

к β -клеткам: ICA – виявлені у 83,7% пацієнтів, IAA – у 46,2% пацієнтів, антитела к GAD – у 45,8% пацієнтів. Больные с МПАДВ отличались достоверным меньшим IMT и более частой ацетонурией по сравнению с больными сахарным диабетом типа 2. Изучение характера секреции С-пептида выявило достоверные изменения между группами: у больных МПАДВ определялся нормальный уровень базального С-пептида и отсутствовала стимулированная секреция С-пептида. У больных сахарным диабетом типа 2 была выявлена гиперинсулинемия.

Ключевые слова: сахарный диабет, медленно прогрессирующий диабет взрослых, иммунологические показатели.

FEATURES OF CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL INDICES IN PATIENTS WITH LATENT AUTOIMMUNE DIABETES IN ADULTS

A. Shiran

Abstract. The results of a clinical examination, an analysis of immunologic and metabolic markers confirmed heterogeneity of diabetes mellitus (DM) that developed at the age of 30 years. Antibodies (ICA, IAA, GAD) were detected in 59% of the patients. A group of patients with latent autoimmune diabetes in adults (LADA) has been isolated. A various frequency of autoantibodies to β -cells was detected: ICA in 83,7% of the patients, IAA – in 46,2% of the patients, antibodies to GAD – 45,8%. The LADA patients differed, probably, by a reliably lesser IMT and a more frequent acetonuria compared with patients with diabetes mellitus of type 2. The normal level of basal C-peptide and a stimulated C-peptide was absent in patients with LADA. Hyperinsulinemia was detected in patients of DM type 2.

Key words: diabetes mellitus, latent autoimmune diabetes in adults, immunological indices.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.І.Волошин

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №2. – P.98-103

Надійшла до редакції 1.02.2007 року

УДК 616.12-008.1-036.2

Е.Ц.Ясинська, П.Р.Нягу, Ж.А.Ревенко, В.І.Курик

ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ СЕРЦЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я (зав. – доц. В.Е.Кардаш)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Визначено вплив порушень ритму та провідності серця на якість життя хворих на ішемічну хворобу серця за даними суб'єктивної оцінки ставлення хворих до змін, що виникають в їх здоров'ї і житті при нападі аритмій.

Ключові слова: анкета опитування, сумарні та компонентні показники, індивідуальний та популяційний рівень якості життя.

Вступ. Порушення ритму та провідності серця впливають не тільки на фізичний стан хворого, але також на психологію його поведінки, характер емоційних реакцій, змінюють місце хворого в соціальному житті, тобто створюють серйозні проблеми в психології, духовній та соціальній сферах хворого [2,4,8,12]. Тому оцінка стану пацієнта повинна бути комплексною з урахуванням її впливу не тільки на фізичний стан, але й на психологічні, емоційні та соціальні функції хворого згідно з визначенням здоров'я ВООЗ [6,7,10].

Уперше такий підхід до оцінки здоров'я хворого запропонований у США і одержав назву «Якість життя» [7]. У сучасний момент він широко застосовується в різних країнах, у тому числі в Україні [9].

Якість життя – це інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування хворих на основі власної оцінки ними цих функцій [7,11].

Визначення якості життя дає можливість надати повну характеристику здоров'я хворого,

визначити прогноз захворювання, а головне, служить додатковим критерієм вибору лікарської тактики як на індивідуальному рівні, так і на популяційному, що має особливо велике значення для хворих із порушенням ритму та провідності серця.

Мета дослідження. Визначити якість життя хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) при різних формах порушень ритму та провідності серця.

Матеріал і методи. Для визначення якості життя використані матеріали 144 хворих на ІХС із пароксизмами порушення ритму та провідності серця, що перебували на стаціонарному лікуванні в обласному кардіологічному диспансері м.Чернівці у 2005 році та в першій половині 2006 року, у тому числі з шлуночковими та надшлуночковими екстрасистолями 52 хворих, із фібриляцією передсердь – 41 хворий, із пароксизмальною суправентрикулярною тахікардією – 14, із порушенням провідності серця – 35 (із внутрішньопередсердною блокадою – 4, атріовентрикулярною – 18, із внутрішньошлуночковою – 13), із синусовою тахікардією та брадикардією – 2 осіб. Обсте-

жені тільки хворі, в яких аритмії розвинулися на фоні ІХС без інфаркту міокарда в анамнезі. Чоловіків було 82, жінок – 52. Середній вік обстежуваних склав 52,2 року.

