
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.127—005.8—4<5—053.9:616.8:616.839:614.2

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

И. А. Тыщенко, Н. Н. Шилина, М. Е. Стаценко

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультета ВолГМУ

Проводилась оценка размера левого предсердия и левого желудочка, показателей variability ритма сердца, уровня качества жизни, а также состояния психоэмоциональной сферы у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью в раннем постинфарктном периоде. У 40 % выявлены нарушения психоэмоциональной сферы в виде тревожно-депрессивных расстройств. На фоне этих изменений отмечается достоверное снижение качества жизни пациентов, выраженные нарушения вегетативной нервной системы по сравнению с больными без тревоги и депрессии.

Ключевые слова: пожилой возраст, постинфарктный период, хроническая сердечная недостаточность, психосоматические расстройства, качество жизни, variability ритма сердца.

MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL PARAMETERS OF HEART AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS IN EARLY POST MYOCARDIAL INFARCTION PERIOD

I. A. Tishenko, N. N. Shilina, M. E. Statsenko

Sizes of left atrium and ventricle, indices of variability of heart rhythm, quality of life, and psychological status in elderly patient with chronic heart failure in early post myocardial infarction period were evaluated. 40 % of patients had psychological disorders such as anxiety and depression. As a result of these changes all patients demonstrated a reliable decrease in life quality, marked disorders of vegetative nervous system.

Key words: elderly age, early post myocardial infarction period, chronic heart failure, psychological status, quality of life, variability of heart rhythm.

Актуальность изучения особенности постинфарктного периода у пожилых больных обусловлена несколькими моментами. С одной стороны, у пациентов пожилого возраста инфаркт миокарда (ИМ) часто развивается на фоне уже имеющейся хронической сердечной недостаточности, артериальной гипертонии, других заболеваний внутренних органов. Кроме того, у пациентов пожилого и старческого возраста происходят физиологические изменения в коронарных сосудах [5], сосудах системного кровотока (потеря эластичности, повышение системного сосудистого сопротивления) [10]. С другой стороны, у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) часто выявляются психосоматические расстройства [3]. Если рассматривать патофизиологические механизмы реализации патогенного эффекта психосоматических расстройств, то наиболь-

шее значение имеет нарушение вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы с преобладанием симпатической активности [7], повышение агрегации тромбоцитов, что может приводить у больных ишемической болезнью сердца к внезапной коронарной смерти и тромбозу венечных артерий [6]. Дисфункция автономной нервной системы играет важную роль в патогенезе ХСН [9]. Все эти факторы оказывают отрицательное влияние на течение постинфарктного периода. Однако на сегодняшний момент времени практически нет работ, которые рассматривали все перечисленные факторы в совокупности. Изучается, преимущественно, отдельно состояние психической сферы без учета ее влияния на течение основного заболевания, на качество жизни больных; или проводится оценка кардиодинамики у пожилых пациентов без учета состояния

вегетативной нервной системы и наличия аффективных нарушений [2].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить состояние морфофункциональных параметров, вегетативной нервной системы (ВНС), психоэмоциональной сферы и качество жизни у больных пожилого возраста с ХСН в раннем постинфарктном периоде.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняло участие 100 больных в возрасте от 60 до 74 лет в раннем постинфарктном периоде (3—4-я неделя ИМ) с ХСН. В группу обследованных вошло 40 женщин и 60 мужчин. Согласно скрининговому исследованию по шкале HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии) все больные были разделены на 2 группы. В первую группу было включено 40 (20 женщин, 20 мужчин) пациентов с признаками тревоги и депрессии. Вторую группу составили 60 больных (20 женщин, 40 мужчин) без тревожно-депрессивных расстройств. Значимых различий по структуре диагноза, функциональному классу ХСН между группами не было. Характеристика групп представлена в табл. 1.

Таблица 1

Клиническая характеристика групп

| Параметр | I группа | II группа |
|--------------------------------|----------------|----------------|
| Число больных | 40 | 60 |
| Возраст, лет | 69,33 ± 0,87 | 68,78 ± 1,06 |
| Мужчины/женщины | 22/18 | 36/24 |
| ИМ с зубцом Q/без зубца Q, % | 42/58 | 45/55 |
| Пациенты с ГБ/без ГБ, % | 65/35 | 70/30 |
| ФК по NYHA | 2,7 ± 0,68 | 2,68 ± 0,72 |
| Средний балл по ШОКС | 5,17 ± 0,4 | 4,89 ± 0,37 |
| Дистанция 6-минутной ходьбы, м | 269,58 ± 18,09 | 281,39 ± 13,89 |

Примечание. ГБ — гипертоническая болезнь, ШОКС — шкала оценки клинического состояния (Мареев, 2000 г).

