

УДК 159.9

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПРОШЕДШИХ КУРС КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

И. Е. Мишина¹, доктор медицинских наук,
С. Л. Архипова^{1*}, кандидат медицинских наук,
Ю. В. Чистякова¹, кандидат медицинских наук,
А. Н. Малкова¹,
М. С. Астафьева¹,
Н. В. Васильева¹

¹ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

РЕЗЮМЕ Цель – изучение качества жизни (КЖ) больных, прошедших курс реабилитации после перенесенного острого коронарного синдрома (ОКС).

Материал и методы. В исследование были включены 42 пациента (27 мужчин и 15 женщин), находившихся в первичных сосудистых центрах по поводу острого инфаркта миокарда или нестабильной стенокардии и направленных в связи с этим на трехнедельный курс медицинской реабилитации клиники ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России. Средний возраст больных составил $61 \pm 7,5$ года. Курс реабилитации включал посещение «школы здоровья», меры по коррекции факторов сердечно-сосудистого риска; индивидуализированную программу физических тренировок (лечебная гимнастика, занятия на кардиотренажерах); психологическое тестирование и, при необходимости, коррекцию выявленных нарушений. Обследование проводилось на момент окончания курса реабилитации и затем через четыре недели амбулаторного пребывания в домашних условиях. Оценивались достигнутые частота сердечных сокращений (ЧСС) и артериальное давление (АД), проводился тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ), переносимость нагрузки по шкале Борга. КЖ оценивалось с помощью Сиэтловского опросника качества жизни при стенокардии (Seattle Angina Questionnaire – SAQ).

Результаты. Согласно опроснику SAQ, через месяц после завершения курса реабилитации отмечена достоверная положительная динамика по шкале ограничения физических нагрузок (PL) с 87,77 (71; 93) до 93 (87;97)%; шкале стабильности приступов стенокардии (AS) – с 75 (50; 100) до 100 (75; 100)%; шкале частоты приступов (AF) – с 85 (52; 90) до 90 (80; 100)%; шкале отношения к болезни (DP) – с 58,3 (41; 72) до 66,6 (50; 89,5)% ($p < 0,05$ во всех случаях). Удовлетворенность лечением (шкала TS) была высокой как на момент окончания курса реабилитации, так и через месяц после его окончания (соответственно 88 (72; 95) и 95 (88; 95)%).

Заключение. У пациентов, перенесших ОКС, которые прошли комплексную программу реабилитации в условиях дневного стационара, на протяжении месяца амбулаторного наблюдения наряду с положительной клинической динамикой и улучшением переносимости физической нагрузки отмечается повышение показателей КЖ.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, качество жизни, кардиореабилитация.

Ответственный за переписку (corresponding author): arkhipova_sl@mail.ru

Несмотря на прилагаемые в последние годы усилия медиков, заболеваемость острыми формами ишемической болезни сердца остается высокой, что влечет за собой потребность в проведении эффективной реабилитации пациентов, перенесших ОКС [1, 2]. Проблема кардиореабилитации является сложной и многогранной. В конечном итоге все реабилитационные мероприятия, какого бы аспекта жизни и здоровья пациента они ни касались, призваны улучшить самочувствие, вернуть его к привычной жизни, работе, а не только снизить АД или добиться целевых показателей гемодинамики или липидного спектра. Более того, многие исследователи полагают, что дефицит

функционирования может ограничить способность больных модифицировать факторы риска, ухудшать их приверженность к лечению [4, 6]. Оценке КЖ у лиц с ишемической болезнью сердца в настоящее время уделяется большое внимание и рассматривается с междисциплинарной позиции, поскольку нарушения здоровья неминуемо изменяют всю систему отношений человека с внешним миром, ограничивают его актуальные потребности, снижают уровень общего жизненного благополучия [4, 5].

