

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»

В статье определены средние интегральные показатели физического компонента здоровья ($PH=46,1\pm 5,9$) и психологического компонента здоровья ($MH=51,1\pm 4,5$) качества жизни у пациентов с ишемической болезнью (стенокардия напряжения ФК 1-3) и синдромом обструктивного апноэ сна. Выявлено негативное влияние обструктивного апноэ сна на качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3). Синдром обструктивного апноэ сна у пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3) в зависимости от степени тяжести апноэ оказывает отрицательное влияние на психологический компонент здоровья и не оказывает существенного влияния на физический компонент здоровья.

Ключевые слова: качество жизни, ишемическая болезнь сердца, обструктивное апноэ сна.

N.V. Zatoloka

LIFE QUALITY AMONG PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME AND CORONARY ARTERY DISEASE

In the article we have defined mean integral index of physical health ($PH=46.1\pm 5.9$) and mental health ($MH=51.1\pm 4.5$) of life quality among patients with coronary artery disease (angina FC 1-3) and obstructive sleep apnea syndrome. We have detected negative effect of obstructive sleep apnea on life quality among patients with coronary artery disease (angina FC 1-3). Obstructive sleep apnea syndrome among patients with coronary artery disease (angina FC 1-3), depending on apnea severity, has negative effect on mental health and doesn't have essential effect on physical health.

Key words: life quality, coronary artery disease, obstructive sleep apnea.

В настоящее время качество жизни (КЖ) изучается специалистами многих отраслей науки (экология, медицина, социология, психология и др.), так как этот параметр отражает благоприятное или неблагоприятное воздействие на человека внешней и внутренней среды [2,3,4]. Качество жизни – это показатель, под которым понимают степень удовлетворения человека своим физическим, психическим и социальным состоянием. Показатель качества жизни следует оценивать как интегральную характеристику физического, психологического и социального функционирования человека, основанную на субъективном восприятии.

Для оценки качества жизни применяется метод анкетирования. Выделяют три основных типа опросников:

общие, частные, специализированные. В настоящее время одним из наиболее авторитетных опросников общего типа является 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), предложенный Бостонским институтом здоровья. Этот опросник не является специфичным для различных возрастных и нозологических групп. Чувствительность и валидность данного теста не вызывают сомнений [5,6].

Опросник SF-36 содержит 8 концепций здоровья, которые наиболее часто дифференцируются в популяционных исследованиях и наиболее подвержены изменению при заболеваниях и лечении. Интегральные показатели качества жизни по опроснику SF-36 – физический компонент здоровья (PH) и психологический компонент здоровья (MH) рассчитываются путем анали-

Оригинальные научные публикации

за по существующим «ключам» следующих параметров:

- физическое функционирование (PF), отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает возможность человека выполнять физическую нагрузку;
- ролевое физическое функционирование (RP), характеризует влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей и др.);
- ролевое эмоциональное функционирование (RE), предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности;
- жизненная активность (VT), подразумевает ощущение себя полным силы и энергии или, напротив, обеспокоенным, усталым;
- психическое здоровье (MH), характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, беспокойства;
- социальное функционирование (SF), отражает социальную активность, эмоциональную и физическую способность общаться с другими людьми;
- интенсивность боли (BP), определяет влияние боли на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома;
- общее здоровье (GH), отражает оценку больным своего состояния здоровья в настоящий момент.

Шкалы физического функционирования (PF), ролевого физического функционирования (RP), боли (BP) коррелируют наиболее высоко с физическим компонентом и измеряют интегральный показатель физического компонента здоровья (Physical Component Summary (PCS) – **Physical health (PH)**). Шкалы психического здоровья (MH), ролевого эмоционального функционирования (RE), социального функционирования (SF) – коррелируют наиболее высоко с психологическим компонентом и измеряют интегральный показатель психологического компонента здоровья (Mental Component Summary (MCS) – **Mental health (MH)**). Шкалы жизнеспособности (VT), общего здоровья (GH) – имеют корреляцию с обоими компонентами.

Цифровые результаты исследования качества жизни могут колебаться от 0 (максимальное нарушение функции - минимальное здоровье) до 100 баллов (максимальное здоровье). Более высокие цифровые значения являются показателем более высокого качества жизни человека. Опросник SF-36 подходит как для самостоятельного заполнения респондентом, так и для компьютерного опроса и последующей обработки. Он может быть заполнен за 5-10 минут с высокой степенью достоверности.

Хронические заболевания могут приводить к ограничению физических возможностей человека. Проис-

ходит снижение толерантности как к тяжелым, интенсивным нагрузкам, так и к повседневным, таким как прогулки, подъем по лестнице, бытовая работа по дому и др. Ограничение физической активности оказывает негативное влияние также и на психологический статус человека, так как неудовлетворенность физическим состоянием может вызывать чувство психологической неполноценности [5,9].