Объективные данные о состоянии пациентов были получены при физикальном обследовании и при помощи инструментальных исследований: эхокардиографии (ЭХО-КГ), а также проведения теста шестиминутной ходьбы. Психосоматические расстройства и качество жизни пациентов определялись при помощи валидных опросников и шкал [8].

Параметры вариабельности ритма сердца (ВРС) оценивали на коротких участках записи, которые производили утром в состоянии покоя и во время проведения активной ортостатической пробы в течение 10 минут с использованием аппаратно-програмного комплекса «Варикард». Учитывались следующие показатели ВРС: SDNN — среднеквадратичное отклонение, CV — коэффициент вариации, IC — индекс централизации, SI — индекс напряжения, MxDMn — разность между максимальным и минимальным значе-

нием интервала RR, TP — суммарная мощность спектра, HF — высокочастотная составляющая, LF — низкочастотная составляющая (медленные волны), VLF — очень низкочастотные колебания («медленные волны 2-го и 3-го порядка»).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам шкалы HADS, психоэмоциональные нарушения регистрировались у 40 % пациентов, причем преобладали субклинически выраженные проявления тревоги и депрессии. У 70 % обследованных больных диагностированы субклинические проявления тревоги, у 90 % — субклинические проявления депрессии. Такой высокий процент выявления психоэмоциональных расстройств свидетельствует о необходимости проведения медикаментозной коррекции данных нарушений, так как сочетание ИБС и депрессии в постинфарктном периоде увеличивает смертность больных в 4 раза [7].

Исходные морфофункциональные и кардиогемодинамические параметры у больных пожилого возраста в постинфарктном периоде представлены в табл. 2.

Таблица 2

Исходные морфофункциональные и кардиогемодинамические показатели у больных пожилого возраста в раннем постинфарктном периоде

| Показатель | I группа, n=40 | II группа, n=60 |
|---|----------------|-----------------|
| ИЛСМ | 5,3 ± 2,41 | 4,1 ± 1,28 |
| Конечный диастолический размер левого желудочка, мм | 55,25 ± 2,89 | 55,58 ± 0,85 |
| Фракция сердечного выброса (ФВ), % | 48,62 ± 2,67 | 52,06 ± 1,87 |
| Размер левого предсердия, мм | 41,5 ± 0,95 | 40,7 ± 1,95 |
| САД, мм. рт. ст. | 128,6 ± 3,85 | 127,4 ± 3,92 |
| ДАД, мм. рт. ст. | 79,3 ± 3,14 | 76,5 ± 2,94 |
| ЧСС, уд/мин | 65,4 ± 2,98 | 66,12 ± 3,02 |

Примечание. ИЛСМ — индекс локальной сократимости миокарда, САД — систолическое артериальное давление, ДАД — диастолическое артериальное давление, ЧСС — частота сердечных сокращений.

У пациентов обеих групп отмечается расширение левого предсердия и левого желудочка. У больных второй группы ИЛСМ меньше, чем в первой группы, и, как следствие, более высокий показатель ФВ, но различие не достоверно.

Показатели ВРС представлены в табл. 3. При анализе параметров ВРС у пациентов первой группы по сравнению с больными второй группы определялись более низкие значения по всем показателям, кроме ИН и HF спектрального компонента. Различия в значениях SDNN, MxDM и ИЦ были достоверны ($p < 0,05$). Более высокое значение ИН у больных первой группы является неблагоприятным прогностическим признаком, свидетельствующим о ригидности ритма сердца и увеличении вероятности развития внезапной сердечной смерти [9], и указывает на значимые нарушения в ВНС, приводящие к централизации управления вегетативного

гомеостаза. Кроме того, у пациентов обеих групп отмечается снижение SDNN менее 50 мс. У больных первой группы снижение SDNN ниже 50 мс наблюдалось у 73 % пациентов, во второй группе — у 68,7 % больных.

