

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ ПРИ ОДНО - И ДВУХКАМЕРНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ

М.Д. Элтаназаров, Ю.Н. Гришкин

Медицинская академия последипломного образования Росздрава, кафедра кардиологии им. М.С. Кушаковского, г. Санкт-Петербург

Введение. Темпы развития методов и технических средств электрической стимуляции сердца в настоящее время позволяют не только считать это направление весьма эффективным в терапии нарушений сердечного ритма и проводимости, но и сделать вывод, что электрокардиостимуляция будет использоваться ещё шире.

В связи с этим лечение атриовентрикулярных (АВ) блокад, приводящих к стойкой брадикардии, по-прежнему остаётся актуальной проблемой кардиологии. Наиболее радикальным методом лечения АВ-блокад является постоянная электрокардиостимуляция (ПЭКС). Имплантация электрокардиостимулятора (ЭКС) позволяет не только улучшить качество жизни таких больных, но и увеличить продолжительность их жизни [8]. К сожалению, имплантация ЭКС не всегда положительно влияет на проявления основного заболевания и его осложнений. Более того, она иногда приводит к осложнениям, снижающим эффективность этого радикального вмешательства. Наблюдение за больными с АВ-блокадами после имплантации ЭКС позволяет выявить ряд негативных факторов, учёт и адекватная коррекция которых могут улучшить результаты лечения и повлиять на ближайший и отдалённый прогнозы у этих лиц [1,3-5].

В последние годы отмечается повышенный интерес к оценке медицинских аспектов качества жизни (КЖ) больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Изучение КЖ пациентов с нарушениями ритма и проводимости сердца особенно актуально потому что, с одной стороны, в последние годы появилось большое количество новых антиаритмических препаратов и существенно расширились показания к хирургическому лечению этих больных, с другой – нередко приходится сталкиваться с нежелательными побочными, в том числе аритмогенными эффектами этих препаратов. Как следствие, некоторые авторы считают, что лечение больных с аритмиями и блокадами, не имеющих ближайшего неблагоприятного прогноза, следует начинать лишь в случае резкого снижения КЖ [2,6,7, 9-11].

Несмотря на важность и актуальность проблемы, методические вопросы оценки КЖ больных с нарушениями ритма и проводимости сердца в настоящее время до конца не решены. Ряд исследователей подчёркивают необходимость создания специальных опросников для изучения КЖ этой категории больных [9,12,13].

Цель исследования – определение качества жизни и сравнительная его оценка у больных с полными АВ-блокадами на фоне одно- и двухкамерной электрокардиостимуляции.

Материалы и методы исследования. Обследовано 67 больных с полными АВ-блокадами ишемического генеза, госпитализированных в разное время для обследования и лечения в кардиохирургическое отделение Покровской больницы г. Санкт-Петербурга. У 24 из них имела место стенокардия напряжения II-IV функционального класса, у трёх больных АВ-блокады сформировались на фоне острого инфаркта миокарда, у 12 пациентов имелся постинфарктный кардиосклероз, у 28 – атеросклеротический кардиосклероз. У всех этих больных качество жизни оценивали до и после имплантации искусственного водителя ритма с помощью русской версии опросника «SF-36». В соответствии со шкалами опросника проводили определение физического функционирования (PF), ролевого ограничения, связанного с физическим состоянием (RP),

физической боли (BP), общего здоровья (GH), жизнеспособности (VT), социальной роли (SF), эмоциональной роли (RE) и психического здоровья (MH).

Результаты и их обсуждение. Согласно результатам опроса больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с полной АВ-блокадой до и после имплантации искусственного водителя ритма, на фоне одно- и двухкамерной электрокардиостимуляции, отмечается значительное снижение КЖ по всем анализируемым позициям. Это было наиболее выражено у больных с синдромом Моганьи-Адамса-Стокса (МАС) либо его эквивалентами, а также у больных с сердечной недостаточностью (СН).

