

УДК 616-071+616-037+616.12+616.13+007.64

Окара Чінеренва, І.П. Вакалюк, О.М. Лібрик

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА КОГНІТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМИ АНЕВРИЗМАМИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Івано-Франківський національний медичний університет

Резюме. Однією з причин смертності від ІХС є формування у постінфарктному періоді аневризми лівого шлуночка (ПАЛШ) – у більшості випадків маркера несприятливого прогнозу [2, 3]. Вважається, що половина випадків аневризм ЛШ супроводжуються тромботичними масами [5], а це, у свою чергу, може збільшувати ризик тромбоемболізму [7], а також субклінічних порушень когнітивної функції та якості життя (ЯЖ), вивченню яких було присвячене наше дослідження. За результатами дослідження виявлено, що особи з

ПАЛШ мають знижену якість життя та нижчі когнітивні здібності, які значною мірою залежать також від обраної тактики ведення таких хворих. Найгірша ЯЖ характерна для осіб із ПАЛШ та виключно медикаментозною тактикою лікування. Використання процедур ревааскуляризації дозволяє покращити ЯЖ, яка, проте, не сягає рівня осіб без ПАЛШ.

Ключові слова: постінфарктна аневризма лівого шлуночка, когнітивні здібності, якість життя.

Вступ. За останні роки в зв'язку з активним впровадженням боротьби з факторами ризику та доказової медицини виживання в деяких частинах світу покращилось [11]. Тим не менше, близько 2-17 % госпіталізованих осіб із серцевою недостатністю (СН) помирають у стаціонарах, оскільки навіть найсучасніші підходи до терапії можуть тільки тимчасово полегшити їх страждання без істотного впливу на летальність та тривалість життя [6]. Значною мірою це пов'язано з багатофакторністю причин СН, деякі з яких практично не піддаються лікуванню. Однією з них є постінфарктні аневризми лівого шлуночка (ПАЛШ), – у більшості випадків маркер несприятливого прогнозу, «point of no return» в історії перебігу хронічної СН [2]. За даними патологоанатомічних досліджень, частота аневризм лівого шлуночка може становити від 8,3 до 34 % всіх випадків [1]. Інфаркт міокарда (ІМ) є причиною формування аневризми лівого шлуночка, виявляється від 15 % до 40 % [5]. Провідною причиною формування ПАЛШ (85-90 % випадків) є гостре порушення кровопостачання в зоні передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії. Такі аневризми в 50 % випадків супроводжуються тромботичними масами [5]. Відомо, що наявність ПАЛШ, зниження ФВ ЛШ нижче 40 % як і передня локалізація ІМ істотно підвищують ризик утворення тромботичних мас ЛШ та наступної емболізації [7]. Одним із проявів таких ускладнень може бути субклінічне зниження когнітивної функції хворих та, відповідно, погіршення якості життя.

Мета дослідження. Вивчити якість життя та когнітивні здібності осіб із постінфарктними аневризмами лівого шлуночка залежно від тактики лікування.

Матеріал і методи. Аналізу піддано результати обстеження 238 пацієнтів із ПАЛШ, які відповідали критеріям включення та виключення. Дослідна група була розподілена на три підгрупи. Першу підгрупу склали 134 особи з ПАЛШ, які перебували тільки на медикаментозній терапії. До другої підгрупи увійшли 56

осіб, яким виконували перкутанні втручання (ПКВ). Третю підгрупу склали 48 пацієнтів після аортокоронарного шунтування (АКШ). Контрольну групу склали 36 пацієнтів, що перенесли ІМ без формування ПАЛШ. Обстежені усіх дослідних та контрольної групи були релевантні за віковим та гендерним розподілом.

Усім пацієнтам проводили оцінку якості життя. Для цього виконували опитування досліджуваних за допомогою «Анкети фізичної активності» (The Specific Activity Questionnaire (SAQ)) [4] та «Анкети дисфункції лівого шлуночка серця» (The Left Ventricular Dysfunction 36 (LVD 36)) [8].

