и инвалидизации трудоспособного населения. В Санкт-Петербурге, в частности, заболеваемость и смертность от ИБС к началу тысячелетия почти в полтора раза выше, чем в среднем по России [10]. Отмечается увеличение частоты острых проявлений ИБС, в том числе ИМ у лиц молодого и среднего возраста, с

* e-mail: yakovlev-mma@yandex.ru

преобладанием мужчин [7; 11]. В современных условиях наряду с широким внедрением в клиническую практику новых эффективных препаратов (в частности, тромболитических), применяемых для лечения ИБС, высокотехнологичные методики лечения становятся все более доступными и распространенными [5; 14; 16].

Выбор хирургического метода и объема лечения ИБС нередко бывает весьма затруднен [9]. Наряду с хирургическим лечением ИБС, методы интервенционной кардиологии, к которым относится и ЧКВ, предложенное в 1977 г. Andreas Gruentzig (транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика), показали свою высокую эффективность [12; 14; 16]. Возврат симптомов стенокардии наблюдается примерно в 20% наблюдений через год после ЧКВ. С использованием стентов с лекарственным покрытием и др., а также обязательного приема двойной антиагрегантной терапии (АСК + тиенопирин) в течение 1 месяца, с последующим продолжением приема АСК, частота развития тромбозов стентов может быть существенно снижена [1; 13; 15]. Показания для стентирования коронарных артерий определены ACC/AHA/SCAI – 2005 г. (ESC Guidelines., 2005).

Послеоперационная реабилитация, как и курортное лечение пациентов с ИБС является необходимым условием качественной их социализации, улучшения качества и продолжительности жизни, достаточной физической активности и достижения психического комфорта [2; 6; 8].

Результаты исследования

В кардиологическое отделение пациенты поступили через 6–11 суток после сосудистого вмешательства в кардиохирургических стационарах СПб.

За время стационарного лечения всем больным выполнено общеклиническое исследование, согласно стандартам обследования пациентов с ИБС. Формализованная история болезни, включала в себя пол, возраст, площадь ИМ, локализацию инфаркта миокарда, массу тела, длительность ИБС, количественный анализ ЭКГ и ЭхоКГ, лабораторные данные, прием лекарственных препаратов, клинические симптомы при поступлении в стационар и их динамику в течение госпитализации. При анализе общего состояния и самочувствия пациентов, с учетом личностно-эмоциональных особенностей (Кувшинова Н.Ю., 2010), мы использовали критерии и оценки состояния от 1 до 5 по шкалам опросника качества жизни (WHOQOL-BREF) [4; 6], оценки уровня реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера [3] и опросника депрессивности А. Бека (BDI – Beck Depression Inventory) [2].

Средний возраст пациентов в 1-й группе (33 мужчины) составил $58,2 \pm 11,3$ лет, во 2-й группе (27 женщин) – $62,7 \pm 10,9$ лет.

В данное исследование включены пациенты сопоставимых возрастов и длительности заболевания.

Существенных различий в функциональных показателях сердечно-сосудистой системы в исследуемых группах обнаружено не было.

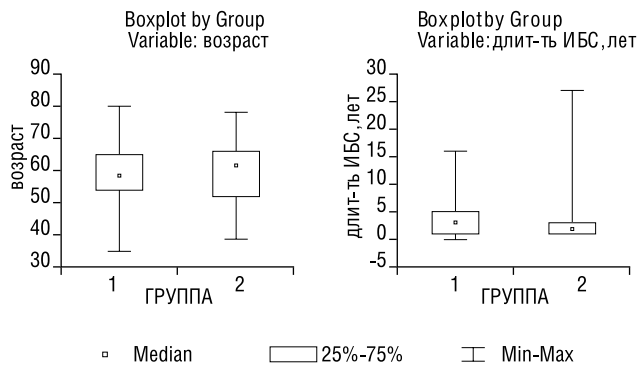


Рис. 1. Распределение пациентов по возрасту и длительности ИБС

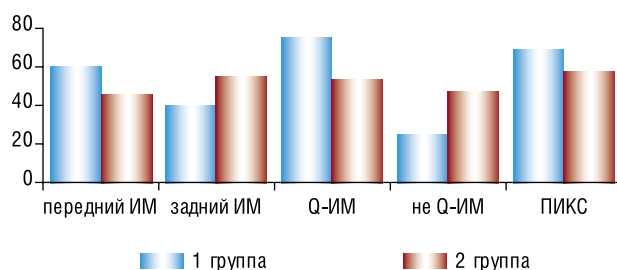


Рис. 2. Распределение инфарктов миокарда по локализации, глубине и наличию его в анамнезе по группам в %