Как известно, физическое функционирование определяет возможность выполнения различных физических нагрузок; минимальная – возможность самообслуживания (способность больного самостоятельно умыться, одеться), максимальная – характеризуется свободным выполнением всех видов движения (длительная ходьба, бег, занятия спортом) без ограничений. У всех обследованных нами больных не было случая выполнения максимальной физической нагрузки, и только 27 человек (40,3%) смогли выполнить минимальную. 13 из них были пациенты со стенокардией, 4 человека с постинфарктным кардиосклерозом, и 10 - с атеросклеротическим кардиосклерозом. После имплантации постоянного водителя ритма во всех группах наблюдалось увеличение толерантности к физической нагрузке.

Анализ полученных данных выполнялся с помощью пакета программ STATISTICA for Windows, версия 5.5. Для сравнения групп использовались критерии Манна Уитни и медианы Валда. Для оценки динамики применяли критерии Вилкоксона и Т-тестов. Результаты исследования представлены в таблице.

Таблица

Показатель	ЭКС в режиме VVI (n=55)		ЭКС в режиме DDD (n=12)	
	До ЭКС	На ЭКС	До ЭКС	На ЭКС
Физическое функционирование	41,3±3,7	61,3±2,2 ^{†*}	43,1±5,3	71,9±5,7**
Ролевое ограничение	22,1±2,9	48,4±2,6 ^{†*}	25,3 ±4,1	54,3±7,3**
Физическая боль	48,2±3,6	70,2±1,4 ^{†*}	51,8±2,5	74,2±0,3**
Общее здоровье	32,1±0,7	53,0±1,9 ^{†*}	33,5±2,4	51,5±3,4**
Жизнеспособность	50,1±2,1	66,0±2,1 ^{†*}	49,3±0,6	73,8±5,0**
Социальная роль	58,0±3,8	75,2±2,2 ^{†*}	58,3±3,4	83,2±3,1**
Эмоциональная роль	33,0±0,6	51,4±3,1 ^{†*}	37,4±4,1	62,2±4,1**
Психическое здоровье	46,0±3,4	64,9±2,5 ^{†*}	43,5±7,5	69,0±6,2**

Примечание: достоверность в сравнении с исходными показателями: в режиме VVI * – p <0,01; в режиме DDD – ** – p <0,001; отличия показателей после имплантации ЭКС между режимами VVI и DDD: † – p <0,05

Роль физического состояния, определяющего ролевое ограничение, обуславливает способность к выполнению типичной для данного возраста и социальной предрасположенности работы (ходьба на работу, сама работа, домашнее хозяйство). Физическое состояние оценивается как низкое в случае возникновения проблем в работе или в любой другой ежедневной привычной

нагрузке из-за состояния здоровья. У лиц с высоким физическим состоянием без ролевых ограничений проблем в выполнении ежедневной работы как правило не возникает. Особенно высокое ролевое ограничение физического состояния было выявлено у 31 больного с проявлениями сердечной недостаточности на фоне редкого фиксированного ритма, а также у 10 пациентов с более высоким классом стенокардии - напряжения. У четырёх больных без выраженной сердечной недостаточности и при отсутствии стенокардии ролевое ограничение оказалось менее выраженным. Имплантация постоянного ЭКС привела к отчётливому улучшению клинического состояния пациентов по этой шкале КЖ. В целом, этот показатель достоверно снизился у больных, имеющих сердечную недостаточность и стенокардию напряжения.

Шкала физической боли предполагает возникновение очень сильного или продолжительного болевого синдрома, который не может не сказаться на качественной оценке жизни. Другим крайним вариантом оценки этой шкалы является полное отсутствие болей. Существует также промежуточное состояние (непродолжительная боль; боль, которая не препятствует выполнению привычных действий; боль, которая мешает общению с друзьями и т.д.). Физическая боль снижала КЖ у 39 больных, причём наиболее часто она была обусловлена приступами стенокардии или одышкой. Лишь в восьми случаях отмечалось полное отсутствие болевого синдрома. Это объясняется прежде всего тем, что для каждого пациента важны не только показатели физического состояния, но первостепенное значение имеет также ощущение жизненного благополучия как в физическом, так и в психическом и социальном аспектах [1-5]. На фоне ПЭКС наблюдалось уменьшение частоты встречаемости физической боли, в особенности связанной со стенокардией (до 15,7%).

