

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Муромкина А.В., Егорова Л.А., Романчук С.В.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

Кафедра терапии и амбулаторной медицины ФДППО

ГУЗ «Кардиологический диспансер»

РЕЗЮМЕ Изучены показатели качества жизни (КЖ) у больных с пароксизмальной и постоянной формами фибрилляции предсердий (ФП). Обследованы 75 больных с установленным диагнозом ФП. КЖ исследовалось с помощью неспецифического опросника Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36). Выявлено снижение показателей КЖ у больных ФП по сравнению с контрольной группой здоровых лиц по всем шкалам опросника, кроме шкалы психического здоровья. Постоянная форма ФП по сравнению с пароксизмальной приводит к более выраженному снижению КЖ преимущественно за счет показателей физического и физически-ролевого функционирования.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, постоянная форма, пароксизмальная форма, качество жизни.

В последнее время отмечается повышенный интерес к оценке КЖ у лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы [1, 2]. Известно, что КЖ является важным интегральным и независимым показателем в оценке степени тяжести заболевания и эффективности лечения. В зарубежной литературе появились данные о качестве жизни при некоторых видах нарушений ритма и сопоставлении его с эффективностью лечения и продолжительностью жизни больных. Однако эти работы касались в основном опасных для жизни аритмий (желудочковая тахикардия и фибрилляция желудочков), а также нарушений проводимости (полная атриовентрикулярная блокада, синдром слабости синусового узла) [3, 4].

В литературе недостаточно данных о качестве жизни больных с ФП — наиболее часто встречающемся нарушении сердечного ритма.

Цель исследования — изучить качество жизни больных с пароксизмальной и постоянной формой ФП.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе ГУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иванова. Обследовано 75 больных (42 мужчин, 33 женщины, средний возраст — $59,1 \pm 11,32$ года) с установленным диагнозом пароксизмальной или постоянной формы ФП. В группу больных с пароксизмальной формой ФП вошли 40 человек (21 мужчина, 19 женщин, средний возраст — $58,8 \pm 12,49$ года), у которых синусовый ритм восстанавливался либо самопроизвольно, либо после применения антиаритмических препаратов (т.е. пациенты с пароксизмальной и персистирующей формами ФП по классификации, предложенной экспертами ВНОК в 2005 г.). В группу больных с постоянной формой ФП были отнесены 35 человек (21 мужчина, 14 женщин,

Muromkina A.V., Egorova L.A., Romanchuk S.V.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PAROXYSMAL & PERSISTENT FORMS OF AURICULAR FIBRILLATION

ABSTRACT Indices of the quality of life (QL) are studied in patients with paroxysmal & persistent forms of auricular fibrillation (AF). 75 patients with the confirmed diagnosis were examined by non-specific questionnaire of Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36). We revealed the decrease of the QL indices in patients with AF in comparison with control group of healthy subjects upon all scales of the questionnaire except the scale of psychic health. Persistent form of AF in comparison with the paroxysmal one resulted in more manifested decrease of QL mainly owing to the indices of physical and physical & role functioning.

Key words: auricular fibrillation, persistent form, paroxysmal form, quality of life.

средний возраст — 60,03 ± 10,87 года), у которых не удалось восстановить синусовый ритм, или такие попытки не предпринимались. Все пациенты получали препараты для лечения основного заболевания, при необходимости — профилактическую антиаритмическую терапию (кордарон, соталол, пропafenон), а при постоянной форме ФП — препараты для контроля частоты желудочковых сокращений (сердечные гликозиды, бета-блокаторы, антагонисты кальция группы верапамила). Всем пациентам проводили терапию либо дезагрегантами (аспирин), либо непрямыми антикоагулянтами (варфарин) в зависимости от наличия факторов риска тромбозомболических осложнений. Контрольную группу составили 76 человек (39 мужчин, 37 женщин, средний возраст — 57,3 ± 11,68 года) лица без нарушений ритма в анамнезе, у которых при клиническом обследовании не было выявлено сердечно-сосудистой патологии.

Обследование больных включало: сбор анамнеза (сроки возникновения аритмии, частота и длительность пароксизмов, прием антиаритмических препаратов и их эффективность, приверженность пациентов лечению), объективное обследование, регистрацию ЭКГ, эхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, проведение нагрузочных тестов (ВЭМ, тредмил-тест), исследование гормонов щитовидной железы. По результатам обследования чаще всего была диагностирована ишемическая болезнь сердца (65%), гипертоническая болезнь (15%), миокардиодистрофия (13%), ревматические пороки сердца (7%). Критериями исключения из исследования являлись острый инфаркт миокарда и хроническая сердечная недостаточность выше II-2A стадии.

Качество жизни (КЖ) больных с ФП исследовалось с помощью неспецифического опросника Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36). Результаты представлялись в баллах по 8 шкалам. Максимальная оценка по каждой шкале — 100 баллов. Шкалы могут быть объединены в два суммарных показателя, отражающих отдельно физическое и эмоциональное здоровье исследуемых лиц.