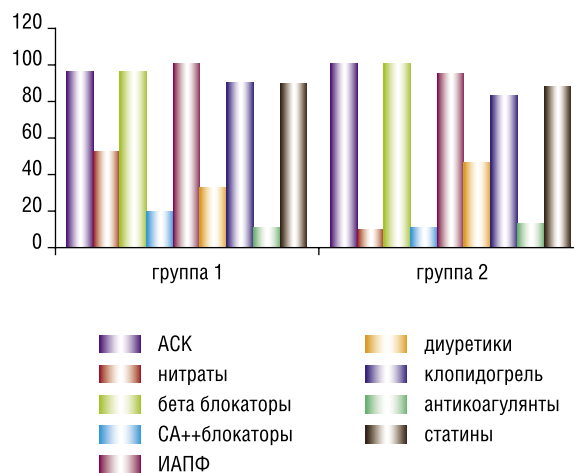


Рис. 3. Медикаментозная терапия в группах

Пациенты обеих групп получали вполне стандартизованную и сопоставимую медикаментозную терапию.

Комплекс реабилитационных мероприятий в кардиологическом отделении после перевода из кардиохирургического стационара включал помимо медикаментозной терапии физиотерапевтическое лечение, лечебную физкультуру, акватерапию, кинезотерапию, массаж, занятия в бассейне, психологическую диагностику и (при необходимости) коррекцию эмоциональных расстройств.

При опросе пациентов по шаблону опросника WHOQOL не выявлено достоверных различий в оценке

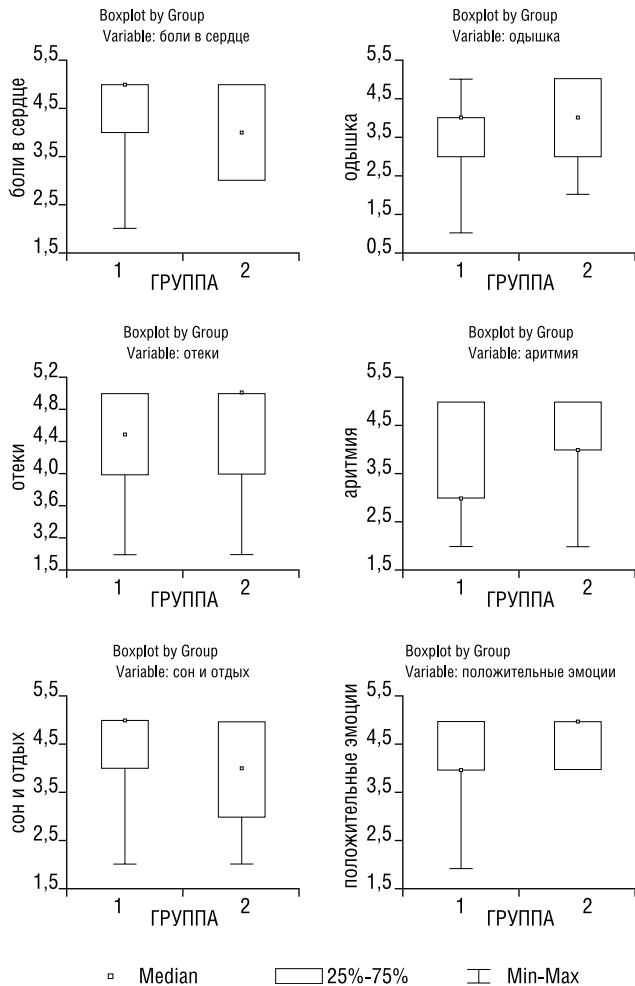


Рис. 4. Субъективная оценка состояния пациентов (качество жизни)

качества жизни респондентов. Большинство ответов пациентов обеих групп имеет положительную составляющую.

Баллы по шкале ординат: 1- Очень неудовлетворен (очень часто). 2- Не удовлетворен (часто). 3- Ни то, ни другое. 4- Удовлетворен (редко). 5- Очень удовлетворен (очень редко).

(Медиана и межквартильный размах Ме [Q25; Q75]).

Проведена психологическая диагностика эмоциональной сферы у пациентов в группах.

Выявлены достоверные различия в уровнях реактивной тревожности и депрессии в группах перед началом восстановительного лечения и в конце. Реактивная тревожность определялась по формуле: $\Pi - \text{O} + 50$ (где Π – прямые вопросы, O – обратные), при этом 20–30 баллов оценивались, как низкий уровень, 31–45 баллов, как средний и > 46 баллов, как высокий.

Уровень реактивной тревожности составил: 1-я группа – $42,1 \pm 5,4$ в начале госпитализации и $17,2 \pm 3,7$ в конце, 2-я группа – $36,7 \pm 4,1$ и $12,4 \pm 4,2$, соответственно ($p < 0,05$ для обеих групп).