Исследования указывают, что по мере старения человека происходит снижение уровня качества жизни. Существует мнение, что именно ограничение физических возможностей является определяющим фактором. Вместе с тем физическое состояние человека напрямую связано с накоплением балласта хронических заболеваний. Вполне естественно, что хроническая патология чаще встречается у лиц пожилого возраста, приводя к снижению уровня качества жизни именно в этой возрастной группе [1,5].

Хронические заболевания такие как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, нарушения ритма сердечной деятельности, сахарный диабет, атеросклероз также негативно влияют на физические возможности человека. В ряде случаев не только само заболевание, но и его осложнения и сопутствующая хроническая патология оказывают отрицательное влияние на качество жизни [4,8]. Нарушения дыхания во время сна усугубляют течение ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и сердечной недостаточности. Синдромы обструктивного и центрального ночного апноэ повышают риск внезапной смерти, развития острого нарушения мозгового кровообращения, инфаркта миокарда, мерцательной аритмии, желудочковой экстрасистолии высоких градаций [7,8].

Таким образом, заслуживает интерес выявление закономерностей уровня качества жизни у пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) и ишемической болезнью сердца. Эти данные могут быть использованы в создании системы реабилитации, профилактики и выбора метода лечения.

Цель исследования: определить влияние синдрома обструктивного апноэ сна на качество жизни пациентов с ишемической болезнью (стенокардия напряжения ФК 1-3).

Материалы и методы

В нашем исследовании приняло участие 60 пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3). Из них мужчин было 42 (70%), женщин – 18 (30%). Средний возраст – 53,8±1,12 года, минимальный – 40, максимальный – 67.

Все пациенты были разделены на 2 группы по критерию наличия обструктивного апноэ сна. Первая группа (основная группа) составила 39 человек, у которых

был выявлен синдром обструктивного апноэ сна. Вторая группа (группа сравнения) – 21 пациент, у которых отсутствовал синдром обструктивного апноэ сна.

По половому и возрастному составу обе группы были сопоставимы.

Для диагностики СОАС проводился кардиореспираторный мониторинг аппаратом Somnocheck-2 (Weinmann, Германия). При исследовании регистрировались дыхательные каналы, сатура-

Таблица 1. Показатели качества жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца в зависимости от степени обструктивного апноэ сна

Степень СОАС	Показатели качества жизни									
	PF	RP	RE	VT	MH	SF	BP	GH	PH	MH
легкая, n=10	51,3	25,0	66,7	43,8	63,0	75,0	59,4	41,3	44,6±5,7	60,0±3,1
умеренная, n=14	59,4	21,4	19,0	44,3	54,9	64,3	54,3	47,4	49,2±6,8	45,5±5,6
тяжелая, n=15	43,2	39,3	50,0	42,1	49,4	64,3	56,6	42,5	44,4±5,1	47,9±4,5
без СОАС, n=21	57,5	29,2	44,4	38,3	60,0	58,3	50,4	51,7	57,9±5,8	64,2±4,4

Примечание - Указаны средние значения изучаемых показателей ±среднее отклонение

ция, пульс и ЭКГ. Затем рассчитывался индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ). В зависимости от ИАГ обструктивное апноэ сна делят на умеренную (ИАГ от >5 до <15), среднюю (ИАГ от >15 до <30) и тяжелую степени (ИАГ от >30).

Анкетирование пациентов осуществляли при первом осмотре пациентов.

Исследование качества жизни осуществляли при помощи опросника общего типа 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), предложенного Бостонским институтом здоровья. Цифровые результаты исследования качества жизни могут варьировать от 0 (максимальное нарушение функции – минимальное здоровье) до 100 баллов (максимальное здоровье). Более высокие значения являются показателем более высокого качества жизни.

Результаты и обсуждения

Из представленных данных наибольшее демонстративное значение имеют показатель физического компонента здоровья (**Physical health (PH)**) и показатель психологического компонента здоровья (**Mental health (MH)**), которые представлены в двух последних колонках таблицы. Так как эти параметры характеризуют интегральные показатели самооценки описанных выше шкал физического и психологического статуса человека. Поэтому в дальнейшем для большей доступности и наглядности оценки полученных данных будем сравнивать и оценивать именно эти показатели.

Определили средний интегральный показатель **физического** компонента здоровья (PH) у всех обследованных пациентов, который составил $49,0 \pm 5,8$. Этот параметр имеет числовое значение ниже, чем в соответствующей возрастной группе [4].