Цель исследования – изучение КЖ больных, прошедших курс реабилитации после перенесенного ОКС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 42 пациента, перенесших ОКС (27 мужчин – 64,5% и 15 женщин – 36,5%), направленных из первичных сосудистых центров на трехнедельный курс медицинской реабилитации в условиях дневного стационара клиники ФГБОУ ВО ИВГМА Минздрава России. Среди них было 8 пациентов (20%) с нестабильной стенокардией с исходом в стенокардию напряжения I–II функционального класса и 34 больных (80%), перенесших ОКС с исходом в острый инфаркт миокарда. Средний возраст составил $61,2 \pm 7,5$ года. Пациенты поступали для прохождения курса реабилитации на 9–12-е сутки от начала заболевания.

Для каждого больного разрабатывалась индивидуальная комплексная программа реабилитации, включавшая образовательную часть (посещение «школ здоровья»), выявление и коррекцию факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, индивидуализированную программу физических тренировок (лечебная гимнастика, занятия на кардиотренажерах); психологическое тестирование и, при необходимости, коррекцию выявленных нарушений. Медикаментозная терапия проводилась согласно рекомендациям по ведению больных ОКС с подъемом и без подъема ST на ЭКГ [2]. В исследование не включались пациенты с хроническими бронхолегочными заболеваниями, анемией, мозговым инсультом в анамнезе, нарушениями сердечного ритма и проводимости.

У больных оценивались гемодинамические параметры, результаты ТШХ и переносимость нагрузки по шкале Борга (количество баллов) [3]. КЖ изучалось с помощью SAQ [7], который содержит 19 вопросов (оцениваются в баллах), касающихся состояния, функционирования и удовлетворенности испытуемого. В ответах на первые девять вопросов отражается то, насколько пациент ограничен в совершении различных видов деятельности: одевание и раздевание, ходьба в помещении на одном этаже, принятие душа, подъем на возвышенность или вверх по лестнице без остановки, уборка по дому, хождение за покупками, быстрая ходьба на расстояние больше квартала, бег трусцой, поднятие и перемещение тяжестей, занятия подвижными видами спорта. Наименьший балл (1) соответствует чрезвычайному ограничению, наибольший (5 баллов) свидетельствует о том, что пациент совсем не испытывает ограничений в данном виде деятельности. Если испытуемый не совершает такого рода деятельности или ограничен в ней по другим причинам, ставится оценка 6 баллов. На основании ответов на эти вопросы подсчитывается показатель шкалы PL (Physical limitation). Стабильность приступов – AS (Angina stability) оценивается с помощью ответа на десятый вопрос, частота приступов – AF (Angina frequency) – на 11-й и 12-й, удов-

летворенность лечением – TS (Treatment satisfaction) – на 13–16-й, отношение к болезни – DP (Disease perception) – на 17–19-й. Значения по шкалам данного опросника представлены в процентах, максимальное значение соответствует наиболее высокому показателю КЖ. Опросник заполнялся пациентом самостоятельно. Тестирование проводилось на момент окончания курса реабилитации и через четыре недели пребывания в домашних условиях

Материалы обработаны с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 с использованием методов непараметрической статистики. Значения показателей представлены в виде медианы (Me), 25-го и 75-го процентилей. Статистическая значимость различий рассчитывалась с использованием критериев Вилкоксона, Манна – Уитни. Различия между изучаемыми показателями считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После прохождения курса реабилитации 38 пациентов (90,5%) регулярно принимали лекарственные препараты и выполняли полученные рекомендации. Двое (4,5%) нарушали регулярность приема лекарств, еще двое без рекомендаций врача изменили дозировку принимаемых препаратов в связи с пониженным АД.

На момент начала курса реабилитации среднее систолическое АД (САД) в исследуемой группе составило 129 (120; 140) мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) – 76 (71; 80) мм рт. ст., по окончании курса – соответственно 126 (118; 131) и 74,5 (69; 81) мм рт. ст. Через четыре недели средние показатели САД составили 121 (117; 127) мм рт. ст. и ДАД – 71 (68; 78) мм рт. ст., что достоверно ($p < 0,05$) ниже значений при выписке. При этом 38 пациентов (90,5%) в течение месяца после завершения курса реабилитации достигли целевых значений АД. Только у одного пациента зарегистрировано САД выше целевых значений, и у троих – «высокое нормальное» АД.