«Анкета фізичної активності» складається з 13 питань, які стосуються повсякденної фізичної активності і описують рівень навантаження в осіб із СН. Кожний вид активності відповідає певному еквіваленту в метаболічних одиницях (МЕти, 1 МЕТ=3,5 млО₂/кг/хв), що був приблизно розрахований для того чи іншого типу активності. Для прикладу, «Переодягання – 2 МЕТ», «Виконання тяжкої роботи по дому (витріпування білизни, миття машини, вішання мокрого прання тощо) – 3,25 МЕТ», «Рубання дров чи копання землі – 5,5 МЕТ» тощо. На кожне запитання пацієнт мав дати відповіді «Так» або «Ні». Сума балів, набрана пацієнтом, відповідала питанню по порядку анкети, на яке пацієнт дав ствердну відповідь. Критерієм ствердної відповіді була здатність пацієнта виконувати певний вид фізичної діяльності без виникнення будь-яких симптомів. Результати опитування за анкетною оцінювали шляхом вираховування середніх значень по групі, після чого співвідносили отримані результати з певним функціональним класом (ФК) СН.

Інша використана «Анкета дисфункції лівого шлуночка серця» складається з 36 питань, що стосувалися ряду об'єктивних та суб'єктивних переживань при виконанні тієї чи іншої фізичної активності. Для прикладу, анкета включала такі твердження: «Через хворе серце я боюся, що якщо вийду на вулицю, то виникне задишка, або

при найменшому навантаженні у мене виникає задишка»; «Через хворе серце я відчуваю себе знервованим (-ою), або відчуваю себе неспокійним (-ою), або відчуваю, ніби втрачаю контроль над своїм життям» тощо. На кожне з поданих запитань пацієнту пропонувалось дати відповідь «Так» або «Ні». Сума набраних балів вираховувалась як відношення числа відповідей «Так» до загальної кількості запитань. Кінцевий результат оцінювався у відсотках. Найгіршим вважали показник у 100 %, найкращим – 0 %.

Поряд з якістю життя та рівнем фізичної тренуваності у всіх дослідних оцінювали також їх когнітивні здібності. Для цього використовували «Монреальську шкалу оцінки когнітивної функції» (The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)) [9, 10]. Шкала була розроблена як швидкий інструмент скринінгу легкої та помірної когнітивної дисфункції. Вона дозволяє оцінити різні когнітивні функції: увагу і концентрацію, пам'ять, мову, концептуальне мислення, рахування, орієнтацію, здатність до виконання завдань, а також візуально-конструкційні навички. Час виконання завдань складає близько 10 хвилин. Максимально можлива сума набраних балів – 30; значення від 26 і вище балів вважали нормальними. Статистичне опрацювання отриманих результатів проводили з використанням стандартного пакета програми “Statistica 7.0 for Windows” (“Stat Soft”, США).

Результати дослідження та їх обговорення. Результати опитування за «Анкетною фізичної активності» наведені в таблиці.

Найперше варто відзначити, що найбільша кількість осіб, які вказали на найвищий рівень фізичної активності (10 MET), припала на осіб контрольної групи. Тут таких хворих було 11,1 %. Для порівняння, у другій та третій дослідних групах таких осіб було 1,9 % і 6,3 %, відповідно. У першій дослідній групі (особи з ПАЛШ та медикаментозною тактикою лікування) пацієнтів, здатних виконати в повсякденному житті рівень фізичної активності в 10 MET, не було взагалі. Проте для даної групи був характерний найви-

щий відсоток пацієнтів із дуже низьким рівнем фізичної активності, що відповідав IV ФК СН. Майже четверта частина осіб даної групи вказували в анкетах на нездатність виконати навантаження, рівне 2,0 MET. Для порівняння, у контрольній групі таких осіб було лише 8,3 %. Найбільша кількість пацієнтів дослідних груп припала на категорію фізичної активності «2,0-4,1 MET», що відповідала III ФК СН. Серед пацієнтів першої дослідної групи таких осіб було 64,2 %. Дещо менше, 52,1 % таких осіб було серед пацієнтів третьої дослідної групи (хворі з ПАЛШ, яким у процесі лікування виконана процедура АКШ). Найменше, 48,2 % серед осіб дослідних груп у даній категорії було пацієнтів другої дослідної групи (хворі з ПАЛШ, яким у процесі лікування виконані ПКВ).