Средний интегральный показатель физического компонента здоровья (PH) у пациентов с ишемической болезнью сердца и обструктивным апноэ сна составил $46,1 \pm 5,9$. Те пациенты, у которых обструктивное апноэ сна выявлено не было, продемонстрировали значительно более высокий уровень самооценки качества жизни ($PH=57,9 \pm 5,8$).

Следовательно, можно констатировать негативное влияние обструктивного апноэ сна у пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3). Однако это влияние отличается в зависимости от степени обструктивного апноэ сна. Так при легкой степени СОАС интегральный показатель физического компонента здоровья составил ($PH=44,6 \pm 5,7$).

При умеренной степени СОАС физический компонент здоровья у пациентов с ишемической болезнью сердца составил ($PH=49,2 \pm 6,8$), что на 5 пунктов выше чем в группе с легкой степенью СОАС. При тяжелой степени СОАС физический компонент здоровья составил ($PH=44,4 \pm 5,1$).

У пациентов с ишемической болезнью сердца определили средний интегральный показатель **психологического** компонента здоровья (MH), который составил $54,4 \pm 4,4$.

Значение среднего интегрального показателя психологического компонента здоровья (MH) у пациентов с ишемической болезнью сердца и наличием обструктивного апноэ сна составило $51,1 \pm 4,5$, что ниже, чем в группе сравнения без обструктивного апноэ сна ($MH=64,2 \pm 4,4$). Таким образом, можно констатировать, что обструктивное апноэ сна также оказывает негативное влияние на психологический статус пациентов с ишемической болезнью сердца.

Интегральный показатель психологического ком-

понента здоровья (MH) отличался у пациентов с ишемической болезнью сердца в зависимости от степени обструктивного апноэ сна. Так при легкой степени СОАС он составил ($MH=60,0 \pm 3,1$), при умеренной степени СОАС он снижился до ($MH=45,5 \pm 5,6$), а при тяжелой степени СОАС он составил ($MH=47,9 \pm 4,5$). Из этого следует, что чем тяжелее степень СОАС у пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3), тем ниже уровень психологического компонента.

Таким образом, можно констатировать негативное влияние обструктивного апноэ сна на самооценку качества жизни пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3), как с точки зрения физического (PH), так и психологического (MH) статуса.

Выводы

1. Исследованы показатели качества жизни у 60 пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3). Определены средние интегральные показатели физического компонента здоровья ($PH=49,0 \pm 5,8$) и психологического компонента здоровья ($MH=54,4 \pm 4,4$).

2. Выявлено негативное влияние обструктивного апноэ сна на качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3). Происходит снижение уровня как физического ($PH=46,1 \pm 5,9$), так и психологического компонентов здоровья ($MH=51,1 \pm 4,5$).

3. СОАС у пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК 1-3) в зависимости от степени тяжести апноэ оказывает отрицательное влияние на психологический компонент здоровья и не оказывает существенного влияния на физический компонент здоровья.

Литература

1. Андреева, Г.Ф. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью / Г.Ф. Андреева, Р.Г. Оганов // Терапевтический архив. – 2002. – № 1. – С. 8-16.
2. Бримнулов, Н.Н. Исследование качества жизни у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС / Н.Н. Бримнулов, А.А. Абдулина // Вестник КРСУ. – 2002. – № 2. – С. 51-54.
3. Музалевский, В.М. Основные тенденции в отношении пациентов к негосударственным медицинским учреждениям. Актуальные тенденции социально-экономического развития России: сб. науч. ст. Тамбов / В.М. Музалевский // Тамбов: Изд-во ТГТУ, 2006. – С. 35-47.
4. Орлов, В.А. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине / В.А. Орлов, С.А. Гиляревский. – М.: Медицина, 1992. – 65 с.
5. Петрова, М.Н. Качество жизни у мужчин, перенесших инфаркт миокарда / М.П. Петрова, Т.А. Айвазян, С.Л. Фандюхин // Кардиология. – 2000. – № 2. – С. 65-66.
6. Jenkinson, C. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age / C. Jenkinson, A. Coulter, L. Wright // Br. Med. J. – 1993. – Vol. 306. – P. 1437-1440.
7. Lattimore, J.L. Obstructive sleep apnea and cardiovascular disease / J.L. Lattimore, D.S. Celermajer, I.J. Wilcox // Am. Col. Cardiol. – 2003. – Vol. 41 – P. 429-437.
8. McNicholas, W.T. Sleep apnoea as an independent risk factor for cardiovascular disease: current evidence, basic mechanisms and research priorities / W.T. McNicholas, M.R. Bonsignore // Eur. Resp. J. – 2007 – Vol. 29 – P. 156-176.
9. Quality of life in children with obstructive sleep apnea after adenotonsillectomy / B. Hasukic [et al] // Med Arh. – 2008 – Vol. 62, № 1. – P. 30-33.

Поступила 26.04.2013 г.