Отмечено достоверное урежение ЧСС в динамике: при выписке среднее ЧСС составило 66 (60; 68) уд./мин, через четыре недели – 61 (58; 65) уд./мин ($p < 0,05$). Целевой диапазон ЧСС покоя (от 55 до 60 уд./мин) был достигнут у 19 пациентов (45%).

По результатам ТШХ, пройденная дистанция на момент начала курса реабилитации составила в среднем 400 (380; 480) м, при выписке – 500 (450; 510) м ($p < 0,05$). Данные изменения в динамике сопровождались достоверным уменьшением количества баллов по шкале Борга – от 2,5 (11,5; 13) до 10,2 (9,5; 11) ($p < 0,05$), что свидетельствовало об увеличении толерантности и улучшении переносимости физической нагрузки.

Согласно опроснику SAQ, в динамике оценивалась возможность пациентов осуществлять те виды деятельности, которые люди обычно совершают в течение дня (вопросы опросника – с 1-го по 9-й). Выявлено, что в течение месяца с момента окончания курса реабилитации около половины испытуемых стали лучше справляться с подъемом вверх по лестнице без остановки. Так, улучшили исходные показатели на один пункт (балл) 14 человек (33,3%) и на два пункта (балла) – 3 (7%). 4 пациента (9,5%) отметили, что перестали испытывать трудности с подъемом на лестницу совсем (оценили свои возможности на 5 баллов). Удовлетворительно справлялся с подъемом по ступеням (4 или 5 баллов) 21 пациент (50%), четверо (9,5%) на 1–2 балла ухудшили оценку своего состояния. Поскольку двое из этих больных имеют заболевания коленных и тазобедренных суставов, можно предположить, что ограничения этого аспекта физической деятельности связаны именно с коморбидной патологией. Оставшиеся двое опрошенных изначально имели длительный анамнез ишемической болезни сердца, трудности в контроле АД и сниженную физическую активность вследствие наличия частых ангинозных приступов. Один пациент, живущий в частном доме, отметил, что не ходит по лестницам и динамику состояния по этому вопросу оценить не может.

Уборка по дому и хождение за покупками также стали более выполнимы: на один пункт (балл) повысилась доступность к данному виду деятельности у 20 больных (47%), а одна пациентка, ранее не ходившая самостоятельно за покупками (6 баллов), впоследствии оценила улучшение своего состояния на 4 балла (слегка тяжело). На исходно удовлетворительном уровне (4–5 баллов) остались 17 пациентов (40%). Стали испытывать затруднения больше, чем раньше, те же четверо больных, которые испытывали трудности при ходьбе.

Достоверно увеличилась доступность занятиями спортом (плавание, теннис и др.). Изначально 16 пациентов (38%) отметили, что спортом не занимаются вообще (6 баллов). Через месяц по окончании курса реабилитации один из них стал заниматься плаванием, указав, что стал «не очень ограничен» в данном виде деятельности (3 балла). Повышение переносимости спортивных нагрузок на один пункт (балл) отметили 7 пациентов (16%). 24 опрошенных, изначально характеризовавшие свою активность по данному вопросу на 3–5 баллов, не изменили позиции. 7 человек (16,6%), ранее занимавшихся спортом, прекратили занятия. Вместе с тем только двое из них уменьшили физическую активность по причине плохого самочувствия, у остальных для этого имелись другие, в основном бытовые, причины.

В вопросах самообслуживания (одевание и раздевание, принятие душа, ходьба по квартире) пациенты

в большинстве своем изначально не имели серьезных ограничений: в 5 баллов свою активность по первому вопросу оценили 29 человек (70%), по второму – также 29 (70%) и по третьему – 34 (81%).