Цікаво, що найбільша частка осіб без ПАЛШ (контрольна група) припала на категорію фізичної активності «4,2-9,9 MET», що було оцінено як II ФК СН. 50,0 % пацієнтів контрольної групи відзначили здатність виконати даний рівень навантаження в повсякденному житті, що забезпечувало їм вищу якість життя. Для порівняння, серед осіб першої дослідної групи тільки 11,9 % обстеження змогли виконати вказаний рівень навантаження. У другій дослідній групі було 32,1 % таких пацієнтів, а в третій дослідній групі – 22,8 %. Відповідні відмінності характерні і для середнього по групі балу. Так, найвищий середній бал констатований для осіб без ПАЛШ (контрольна група), $6,3 \pm 1,2$ бала, найнижчий – для осіб з ПАЛШ та медикаментозною тактикою ведення хворих (перша дослідна група), $3,7 \pm 0,4$ бала відповідно, $p < 0,05$. Для осіб другої та третьої дослідних груп були характерні середні групові бали близько 4,0, що достовірно не відрізнялося від значень контрольної групи.

Констатовані закономірності були стверджені деякою мірою і при аналізі результатів опитування за «Анкетною дисфункції лівого шлуночка серця» (The left ventricular dysfunction questionnaire (LVD 36) (рис. 1.). Так, найвищий відсоток відповідей «Так», 68,7 %, і, відповідно, найнижча якість життя були характерні для осіб першої

Таблиця

Розподіл осіб дослідної та контрольної груп за рівнем фізичної активності (за результатами опитування за «Анкетною фізичної активності» (The Specific Activity Questionnaire (SAQ))

Рівень фізичної активності	Контрольна група (n=36)	Дослідні групи (n=238)		
		дослідна група 1 (n=134)	дослідна група 2 (n=56)	дослідна група 3 (n=48)
10 MET і вище	4 (11,1)	-	1 (1,9)	3 (6,3)
4,2-9,9 MET	18 (50,0)	16 (11,9)	18 (32,1)	11 (22,8)
2,0-4,1 MET	11 (30,6)	86 (64,2)	27 (48,2)	25 (52,1)
менше 2,0 MET	3 (8,3)	32 (23,9)	10 (17,8)	9 (18,8)
Середній бал, MET'	$6,3 \pm 1,2$	$3,7 \pm 0,4^*$	$4,8 \pm 0,2$	$4,2 \pm 0,3$

Примітка. 1. Вказані абсолютні числа; 2. У дужках - відсоток осіб до кількості обстежених; 3. ' - вказані середні значення показників по групі; 4. * - вказано стандартне відхилення даних між контрольною та дослідними групами, $p < 0,05$

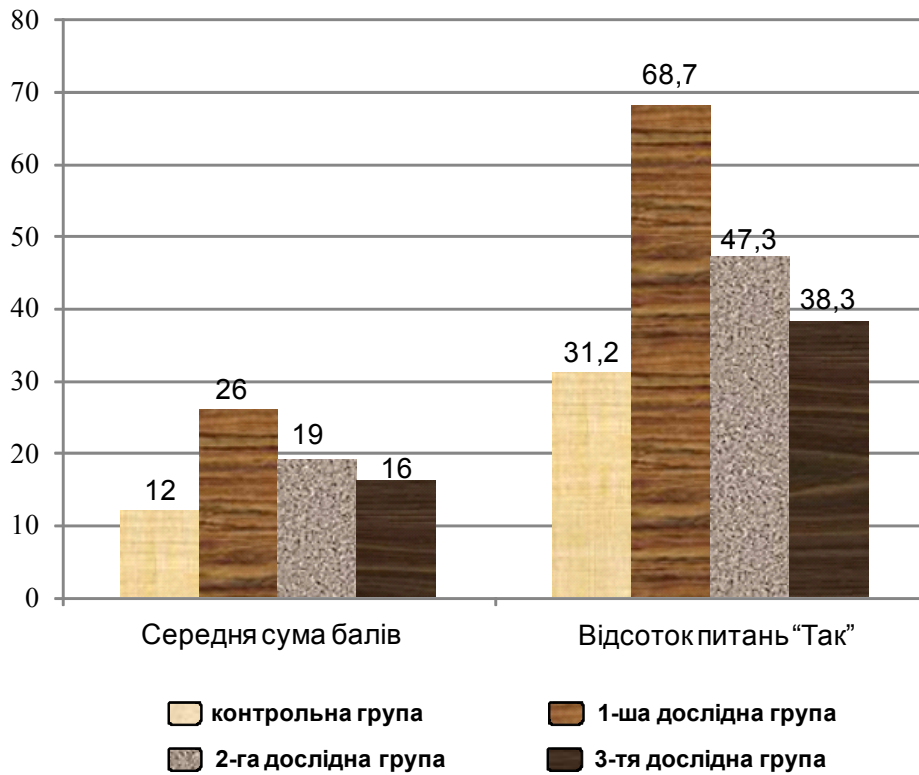


Рис. 1. Розподіл осіб контрольної та дослідних груп за результатами «Анкети дисфункції лівого шлуночка серця» (LVD 36)