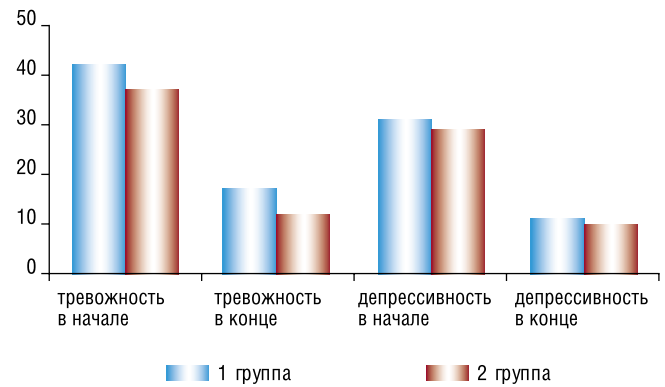


Рис. 5.

Опросник депрессивности А. Бека включал 21 вопрос с ответами в баллах от 0 до 3, при этом отсутствие депрессии констатировали при наличии 9 и менее баллов, слабо выраженные проявления депрессии при 10–18 баллах, умеренно выраженное депрессивное состояние при 19–29 баллах, клинически выраженную депрессию при 30–63 баллах.

Уровень депрессивности составил: 1-я группа – $30,9 \pm 6,5$ в начале госпитализации и $11,2 \pm 4,7$ в конце, 2-я группа – $29,1 \pm 6,2$ и $9,6 \pm 6,4$ соответственно ($p < 0,05$ для обеих групп).