Для збору даних про якість життя хворих застосована анкета опитування. Анкета складалася з двох частин: загальної та спеціальної. Загальна частина розроблена на основі методики НПЗ (Нотингемський профіль здоров'я), яка не залежить від певної нозології і призначається для оцінки негативного впливу на якість життя будь-якої патології за такими показниками, як енергійність, відчуття болю, сон, емоційні реакції, фізична активність, соціальна ізоляція [3,9]. Кількісна характеристика показників при цьому визначається на основі обчислення зважених величин [3,9].

Для розробки спеціальної частини анкети застосована адаптована до вивчення впливу аритмії на якість життя хворих на ІХС методика науково-дослідного центру профілактичної медицини МОЗ РФ «Методика оцінки якості життя хворих на ІХС з порушеннями ритму та провідності серця» [1].

При заповненні цієї частини анкети нами пропонувалося хворому висловити своє ставлення до вказаних в анкеті змін, що виникають в їх житті при появі аритмії, вибравши одну із наступних альтернатив: 1) не впливає; 2) злегка впливає; 3) значно впливає; 4) сильно; 5) дуже сильно. При цьому, в «0» балів оцінювалася відсутність впливу, найбільш сильний вплив оцінювався в 4 бали.

Сума балів по всіх розділах анкети дає можливість судити про вплив даного захворювання на якість життя в цілому (сумарний показник), а сума балів за окремими компонентами – про вплив захворювання на складові частини якості життя, тобто виявити причини зниження якості життя [1].

Для оцінки психопатологічного стану хворих на ІХС із порушеннями ритму та провідності серця застосований психологічний тест СМОЛ (Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности) [5].

Для зведення матеріалу в групи за формами порушень ритму і провідності серця застосований російський варіант Мінесотського коду.

Математичним апаратом статистичної обробки матеріалу служили критерій t Стюдента, лінійний коефіцієнт кореляції та критерій χ^2 – квадрат.

Результати дослідження та їх обговорення. Загальні показники якості життя хворих на ІХС з пароксизмами порушень ритму та провідності серця, одержані за методикою НПЗ, наведені в таблиці 1.

Як видно з таблиці 1, високі показники НПЗ, тобто найбільш низькі рівні якості життя, одержані з таких розділів анкети, як енергійність, фізична активність, емоційні реакції, соціальна ізоляція та сон, що в тому числі зумовлює негативний вплив ІХС та порушень ритму серця на емоційне, психологічне та соціальне благополуччя хворих. При цьому особливе значення мала енергійність та фізична активність.

Порівняння показників НПЗ при різних формах порушень ритму та провідності серця, за даними таблиці, свідчить про відсутність статистично достовірної різниці між показниками окремих форм порушень ритму, за винятком розділу, пов'язаного з емоційними реакціями. У цьому розділі відмічена достовірна різниця ($p < 0,05$) у показниках НПЗ між фібриляцією передсердь та порушеннями провідності серця, при яких показник емоційної реакції значно вищий.

Дані про причини зниження якості життя при порушеннях ритму та провідності серця у хворих на ІХС наведені в таблиці 2.

Як свідчать дані таблиці 2, більше 80% хворих на ІХС з пароксизмами порушень ритму та провідності серця вказувало на те, що основною причиною виникнення у них дискомфорту та різкого зниження благополуччя була поява серцебиття, перебоїв у роботі серця, слабкості, запаморочення, відчуття зупинки серця, раптової втрати свідомості.

З появою аритмій більше, ніж у 70% хворих змінився також емоційний статус: різко знизився

Таблиця 1

Загальні показники якості життя хворих на ІХС з різними формами порушень ритму та провідності серця за методикою НПЗ (у% до числа обстежених хворих)

Загальні показники	Усі хворі з порушеннями ритму та провідності серця, $n = 144$	Надшлуночкова пароксизмальна тахікардія та фібриляція передсердь, $n = 55$	Шлуночкова та надшлуночкова екстрасистолія, $n = 52$	Порушення провідності серця (внутрішньо-передсердна, атріо-вентрикулярна та внутрішньошлуночкова блокади), $n = 35$
Енергійність	43,0±4,99	37,5±6,5	45,3±6,8	48,6±8,4
Відчуття болю в ділянці серця та за грудниною	15,3±2,13	12,5±4,4	11,3±4,3	25,7±7,4
Емоційні реакції	34,7±3,87	26,7±5,4	35,8±6,6	45,7±7,9
Розлади сну	26,4±3,09	21,4±5,5	28,3±4,5	31,4±7,3
Соціальна ізоляція	34,5±3,27	39,3±6,5	37,7±6,5	25,7±7,4
Фізична активність	40,9±4,74	46,4±6,7	37,7±6,5	31,7±7,8