По первым двум вопросам ухудшения в динамике выявлено не было, и только двое пациентов (4,7%) через месяц после окончания курса реабилитации отметили, что им стало тяжелее ходить по квартире (изменения произошли на один пункт). На момент окончания курса реабилитации в быстрой ходьбе на расстояние больше квартала был слегка ограничен или не ограничен совсем 21 больной (50%) без динамики в последующем в течение месяца. На один пункт (балл) по данному виду активности ухудшили показатели трое пациентов (7%), на 2 балла – двое (4,7%). Улучшили переносимость нагрузок на один балл по данному виду деятельности 13 человек (31%). На вопрос об ограничениях в беге трусцой на момент окончания курса реабилитации 13 пациентов (31%) ответили, что не имеют такого вида физических нагрузок (в динамике изменение на 3 балла отметил только один). Из 12 опрошенных (28%), при выписке оценивших данный вид деятельности как чрезвычайно или достаточно тяжелый для себя, через месяц шестеро (14%) отметили, что бегом не занимаются, трое не отметили изменений и трое улучшили оценку переносимости данного вида нагрузок на один пункт (балл). В целом из 42 обследованных улучшение по данной позиции отметили только 7 (16,6%) и только на один пункт (балл). Поднятие и передвижение тяжелых (дети, мебель и т. д.) на момент окончания курса реабилитации не вызывало затруднений у 5 пациентов (все мужчины), однако через месяц ухудшение на один балл отметили двое, а один больной не занимался данным видом деятельности; у двоих оценка по данному вопросу не изменилась. 11 пациентов (26%) отметили, что тяжелее не поднимают (6 баллов), и в динамике только один респондент из этой группы (мужчина) улучшил переносимость такого вида нагрузок через один месяц на 3 балла. В целом только 5 опрошенных (11%) улучшили показатели по данному виду деятельности, но только на один пункт (балл). Суммарно динамика физической активности отразилась в достоверном изменении показателя шкалы ограничения физических нагрузок (PL) (табл.).

В ходе исследования выявлена также достоверная положительная динамика по шкалам AS, AF и DP. Статистически значимая положительная динамика по шкале AS отчасти, вероятно, обусловлена тем, что небольшое число пациентов имели прогрессирующую стенокардию и предшествующую стенокардию в анамнезе, однако достижение высоких показателей КЖ (100 (75; 100)%) свидетельствует о хорошем контроле заболевания. У лиц, которых беспокоили ангинозные боли, частота возникновения приступов снизилась (шкала AF), а КЖ достоверно улучшилось

Таблица. Динамика показателей качества жизни пациентов, перенесших острый коронарный синдром, после курса реабилитации

Показатель (см. в тексте)	Me (25%; 75%)	
	при выписке	через четыре недели
PL	87,77 (71; 93)	93 (87; 97)*
AS	75 (50; 100)	100 (75; 100)*
AF, %	85 (52; 90)	90 (80; 100) *
TS	88 (72; 95)	95 (88; 95)
DP	58,3 (41; 72)	66,6 (50; 89,5)*

с 85 (52; 90) до 90 (80; 100)%. В целом только у 4 пациентов (9,5%), имеющих длительный анамнез ишемической болезни сердца и тяжелый коморбидный фон, по данным опросника не выявлено положительной динамики ни по частоте приступов, ни по потребности в нитроглицерине.

Изначально высокие значения по шкале TS не претерпели существенных изменений. Выявлена положительная динамика в отношении к своей болезни (шкала DP). На момент окончания курса реабилитации 40% пациентов беспокоили страх смерти и боязнь возникновения нового приступа стенокардии. Через месяц после окончания курса реабилитации полностью перестали тревожиться 10 человек (23,8%) и 19 пациентов (45%) стали задумываться об этом гораздо реже, чем раньше. На момент окончания курса реабилитации в той или иной степени не были удовлетворены своим самочувствием 22 респондента (52%), через месяц

их число уменьшилось более чем в 2 раза и составило 8 пациентов (19%).