Выводы

1. Исследование показало эффективность лечения ИМ методами ранней реваскуляризации, улучшение качества жизни пациентов, имевших ИБС в анамнезе за счет уменьшения симптомов сердечной недостаточности, болевых и аритмических эпизодов.
2. Отмечается отчетливая редукция соматопсихических проявлений за время прохождения курса восстановительного лечения. Выявлено достоверное снижение уровней реактивной тревожности и депрессии пациентов.
3. Большинство обследованных в группах положительно оценивают изменения качества жизни после проведенного хирургического и восстановительного лечения.
4. У женщин, по сравнению с мужчинами определялись более высокие (статистически не значимые) оценки уровня качества жизни, более отчетливая динамика снижения уровня реактивной тревожности и депрессивности в результате восстановительного лечения.
5. Отмечается общая эффективность восстановительного лечения, включающего медикаментозную терапию, физиотерапевтическое воздействие, лечебно-физкультурные мероприятия, психологическую адаптацию пациентов к постинфарктному состоянию.
6. Существенных различий в функциональных показателях сердечно-сосудистой системы в исследуемых группах обнаружено не было, что, вероятно, свидетельствует об универсальности методик лечения данной категории пациентов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Бокерия, Л.А., Бершвили, И.И., Сигаев, И.Ю., и др., Результаты ТМЛР, выполненной в качестве повторного вмешательства у больных ИБС с возвратом стенокардии. Бюллетень НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. // Бюллетень НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2007. – Т. 8, № 3. – Приложение. – С. 41. [Bokeriya, L.A., Berishvili, I.I., Sigaev, I.YU., i dr., Rezul'taty TMLR, vpolnennoj v kachestve povtornogo vmeshatel'stva u bol'nyh IBS s vozvratom stenokardii. Byulleten' NC SSKH im. A.N. Bakuleva RAMN. // Byulleten' NC SSKH im. A.N. Bakuleva RAMN. – 2007. – Т. 8, № 3. – Prilozhenie. – S. 41].
2. Вассерман, Л.И., Трифонова, Е.А., Щелкова, О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. – СПб.: Речь, – 2011. – 271 с. [Vasserman, L.I., Trifonova, E.A., SHChelkova, O.YU. Psihologicheskaya diagnostika i korrekciya v somaticheskoy klinike: nauchno-prakticheskoe rukovodstvo. – SPb.: Rech', – 2011. – 271 s].
3. Исследование тревожности (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. Дерманова И.Б. – СПб., – 2002. – С. 124–126. [Issledovanie trevozhnosti (CH.D. Spilberger, adaptaciya YU.L. Hanin) / Diagnostika emocional'no-nravstvennogo razvitiya. Red. i sost. Dermanova I.B. – SPb., – 2002. – S. 124–126].
4. Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF) / Murphy B., Herrman G., Pinzone T., Evert H. – ВОЗ. – 2000. [Kratkij oprosnik VOZ dlya ocenki kachestva zhizni (WHOQOL-BREF) / Murphy B., Herrman G., Pinzone T., Evert H. – VOZ. – 2000].
5. Крыжановский В.А. Тромболизис при инфаркте миокарда // Кардиология. – 2001. – Т. 41, № 6. – С. 67–79. [Kryzhanovskij V.A. Trombolizis pri infarkte miokarda // Kardiologiya. – 2001. – Т. 41, № 6. – S. 67–79].
6. Кувшинова, Н.Ю. Оценка качества жизни больных ишемической болезнью сердца во взаимосвязи с эмоционально-личностными характеристиками // Известия Самарского научного центра Российской академии наук, – Т. 12, № 3(2). – 2010. [Kuvshinova, N.YU. Ocenka kachestva zhizni bol'nyh ishemicheskoy bolezniyu serdca vo vzaimosvyazi s emocional'no-lichnostnymi harakteristikami // Izvestiya Samarskogo nauchnogo centra Rossijskoj akademii nauk, – Т. 12, № 3(2). – 2010].
7. Сыркин, А.Л. Инфаркт Миокарда // М., Изд.: Медицинское информационное агентство. – 2006. – 464 с. [Syrkin, A.L. Infarkt Miokarda // M., Izd.: Medicinskoje informacionnoje agentstvo. – 2006. – 464 s].
8. Шалыгин, Л.Д. Сезонная реабилитация кардиологических больных на курорте / Под ред. Ю.Л. Шевченко; Нац. Мед.-хирургический центр им. Н. И. Пирогова, Ин-т усовершенствования врачей НМХЦ им. Н.И. Пирогова. – М.; 2011. – 247 с. [SHalygin, L.D. Sezonnaya reabilitaciya kardiologicheskikh bol'nyh na kurorte / Pod red. YU.L. Shevchenko; Nac. Med.-hirurgicheskij centr im. N. I. Pirogova, In-t usovershenstvovaniya vrachej NMHC im. N.I. Pirogova. – M.; 2011. – 247 s].
9. Шевченко, Ю.Л., Попов, Л.В., Батрашов, В., Вахромеева, М.Н., Борщев, Г.Г. Трудности выбора объема реваскуляризации при лечении ишемической болезни сердца у пациента с высоким риском // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2015. – Т. 10, № 4. – С. 134–136. [Shevchenko, YU.L., Popov, L.V., Batrashov, V., Vahromeeva, M.N., Borshchev, G.G. Trudnosti vybora ob'ema revaskulyarizacii pri lechenii ishemicheskoy bolezni serdca u pacientsa s vysokim riskom // Vestnik Nacional'nogo mediko-hirurgicheskogo centra im. N.I. Pirogova. – 2015. – Т. 10, № 4. – S. 134–136].
10. Шляхто, Е.В. Актуальные проблемы кардиологической помощи в Санкт-Петербурге // Е.В. Шляхто, И.А. Шевченко, Б.Б. Бондаренко // новые С.-Петерб. Врач. Ведомости. – 2001. – № 4. – С. 8–10. [SHlyahoto, E.V. Aktual'nye problemy kardiologicheskoy pomoshchi v Sankt-Peterburge // E.V. SHlyahoto, I.A. Shevchenko, B.B. Bondarenko // novye S.-Peterb. Vrach. Vedomosti. – 2001. – № 4. – S. 8–10].
11. Яковлев, В.В. Факторы риска и особенности течения повторного инфаркта миокарда у мужчин различного возраста // Автореф. дисс. докт. мед. наук. – СПб. – 2011. [Yakovlev, V.V. Faktory riska i osobennosti techeniya povtornogo infarkta miokarda u muzhchin razlichnogo vozrasta // Avtoref. diss. dok. med. nauk. – SPb. – 2011].
12. Gersh, D.J., Fintman, E.M. Selection of the optimal reperfusion strategy for STEMI does time matter? // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 761–763.
13. Gurbel, P.A., DiChiara, J., Tantry, U.S. Antiplatelet therapy after implantation of drug-eluting stents: duration, resistance, alternatives, and management of surgical patients // Am. J. Cardiol. – 2007. – Vol. 100(8B). – P. 18M–25M.
14. Hochman, J.S., Lamas, G.A., Buller, et al. for the Occluded Artery Trial Investigators. Coronary intervention for persistent occlusion after myocardial infarction // New Engl. J. Med. – 2006. – Vol. 355. – P. 2395–2407.
15. Moreno, R., Fernandez, C., Hernandez, R. Drug-eluting stent thrombosis: Results from a pooled analysis including 10 randomized studies // J. Am. Coll. Cardiol. – 2005. – Vol. 45. – P. 954–959.
16. The Task Force for Percutaneous Coronary Interventions of the European Society of Cardiology. ESC Guidelines. Guidelines for percutaneous coronary interventions // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 26. – P. 804–847.