Таблиця 2

Розподіл хворих на ІХС з пароксизмами порушень ритму та провідності серця за причинами зниження якості життя (в% до загального числа обстежених)

Причини зниження якості життя	Всього хворих із негативними показниками якості життя	
	абс.	в%
1. Неприємні відчуття в ділянці серця, серцебиття, перебої в роботі серця, швидка стомлюваність, відчуття зупинки серця, запаморочення, втрата свідомості	118	81,9
2. Пригніченість, різке зниження настрою, мимовільна фіксація уваги на роботі серця	103	71,5
3. Поява неспокою та тривоги за своє здоров'я та життя	99	68,7
4. Страх появи нових нападів аритмії та зупинки серця	88	68,7
5. Тривалі негативні емоції та емоційні напруження	98	68,0
6. Фізичні напруження (гострі та тривалі)	97	67,4
7. Необхідність обмежень у фізичній праці	78	54,3
8. Утруднення в занятті фізичною культурою і спортом	57	39,6
9. Утруднення в роботі по домашньому господарству	36	25
10. Утруднення в користуванні власним та громадським транспортом	41	28,4
11. Необхідність в обмеженні розумової праці	22	15,3
12. Необхідність постійно приймати ліки та періодично лікуватися в стаціонарі	73	50,7
13. Виникнення обмежень у посаді, у заробітній платні	57	39,6
14. Додаткові витрати на лікування та медикаменти	103	71,5
15. Зміна відносин із близькими, друзями та співробітниками по роботі	80	55,5
16. Відмова від участі в громадській роботі	54	38,9
17. Обмеження в сексуальній сфері	29	20,1
18. Обмеження в проведенні дозвілля	19	13,2

Таблиця 3

Сумарні показники якості життя у хворих на ІХС при різних формах порушень ритму та провідності серця в балах

Ознаки Мінесотського коду (російський варіант)	Форми порушень ритму та провідності серця	Сумарні показники	
		\bar{M}	M
8-1	Екстрасистолія, у тому числі :	38,9	3,3
	- передсердна	25,1	2,3
	- атріовентрикулярна	34,9	3,1
	- шлуночкова	48,2	3,9
8-3	Фібриляція передсердь, у тому числі :	49,8	4,1
	- миготіння	52,1	3,2
	- тріпотіння	38,5	3,7
6-2; 6-1 6-3 7-1; 7-2 7-4; 7-5	Порушення провідності серця, у тому числі	49,3	3,9
	- внутрішньопередсердна	38,4	4,6
	- атріовентрикулярна	56,3	3,5
	- внутрішньошлуночкова	46,1	3,8
8-4; 8-6	Надшлуночкова тахікардія	24,5	2,9
8-7 8-8	Порушення автоматизму синусового вузла, у тому числі:	18,4	3,3
	- синусова тахікардія	17,1	3,1
	- синусова брадикардія	19,7	3,6

настрій, хворі мимоволі стали концентрувати увагу на роботі серця, з'явився неспокій та тривога за своє життя, страх виникнення нових нападів аритмії та страх зупинки серця. Особливо відчутно хворі стали сприймати негативні емоції та емоційні напруження, майже 70% осіб вважають, що ці чинники є основною причиною виникнення у них аритмії.

Більше, ніж у половини хворих (54,3%), особливо в осіб працездатного віку, вкрай негативними були переживання, пов'язані з виникненням при появі аритмії обмежень у фізичних зу-

сильях, у заняттях фізичною культурою і спортом, у роботі в домашньому господарстві, у поїздках із дому, у користуванні власним та громадським транспортом через страх виникнення повторних аритмії у дорозі.

Майже в 40% хворих виникла боязнь можливих обмежень у посаді та заробітній платні через аритмії. Тому хворі вкрай неприємно стали сприймати появу додаткових витрат на необхідність лікування аритмії.