Шкала общего здоровья оценивает субъективное восприятие настоящего состояния здоровья и позволяет определить перспективы лечения. Наименьшее значение шкалы соответствует низкой оценке пациентом состояния своего здоровья. Максимальное же значение соответствует личному убеждению человека в прекрасном состоянии здоровья, однако в нашем исследовании таких пациентов не было. Большая часть (83,4%) больных с полной АВ-блокадой, оценивая состояние своего здоровья, отмечала его как «плохое». После имплантации постоянного искусственного водителя ритма большинство больных (73%) оценили своё состояние как «хорошее», остальные 27% – как «посредственное».

Шкала жизнеспособности оценивает ощущение внутренней энергии, отсутствие усталости, желание энергичных действий. Её значения колеблются от минимального - при ощущении утомляемости большую часть времени, снижения работоспособности, до максимального – при ощущении себя энергичным, жизнеспособным, полным сил в течение большей части времени. Исходно у 61,2% (41 пациент) постоянно наблюдалось ощущение утомляемости, а у 20,8% (14 пациентов) временами было только минимальное ощущение утомляемости. У 12 пациентов такой симптоматики большую часть времени не было. После имплантации ЭКС в 80,5% случаев наблюдалось увеличение шкалы КЖ.

Шкала социальной роли отражает способность развиваться, полноценно общаться с родственниками, с кругом друзей, семьёй, возможность адекватного профессионального общения. По данной шкале определяются: максимальное препятствие для нормальной активности, обусловленное физическими или эмоциональными проблемами, а также максимальная активность без физических или эмоциональных проблем. Исходно 43 пациента не могли полноценно общаться, 15 пациентов не могли полноценно общаться периодически, и лишь 9 пациентов таких проблем не имели. На фоне постоянной ЭКС 87,9% (51 пациент)

смогли вновь полноценно общаться с родственниками.

Шкала эмоциональной роли отражает эмоциональный статус больного, влияние эмоций на повседневные занятия, поведение с окружающими. Оценивается наличие или отсутствие проблем с работой и другой привычной активностью из-за эмоциональных проблем. Анализ результатов данной шкалы выявил наличие проблем, обусловленных эмоциональным статусом у 67,2% больных (45 пациентов) с полной АВ-блокадой. На фоне постоянной ЭКС наблюдалась положительная динамика у 58,2% (39 пациентов) с достоверным увеличением качества жизни.

Шкала психического здоровья отражает наличие невротизации, склонности к депрессивным состояниям или ощущения счастья, умиротворённости, душевного спокойствия. При оценке влияния психического здоровья на КЖ у больных с полной АВ-блокадой, обращала на себя внимание склонность к депрессивным состояниям – у 38,8% больных (26 пациентов). Ощущения счастья, умиротворённости для больных с полной АВ-блокадой были не характерны и отмечались лишь в единичных случаях (4,5%), да и то на короткий период времени. После имплантации ЭКС по этой шкале КЖ особых изменений не наблюдалось, хотя пациенты и чувствовали себя более спокойными.

Выводы

1. Качество жизни больных с полными АВ-блокадами значительно снижено, причём тем больше, чем выше функциональный класс сердечной недостаточности и ниже толерантность к физической нагрузке.

2. Возраст больного и его психологический статус способны значимо влиять на показатели качества жизни больных с нарушениями атриовентрикулярной проводимости.

3. Физический и психологический компоненты здоровья у больных с однокамерными и двухкамерными электрокардиостимуляторами существенно улучшаются в сравнении с исходными показателями.

4. Постоянная двухкамерная электрокардиостимуляция, в отличие от однокамерной желудочковой, позволяет достичь более высокого уровня качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ардашев А.В., Джанджгава А.О., Кузнецов Ю.И., Волошко С.В. Качество жизни пациентов с нарушениями атриовентрикулярной проводимости. Вестник аритмологии (приложения А). // Материалы IX Всероссийской конференции по электрокардиости-муляции клинической электрофизиологии сердца. – 2006, - С. 88

2. Беленков Ю.Н. Определение качества жизни больных хронической сердечной недостаточностью. Кардиология - 1993. - №2. - С. 82-88