ВЫВОДЫ

1. Проведение комплексной реабилитации пациентов, перенесших ОКС, в большинстве случаев приводит к стабилизации на целевом уровне показателей АД и ЧСС, эффективному контролю стенокардии, улучшению переносимости физической нагрузки.
2. Через четыре недели после курса реабилитации зарегистрировано достоверное улучшение КЖ пациентов по большинству шкал Сизтловского опросника.
3. Оценка динамики КЖ с помощью Сизтловского опросника может служить дополнительным критерием эффективности реабилитации пациентов, перенесших ОКС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Система контроля и мониторинга эффективности медицинской реабилитации при остром инфаркте миокарда / Г. Е. Иванова [и др.] // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2016. – Т. 21, №1. – С. 15–18.
2. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика : Российские клинические рекомендации / Д. М. Аронов [и др.] // CardioСоматика (Кардиосоматика). – 2014. – Прил. № 1. – 42 с.
3. Методические рекомендации для Пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» «Практическое применение оценочных шкал в медицинской реабилитации». – М. : Союз реабилитологов России, 2015–2016.
4. Козлова, С. Н. Качество жизни больных ишемической болезнью сердца с коморбидными аффективными расстройствами тревожно-депрессивного спектра / С. Н. Козлова // Артериальная гипертензия. – 2012. – Т. 18, № 4. – С. 310–315.
5. Кувшинова, Н. Ю. Оценка качества жизни больных ишемической болезнью сердца во взаимосвязи с эмоционально-личностными характеристиками / Н. Ю. Кувшинова // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2010. – Т. 12, № 3(2). – С. 397–401.
6. Quality of life in physical health domains predicts adherence among myocardial infarction patients even after adjusting for depressive symptoms / J. Fogel [et al.] // J. Psychosom. Res. – 2004. – Vol. 56, № 1. – P. 75–82.
7. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease / J. A. Spertus [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 1995. – Vol. 25(2). – P. 333–441.

LIFE QUALITY IN PATIENTS WHO UNDERGONE CARDIOREHABILITATION COURSE AFTER ACUTE CORONARY SYNDROME**I. E. Mishina, S. L. Arkhipova, Yu. V. Chistyakova, A. N. Malkova, M. S. Astafieva, N. V. Vassilieva****ABSTRACT** *Objective* – to study life quality (LQ) in patients who undergone rehabilitation course after acute coronary syndrome (ACS).*Material and methods.* 42 patients (27 men and 15 women) who were treated in primary vascular centers with acute myocardial infarction or unstable angina and then were administered medical rehabilitation course (3 weeks) at the teaching hospital of the Ivanovo State Medical Academy. Average age of the patients was amounting to $61 \pm 7,5$ years. The rehabilitation program included the attendance of "Health School", measures to correct cardiovascular risk factors; individual program of physical trainings (remedial gymnastics, cardiotraining), psychological tests, and the correction of revealed disturbances in need. The examination was performed at the end of the rehabilitation program and then after four weeks of ambulatory treatment. The reached heart rate (HR) and arterial pressure (AP) were estimated, 6 minute walk test and physical load tolerance test by Borg scale were performed. Quality of life was evaluated by SeattleAnginaQuestionnaire – SAQ).*Results.* According to SAQ in a month after rehabilitation course completion it was marked trustworthy positive dynamics by the scale of physical loads (PL) limitation from 87,77 (71; 93) to 93 (87; 97)%; by the scale of angina attacks stability (AS) from 75 (50; 100) to 100 (75; 100)%; by the scale of attitude to disease – from 58,3 (41; 72) to 66,6 (50; 89,5)% ($p < 0,05$ in all cases). Treatment satisfaction (TS) was high both at the moment of the end of rehabilitation course and in a month after its completion (respectively 88 (72; 95) and 95 (88; 95)%).*Conclusion.* The heightening of life quality indices was marked in patients who undergone acute coronary syndrome after complex rehabilitation program in day-time stationary within one month of ambulatory observation parallel with positive clinical dynamics and physical load tolerance improvement.**Key words:** acute coronary syndrome, life quality, cardiorehabilitation.