З виникненням аритмії у хворих з'явилися певні зміни в соціальній поведінці, майже в 60%

Таблиця 4

Структура психопатологічних синдромів і частота порушень ритму та провідності серця (абсолютні дані)

Частота нападів аритмій	Число хворих	Провідний психопатологічний синдром				
		тривожний	кардіо-фобічний	астенічний	іпо-хондричний	депресивний
1-2 рази на тиждень	16	8	1	-	3	4
1-2 рази на добу	40	11	7	6	4	12
3 рази на добу і більше	71	17	7	2	13	32
Всього	127	36	15	8	20	48

осіб обмежилися контакти з родичами, близькими друзями та співробітниками по роботі. Хворі скаржилися, що їм стало важко спілкуватися з людьми; майже в третини осіб виникли скарги на труднощі в проведенні дозвілля, сексуальній сфері; значна частина хворих (38,9%) у зв'язку з виникненням аритмій відмовилася від участі в громадській роботі.

Дані про вплив на сумарні показники якості життя різних форм порушень ритму та провідності серця у хворих на ІХС наведені в таблиці 3.

Як видно з таблиці 3, найбільш високі сумарні показники, тобто найбільш низькі рівні якості життя у хворих на ІХС з порушеннями ритму та провідності серця, виявлені при фібриляції передсердь та порушеннях провідності серця, найбільш низькі – при екстрасистолії та надшлуночкової тахікардії. Різниця в силі впливу на сумарні показники якості життя цих форм порушень ритму та провідності серця статистично достовірна ($p < 0,05$).

За даними сумарних показників встановлено також, що сила впливу атріовентрикулярних та шлуночкових форм порушень ритму та провідності серця на якість життя значно вища, ніж передсердних (різниця статистично достовірна ($p < 0,01$)).

На основі корелятивного аналізу із застосуванням лінійних коефіцієнтів кореляції встановлений достовірний зв'язок сумарних показників якості життя при фібриляції передсердь з частотою пароксизмів порушень ритму серця ($r = 0,57$; $p < 0,01$); при екстрасистолії – з частотою екстрасистол ($r=0,71$; $p < 0,01$); при надшлуночкової тахікардії – з тривалістю нападів тахікардії ($r=0,56$; $p < 0,05$).

Що стосується порушень провідності серця, то на основі застосування критерію χ^2 -квадрат виявлений достовірний зв'язок сумарних показників якості життя з такими клінічними проявами порушень провідності серця, як брадикардія, епізоди блокад, проявів аритмій, запаморочень, непритомність ($\chi^2 = 17,62$; $p < 0,01$).

Нами оцінка психопатологічного стану хворих на ІХС з порушеннями ритму та провідності серця проводилася за психологічним тестом СМОЛ [5].

При цьому встановлено, що майже у 90% хворих виявлені психічні зміни невротичного та неврозоподібного характеру і лише в 10% хворих психічні зміни не виявлені. У 37,8% хворих діагностований депресивний синдром, у 28,4% – три-

вожний, у 15,7% – іпохондричний, у 11,8% – кардіофобічний, у 6,3% – астенічний.

Виявлено також вплив окремих психічних чинників на частоту порушень ритму та провідності серця (табл. 4).

Як видно з таблиці 4, в осіб із депресивними та іпохондричними розладами щодобові багаторазові напади порушень ритму та провідності серця майже в 1,7 рази частіші, ніж при інших психопатологічних синдромах ($\chi^2=17,62$; $p < 0,05$). Таким чином, як свідчать наведені дані, психічні чинники виконують істотну роль у патогенезі порушень ритму та провідності серця у хворих на ІХС.

Висновки

1. Визначення якості життя хворого дає можливість надати повну характеристику стану здоров'я хворого, оцінити ефективність його лікування, диспансерного спостереження, служить додатковим критерієм вибору лікарської тактики.

2. Анкетний метод обстеження дає можливість визначити якість життя як на індивідуальному рівні в інтересах конкретного хворого, так і на популяційному – для визначення ефективності нових стратегій у терапії різних захворювань.

3. Широка розповсюдженість серед хворих на ІХС з порушеннями ритму та провідності серця психопатологічних синдромів та вплив їх на частоту нападів порушень ритму серця свідчить про доцільність більш широкого застосування психотерапії та психотропних засобів у комплексному лікуванні аритмій.

Перспективність подальших досліджень. Впровадження в перспективі в практику охорони здоров'я методів визначення якості життя значно розширить можливості покращання якості лікувально-профілактичної допомоги населенню.