3. Волков В.С., Виноградов В.Ф. Особенности социально-психологического статуса больных хронической ишемической болезнью сердца. Кардиология – 1993; - №3. С. 15-16

4. Либис Р.А., Коц Я.И., Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. Качество жизни как критерий успешной терапии больных хронической сердечной недостаточностью. Русс. мед. журн. – 199; №1, -С. 32-35

5. Либис Р.А., Прокофьев А.Б., Ког Я.И. Оценка качества жизни больных с аритмиями. Кардиология - 1998; - №3. - С. 49-51

6. Недошивин А.О., Кутузова А.З., Петрова Н.Н., Варшавский С.Ю. Переч Н.Б. Исследование качества жизни и психологического статуса больных хронической сердечной недостаточностью. Сердечная недостаточность - 2000; Т.1. - №4. - С.148-155

7. Ольхин В.А., Олейникова Л.Г., Колпаков Е.В., Хубутя Н.Ш., Евдокимова А.Г. Качество жизни и выживаемость больных с имплантированным электрокардиостимулятором (результаты

длительного наблюдения). Тер. архив. -1996; - №9, - С.55-59

8. Орлов В.А., Гиляревский С.Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине: обзорная информация. М., - 1992

9. Katz J.N., Lanson M.G., Phillips C.B., Fossel A.N. Liang M.H. Comparative measurement sensitivity of short and longer health status instruments. // Medical. Care – 1992

10. Rector Th., Cohn J. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. // Am. Heart J. -1992; 124 (4); p.1017-1024

11. Willund I., Gorkin L., Pawlani Y. et al. Methods for assessing quality of life in the cardiac arrhythmia suppression trial (CAST). // Qual Life Res. 1992;1:3: 187-201

12. Wolfer E.E. Effects of ACE inhibition therapy on quality of life in patients with heart failure. // Pharmacotherapy-1998-18(6); p. 1323-1334

13. Linde-Edelstam C., Gullberg B., Nordlander R. et al.: Long-term in patients with high degree atrioventricular block paced in the atrial synchronous or fixed rate ventricular inhibited mode. //PACE 1992; 15: 304-313

Хулоса

ТАҲЛИЛИ СИФАТИ ЗИНДАГИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЛОКАДАИ ПУРРАИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРИИ ҚАЛБ ҲАНГОМИ КЎЧАТКУНИИ ЯК ВА ДУХОНАГИИ ДИЛАНГЕЗИШИ БАҶҚЌ

М.Д. Элтаназаров, Ю.Н. Гришкин

Сифати ҳаёти беморони гирифтори блокадаи пурраи атриовентрикулярӣ, ки омили ишемикӣ (камхунӣ чузъӣ) дошта дар ҷараёни то ва баъд аз имплантатсияи (кўчаткунӣ) як ва духонагии дилангезиши баҶқЌ (электрокардиостимуляция) мавриди таҳлили муаллифон гаштааст.

Сифати зиндагии ҳамаи беморон мувофиқи ҷадвали саволнома мушоҳида мегардад. Бештар пастшавии сифати зиндагӣ дар қисмати нақшҳои ҷисмонӣ рӯҳӣ ва солимӣ умумӣ ҷадвали санҷишӣ қайд гардида, пастшавии камтари сифати ҳаёт дар қисми вазоифи ҷисмонӣ ва иҷтимоӣ мушоҳида шудааст.

Пас аз истифодаи ин усули таъбабат сифати ҳаёти беморон нисбат ба вазъи аввала фарқияти калон пайдо кардааст.

Summary

THE ANALYSIS OF LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH FULL ATRIOVENTRICULAR BLOKAGE BEFORE AND AFTER MONO- AND DICAMERAL ELECTROSTIMULATION

M.D. Eltanazarov, Yu.N. Gryshkin

The value of life quality (LQ) in patients with full AV-blokage of ischemic genesis before and after implantation of mono- and dicameral electrostimulation. Decreasing the life quality was observed in all of clinical cases. In patients with full AV-blokage all of LQ-indexes were decreased. The most were decreased such LQ-indexes as physical role, emotional role and common health. The least LQ-indexes were physical function and social role. The LQ-indexes in patients with full AV-blokage after implantation of electrostimulator were differed from initial state.