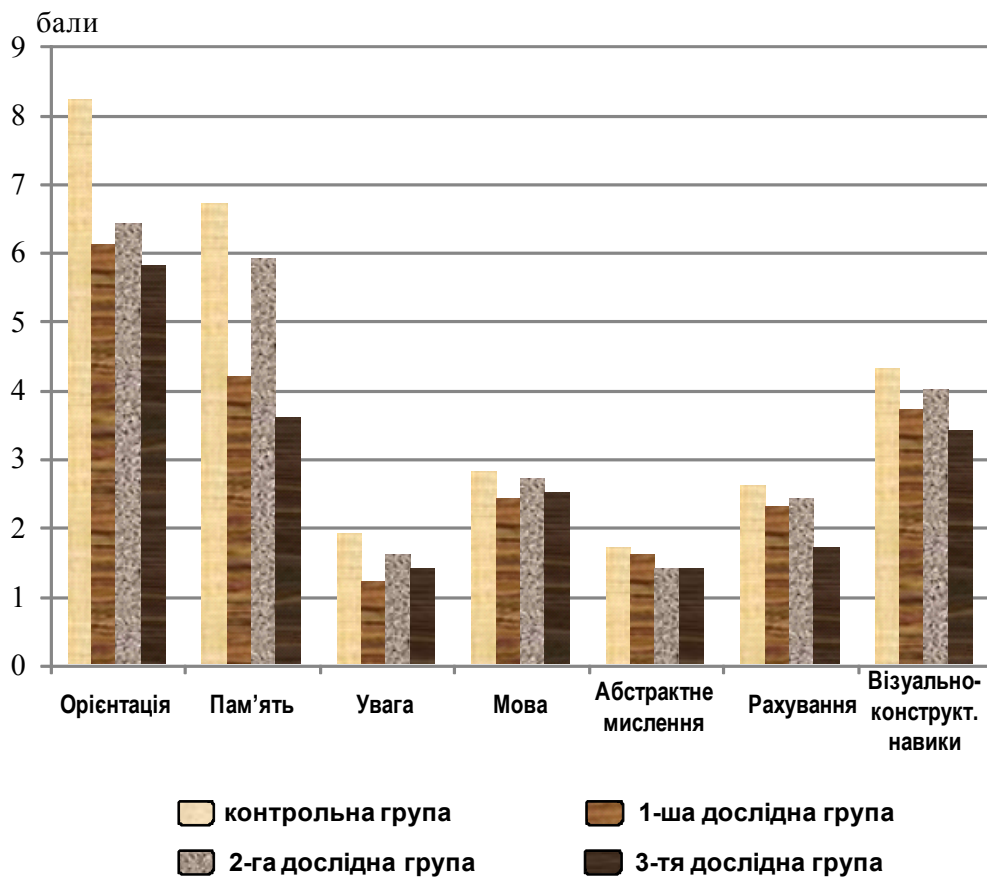


Рис. 2. Розподіл осіб контрольної та дослідних груп за субшкалами Монреальської шкали оцінки когнітивної функції (Montreal cognitive assessment (MOCA))

дослідної групи. Для порівняння, особи другої дослідної групи (пацієнти з ПАЛШ та після ПКВ) відповіли ствердно на питання анкети у 47,3 %. Ще кращі результати за даними даної анкети були характерні для осіб із ПАЛШ, яким у процесі лікування виконувалась процедура АКШ.

Відсоток ствердних відповідей у даній групі порівнювався з таким для контрольної групи і становив 38,3 %. Відповідно відрізнялись і середні суми набраних балів по групах. Це дозволяє підсумувати, що згідно з даними «LVD 36», найвища якість життя характерна для осіб після ревааскуляризації шляхом АКШ (третя дослідна група), а найнижча – для осіб із виключно медикаментозним підходом (перша дослідна група). Застосування для ревааскуляризації лівого шлуночка ПКВ дозволяє покращити якість життя хворих на ПАЛШ.