КЖ изучалось отдельно в группах больных с пароксизмальной и постоянной формой ФП.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи программы «Statistica, version 6». Количественные значения представлены в виде $M \pm \sigma$ в случае параметрического распределения признака и M_e (интерквартильный размах) при непараметрическом распределении. Качественные переменные описаны абсолютными и относительными частотами (процентами). Сравнение групп по количественным признакам проводили при помощи t-критерия Стьюдента и U-критерия Манна-Уитни. Для оценки межгрупповых различий по качественным порядковым и бинарным признакам применяли методы непараметрической статистики (хи-квадрат — вариант максимального правдоподобия). За уровень значимости в исследовании принято $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В контрольной группе обследуемых выявлены наиболее высокие показатели КЖ по шкалам физического, физически-ролевого, социального и социально-ролевого функционирования, а также по шкале интенсивности боли (табл.).

Таблица. Показатели качества жизни больных с ФП (медиана, 25-75%)

Шкалы SF-36	Группы больных		
	Контроль (n = 76)	Пароксизмальная форма ФП (n = 40)	Постоянная форма ФП (n = 35)
Физическое функционирование	95 (81,25—95)	60 (38,8—77,5) [^]	35 (20—67,5) ^{*^}
Боль	73 (54,5—84)	41 (38,5—62) [^]	41 (31—56) [^]
Общее здоровье	59,5 (47,8—72)	40 (33,8—50) [^]	45 (35—55) [^]
Жизнеспособность	55 (45—68,8)	45 (35—51,3) [^]	45 (35—50) [^]
Социальное функционирование	75 (50—87,5)	62,5 (46,9—62,5) [^]	62,5 (37,5—62,5) [^]
Психическое здоровье	58 (48—67)	44 (44—64)	52 (42—60)
Суммарный показатель «физический компонент здоровья»	53 (51,17—54,80)	44 (40,56—49,83) [^]	39 (36,18—44,04) ^{*^}
Суммарный показатель «психический компонент здоровья»	43 (32,69—48,62)	37 (32,71—48,03)	39 (34,96—44,23)

* — достоверность различий с пароксизмальной формой ФП ($p < 0,05$)

[^] — достоверность различий с группой контроля ($p < 0,05$)

У больных ФП выявлено снижение показателей качества жизни по сравнению с контрольной группой по всем шкалам опросника SF-36, кроме шкалы психического здоровья. При этом выявлены достоверные различия с контрольной группой по шкалам физического, физически-ролевого функционирования, интенсивности боли и эмоционально-ролевого функционирования. У больных с пароксизмальной формой ФП по сравнению с больными с постоянной формой достоверно снижены показатели КЖ по шкале физического функционирования. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается его состоянием здоровья. По шкалам интенсивности боли, общего состояния здоровья, жизненной активности, социального функционирования и психического здоровья достоверных различий между данными подгруппами больных не выявлено. Отмечен большой удельный вес сниженных показателей (0—25 и 0—33,3 балла соответственно) в обеих подгруппах больных по шкалам физически-ролевого и эмоционально-ролевого функционирования (у больных с пароксизмальной формой ФП в

77,5 и 65% случаев, а у больных с постоянной формой ФП — в 82,9 и 80,0% соответственно, $p < 0,05$). Низкие показатели по этим шкалам свидетельствуют об ограничении в выполнении повседневной работы, обусловленном ухудшением физического и эмоционального состояния пациента.

Суммарный показатель «физического компонента здоровья» у больных с ФП ниже, чем в контрольной группе. Однако между подгруппами больных ФП достоверных различий по данному показателю не выявлено. Суммарный показатель «психологического компонента здоровья» в основной и контрольной группах обследованных не различался.

ВЫВОДЫ

1. Наличие ФП ухудшает качество жизни больных по всем показателям.
2. Постоянная форма ФП по сравнению с пароксизмальной приводит к более выраженному снижению КЖ преимущественно за счет показателей физического и физически-ролевого функционирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. — 2002. — № 5. — С. 92—95.
2. Померанцев В.П., Хадзегова А.Б., Айвазян Т.А. и др. Качество жизни у больных инфарктом миокарда // Кардиология. — 1996. — Т. 36, № 3. — С. 70—75.
3. Чирейкин Л.В., Варшавский С.Ю., Бурова Н.Н., Булыгина Н.Е. Оценка качества жизни у больных с нарушениями функции синусового узла // Вестн. аритмологии. — 1998. — № 10. — С. 39—43.
4. Arteaga W.J., Windle J.R. The quality of life of patients with life-threatening arrhythmias // Arch. Intern. Med. — 1995. — Vol. 155, № 19. — P. 2086—2091.

Поступила 17.09.2007 г.