Таблица 3

Основные показатели ВРС у больных пожилого возраста

| Показатели | I группа, n=40 | II группа, n=60 |
|----------------------------|----------------|-----------------|
| KB, % | 3,34±0,51 | 5,26±1,02 |
| SDNN, мс | 31±5,0 | 46,55±15,61* |
| ИН | 225,38±21,13 | 214,31±42,11 |
| МхDM, мс | 155,25±22,86 | 230,85±21,59* |
| ИЦ, (VLF+LF)/HF | 2,76±0,67 | 6,82±1,41* |
| HF, % | 37,13±6,45 | 30,07±5,12 |
| LF, % | 32,7±3,68 | 36,82±2,798 |
| VLF, % | 34,48±5,37 | 33,13±3,98 |
| TP, мс ² * 1000 | 0,99±0,467 | 0,92±0,494 |

Примечание. Здесь и в табл. 4: * — достоверные различия между группами, $p < 0,05$.

Проводилась также оценка качества жизни (КЖ) больных. У пациентов второй группы КЖ, по данным Миннесотского опросника и общего опросника MOS SF-36, оказалось достоверно выше, чем у больных первой группы. Это связано со снижением уровня качества жизни на фоне имеющихся нарушений психоэмоциональной сферы у обследованных лиц первой группы. Наиболее выраженные и достоверные различия были выявлены по следующим шкалам опросника SF-36: физического функционирования, интенсивности боли, жизненной активности и психического здоровья. По данным Сиетловского опросника, КЖ больных второй группы было выше, и, соответственно, количество приступов стенокардии в неделю и количество таблеток нитроглицерина было меньше, чем в первой группе, но данные различия не достоверны (табл. 4).

Таблица 4

Качество жизни больных

| Опросник/показатель | I группа, n=40 | II группа, n=60 |
|--|----------------|-----------------|
| MOS SF-36, баллы | 45,47 ± 1,58 | 56,47 ± 2,15* |
| Сиетловский опросник КЖ больных со стенокардией, баллы | 73,3 ± 3,89 | 79 ± 3,82 |
| Миннесотский опросник КЖ больных с ХСН, баллы | 46,16 ± 4,52 | 33,17 ± 2,41* |
| Количество приступов стенокардии в неделю | 4,45 ± 0,96 | 2,31 ± 0,84 |
| Количество таблеток нитроглицерина в неделю | 4,45 ± 0,96 | 2,31 ± 0,84 |

У пациентов обеих групп были выявлены нарушения сна. По данным опросника балльной оценки

сна, средний балл составил 19,5±0,96. В структуре нарушений сна преобладали частые ночные пробуждения и прерывистый сон (выявлено у 70 % больных). У 20 % диагностировалось нарушение процесса засыпания и у 10 % — раннее пробуждение. Различий между группами выявлено не было. Согласно анкете для скрининга синдрома апноэ во сне у пациентов обеих групп средний балл составил 5,08±0,78, что свидетельствует о наличии у данной возрастной группы больных синдрома ночного obstructive апноэ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у больных пожилого возраста с ХСН в раннем постинфарктном периоде на фоне имеющихся психоэмоциональных расстройств достоверно ниже КЖ, имеются выраженные нарушения ВНС (повышение индекса централизации, снижение среднеквадратического отклонения менее 50 мс). Исходно не выявлено достоверных различий в морфофункциональных параметрах сердца (в обеих группах отмечается расширение левого предсердия и левого желудочка) и состоянии гемодинамики. Пациенты пожилого возраста имеют нарушения сна и синдром ночного obstructive апноэ. Это необходимо учитывать при назначении препаратов базисной терапии, антидепрессантов и анксиолитиков для коррекции психоэмоциональных расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арборишвили Г. Н., Орлова Я. А., Мареев В. Ю. и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2005. — Т. 4, № 4 (прил.). — С. 361.
2. Белялов Ф. И. // Кардиология. — 2002. — № 8. — С. 63—65.
3. Краснов В. Н. // Практикующий врач. — 2002. — С. 2.
4. Погосова Г. В. // Кардиология. — 2002. — Т. 42, № 4. — С. 86—90.
5. Рибера-Касадо Дж. М. // Клиническая геронтология. — 2000. — № 6 (11—12). — С. 28—36.
6. Смулевич А. Б. // Рос. Мед. Журнал. — 1996. — Т. 4, № 1. — С. 4—10.
7. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. — М., 2001. — 256 с.
8. Стаценко М. Е., Рыбак В. А., Говоруха О. А. // Кардиология. — 2005. — № 12. — С. 48—50.
9. Сыркин А. Л., Добровольский А. В. // Ишемическая болезнь сердца. — 2003. — Т. 2, № 8. — С. 1—4.
10. Шабалин А. В., Воевода М. И. Герiatricкие аспекты кардиологии. — Новосибирск: Наука, 2003. — 156 с.