Розподіл осіб за когнітивними здібностями також мав певні особливості. Найперше варто відзначити, що особи контрольної групи змогли в середньому набрати за Монреальською шкалою оцінки когнітивної функції $26,1 \pm 2,7$ бала, що відповідало нормальному значенню когнітивних здібностей (вище 26 балів). Натомість особи усіх дослідних груп продемонстрували суттєве зниження когнітивних функцій. Так, пацієнти першої дослідної групи (осіб з ПАЛШ та медикаментозною тактикою лікування) набрали в середньому $20,2 \pm 1,8$ бала, а особи другої дослідної групи – $23,5 \pm 1,6$ бала. Найнижча середня сума балів констатована для пацієнтів третьої дослідної групи (особи з ПАЛШ та після процедури АКШ), які набрали $19,8 \pm 1,2$ бала, що було достовірно нижче порівняно з контрольною групою, $p < 0,05$, та відображало найнижчий рівень когнітивних здібностей.

При аналізі результатів за субшкалами анкети (рис. 2.), зниження пам'яті найбільшою мірою характерно для осіб третьої дослідної групи. За даною субшкалою особи 3-ї групи набрали в середньому 3,6 бала (з 8 максимальних балів). Для порівняння, у контрольній групі пацієнти без ПАЛШ набрали майже вдвічі більше, 6,7 бала відповідно. В осіб після ПКВ цей показник був також доволі високий, і склав 5,9 бала в середньому по групі. Варто також відмітити, що в осіб із ПАЛШ та після процедури ревааскуляризації ЛШ шляхом АКШ була істотно знижена здатність до рахування, що вимагає хорошої уваги та пам'яті. Так, у даній групі пацієнти за субшкалою «Рахування» набрали в середньому 1,7 бала (з максимальних 3 балів). Особи першої та другої дослідних груп набрали в середньому 2,3 і 2,4 бала відповідно, що наближалось до показників контрольної групи.

У той же час, варто сказати, що візуально-конструкційні навички були гіршими в осіб із ПАЛШ з виключно медикаментозною тактикою лікування (перша дослідна група) та після процедур АКШ (третя дослідна група). Для них даний показник склав 3,7 і 3,4 бала (з максимальних 5

балів), відповідно. Для порівняння, у другій дослідній групі даний показник склав 4,0 бала.

Варто також зазначити найбільше зниження уваги і концентрації в осіб першої дослідної групи. У даній групі з максимальних 3 балів за відповідною субшкалою пацієнти набрали тільки 1,2 бала. Для порівняння, у контрольній групі (пацієнти без ПАЛШ) даний показник склав 1,9 бала. Значення другої та третьої дослідних груп були проміжними. Характерні і інші закономірності.

Висновок

Таким чином, можна підсумувати, що для хворих з постінфарктною аневризмою лівого шлуночка характерний нижчий рівень фізичної повсякденної активності порівняно з особами з постінфарктним кардіосклерозом без постінфарктної аневризми лівого шлуночка. Тактика лікування таких осіб також має істотний вплив на якість життя хворих. Найнижча якість життя характерна для осіб з постінфарктною аневризмою лівого шлуночка та виключно медикаментозним підходом, найвища – для хворих без постінфарктної аневризми лівого шлуночка. Застосування в процесі лікування процедур ревааскуляризації (перкуторні втручання і/або аортокоронарне шунтування) дозволяє покращити якість життя, проте вона не сягає рівня хворих без постінфарктної аневризми лівого шлуночка.

Перспективи подальших досліджень. Перспективи полягають у розробці та впровадженні нових ефективних методів ведення пацієнтів із ПАЛШ, які б включали як ревааскуляризаційні процедури, так і комплексне медикаментозне лікування та реабілітаційні заходи. Такий підхід у подальшому дозволить запропонувати новітню систему відновного лікування пацієнтів із ПАЛШ, спрямованого на підвищення якості життя та подовження його тривалості.