Література

1. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 2002. - №5. – С.92-95.
2. Гельцер Б.И., Фрисман М.В. Современные подходы к оценке качества жизни кардиологических больных // Кардиология.– 2002. - №9. – С.4-9.
3. Гиляровский С.Р., Орлов В.А., Бенделиан Н.Г. и др. Изучение качества жизни больных с хронической недостаточностью : современное состояние // Рос.кардиол.ж.–2003.– №3. – С.58-64.

4. Ибатов А.Д. Влияние лоразената на эмоциональный статус и качество жизни больных ишемической болезнью сердца // Кардиология. – 2006. - №9. – С.11-14.
5. Кадочигова А.И., Мартынова А.Г., Киричук В.Ф. Психологические особенности личности в зависимости от типа распределения жировой ткани у клинически здоровых лиц // Кардиоваск. тер. профил. – 2005. - №4(2). – С.84-89.
6. Новик Н.А., Йонова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб: Нева, М.: Алма-Пресс, 2002.– 315 с.
7. Новик Н.А., Йонова Т.И., Клайн П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб: ЭЛБИ, 1999. – 140 с.
8. Сидоренко Г.И. Проблема оптимизации в кардиологии // Кардиология. – 2004. - №7. – С.4-9.
9. Яновский Г.В. Качество жизни у больных с заболеваниями системы кровообращения // Укр. кардіол. ж.– 2005. - №1. – С.16-20.
10. Cline C., Wellenheimer R., Erhard L. et al. Health related quality of life in elderly patients with heart failure // Scand.Cardiovasc. J. – 1999. – Vol.5. – P.278-285.
11. Jaarama T., Halgens R., Huiger A. et al. Quality of life in older patients with systolic and diastolic heart failure // J. Heart. Failure. – 1999. – Vol.2. – P.151-161.
12. Klaus L., Beniaminovitz A., Chor L. et al. Pilot study of guided imagery use in patients with severe heart failure // Amer. J. Cardiology. – 2000. – Vol.1. – P.101-104.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Э.Ц.Ясинская, П.Р.Нягу, Ж.А.Ревенко, В.И.Курик

Резюме. Определено влияние нарушений ритма и проводимости сердца на качество жизни больных ишемической болезнью сердца по данным субъективной оценки отношения больных к изменениям, что возникают в их здоровье и жизни при возникновении аритмий.

Ключевые слова: анкета опроса, суммарные и компонентные показатели, индивидуальный и популяционный уровень качества жизни.

THE INFLUENCE OF RHYTHM DISTURBANCES AND CARDIAL CONDUCTION ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Ye.Ts.Yasynska, P.R.Niagu, Zh.A.Revenko, V.I.Kuryk

Abstract. The authors have evaluated the influence of rhythm disturbances and cardiac conduction on the quality of life of patients with coronary disease based on the findings of a subjective evaluation of patients' attitude to changes arising in their health and life in case of arrhythmic attacks.

Key words: questionnaire, total and component parameters, individual and population level of life quality.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. В.К.Ташук

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №2.- P.103-107

Надійшла до редакції 28.11.2006 року

УДК 618.5-089.888.61-089.168.1:618.4

Л.М.Вакалюк

РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК ІЗ ПОВНОЦІННИМ РУБЦЕМ НА МАТЦІ

Кафедра акушерства і гінекології (зав. – проф. Т.М.Дріль)
Івано-Франківського державного медичного університету

Резюме. Актуальним завданням сучасного акушерства є розродження природним шляхом жінок з оперованою маткою. Проведено клінічний аналіз 100 пологів у вагітних із повноцінним рубцем на матці, які були відібрані для консервативного розродження. У 17% пацієнток пологи завершилися самостійно. У 83% роділь у процесі пологів виникли непередбачені акушерські ускладнення, які стали показаннями до кесаревого розтину. Всі пологи велися під динаміч-

ним клінічним, кардіотокографічним і ультразвуковим контролем. За показаннями застосовували адекватне знеболення і пологопосилення. Показано, що при задовільному стані матері і плода та повноцінному гістеротомному рубці мимовільні пологи мають позитивні клінічні переваги перед повторним абдомінальним розродженням.

Ключові слова: рубець на матці, консервативне розродження.

Вступ. Зростаюча кількість абдомінального розродження ставить перед акушерами-гінекологами складне завдання – ведення вагітності і пологів у жінок із рубцем на матці. Саме

рубець на матці є одним з основних показань до кесаревого розтину [1,6]. Більше 30% жінок, які розроджені абдомінальним шляхом, планують у майбутньому вагітніти. Повторний кесарів роз-