Література

1. Долженко М.М. Стратегія і тактика ведення хворих з постінфарктною аневризмою лівого шлуночка / М.М. Долженко, Н.М. Носенко // Мистецтво лікування. – 2009. – № 3. – С. 15-18.
2. Долженко М.Н. Аневризма левого желудочка: неужели все так безнадежно? / М.Н. Долженко, С.А. Руденко, С.В. Поташёв // Мистецтво лікування. – 2006. – № 9. – С. 9-13.
3. Кардиология. Клинические рекомендации / Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М., 2007. – 640 с.
4. A specific activity questionnaire to measure the functional capacity of cardiac patients / S.L. Rankin, T.G. Briffa, A.R. Morton [et al.] // Am. J. Cardiol. – 1996. – № 77. – С. 1220-1223.
5. Cooley A.D. Management of left ventricular aneurysm by intracavitary repair / A.D. Cooley // Operat. techniq. in cardiac thorac. sur. – 1997. – № 2. – С. 151-161.
6. Incidence, timing and prognostic value of left ventricular aneurysm formation after myocardial infarction: a prospective, serial echocardiographic study of 158 patients / C.A. Visser, G. Kan, R.S. Meltzer [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 1986. – № 57. – С. 729-732.
7. LV thrombus detection by routine echocardiography: Insights into performance characteristics using delayed enhancement CMR / J.W. Weinsaft, H.W. Kim,

- A.L. Crowley [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. Img. – 2011. – № 4. – С. 702.
8. O'Leary C.J. The left ventricular dysfunction questionnaire (LVD 36): reliability, validity, and responsiveness / C.J. O'Leary, P.W. Jones // Heart. – 2000. – № 83. – С. 634-640.
9. Sheehan B. Assessment scales in dementia / Bart Sheehan // Ther. Adv. Neurol. Disord. – 2012. – № 5. – С. 349-358.
10. The Montreal cognitive assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment / Z. S. Nasreddine, N. A. Phillips, V. Bedirian [et al.] // Journal of the American Geriatrics Society. – 2005. – № 53. – С. 695-699.
11. Webster K. Improved survival after heart failure: a community-based perspective / K. Webster, D. D. McManus // J. Am. Heart Assoc. – 2013. – № 2. – С. 25-30.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Окара Чинеренва, И.П. Вакалюк, О.Н. Либрик

Резюме. Одной из причин смертности от ИБС есть формирование в постинфарктном периоде аневризмы левого желудочка (ПАЛЖ) – маркера, в большинстве случаев, неблагоприятного прогноза [2, 3]. Считается, что половина случаев аневризм ЛЖ сопровождается тромботическими массами [5], а это, в свою очередь, может увеличивать риск тромбоэмболизма [7], а также субклинических нарушений когнитивной функции и качества жизни (КЖ), изучению которых было посвящено наше исследование.

По результатам исследования показано, что больные с ПАЛЖ имеют сниженное качество жизни и когнитивные способности, что в значительной мере зависит и от выбранной тактики ведения таких больных. Самое худшее КЖ характерно для лиц с ПАЛЖ и исключительно медикаментозной тактикой лечения. Использование процедур реваскуляризации ЛЖ позволяет улучшить КЖ, которое, правда, не достигает уровня больных без ПАЛЖ.

Ключевые слова: постинфарктная аневризма левого желудочка, когнитивные способности, качество жизни.

EVALUATION OF LIFE QUALITY AND COGNITIVE ABILITIES IN PATIENTS WITH POST-INFARCTION ANEURYSM OF THE LEFT VENTRICLE

Chinyerenwa Okara, I.P. Vakaliuk, O.M. Libryk

Abstract. A formation of post-infarction left ventricular aneurysm (PLVA) is one of the markers of unfavorable prognosis and one of the leading causes of coronary heart disease mortality [2, 3]. It is believed that half of the cases of ventricular aneurysms involve formation of LV thrombotic masses [5], and this, in turn, may increase the risk of thromboembolism [7], induce subclinical disorders of cognitive abilities and worsen life quality (QOL). That is why we studied in a given subpopulation of patients QOL and cognitive abilities.

It was stated that patients with PLVA have worse QOL and decreased cognitive abilities, which to some extent depend on treating strategy. The patients with medicament approach only have the worst QOL. Procedures of LV revascularization improve QOL, but not enough to achieve the quality of control group.

Key words: Post-infarctive left ventricle aneurysm, life quality, cognitive abilities.

National Medical University (Ivano-Frankivsk)

Рецензент – проф. В.К. Ташук

Buk. Med. Herald. – 2016. – Vol. 20, № 4 (80). – P. 117-121

Надійшла до редакції 04.08.2016 року