

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КОМПЛАЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Доян Ю.И.¹

¹ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет МЗ РФ», Тюмень, e-mail: yul-gol25@yandex.ru

В современной медицинской науке большое внимание уделяется поиску факторов, оказывающих влияние на течение заболевания и проводимый комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий. Особый интерес представляет выявление предикторов неблагоприятного течения хронической формы нарушения мозгового кровообращения, занимающей лидирующее место среди причин смертности и инвалидизации в Российской Федерации. Для оценки эффективности лечебного процесса в повседневной клинической практике и при проведении научных исследований необходимо учитывать уровень приверженности пациента к проводимой терапии. Повышение приверженности к лечению является одной из основных задач современной медицины. Немаловажное значение имеет и понятие качества жизни, связанного со здоровьем. Выявление недостаточной приверженности к проводимой терапии и низкого качества жизни, своевременная коррекция указанных параметров позволят существенно повлиять на терапевтическое сотрудничество врача и пациента. Авторами проведено исследование 186 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией на фоне хронической ишемической болезни сердца. Наряду с оценкой неврологического статуса оценивались уровень качества жизни и приверженность пациентов к лечению. Установлено, что пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией на фоне хронической ишемической болезни сердца имеют низкую комплаентность к проводимому лечению и характеризуются умеренным снижением показателей качества жизни.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, хроническая ишемическая болезнь сердца, комплаентность, транслуминальная баллонная коронарная ангиопластика, качество жизни.

CHARACTERISTICS OF QUALITY OF LIFE AND COMPLIANCE PARAMETERS IN PATIENTS WITH DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY ON THE BACKGROUND OF CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE

Doyan Yu.I.¹

¹Tyumen State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Tyumen, e-mail: yul-gol25@yandex.ru

In modern medical science, much attention is paid to the search for factors that influence the course of the disease and the ongoing complex of treatment and rehabilitation measures. Of particular interest is the identification of predictors of an unfavorable course of a chronic form of cerebrovascular accident, which occupies a leading position among the causes of death and disability in the Russian Federation. To assess the effectiveness of the treatment process in everyday clinical practice and in scientific research, it is necessary to take into account the level of patient adherence to the therapy. Increasing adherence to treatment is one of the main tasks of modern medicine. Equally important is the concept of quality of life associated with health. Identification of insufficient adherence to ongoing therapy and low quality of life, timely correction of these parameters will significantly affect the therapeutic cooperation between the doctor and the patient. The authors conducted a study of 186 patients with discirculatory encephalopathy on the background of chronic coronary heart disease. Along with the assessment of the neurological status, the level of quality of life and adherence of patients to treatment were assessed. It has been established that patients with discirculatory encephalopathy against the background of chronic coronary heart disease have low compliance with the treatment and are characterized by a moderate decrease in quality of life indicators.

Keywords: discirculatory encephalopathy, chronic ischemic heart disease, compliance, transluminal balloon coronary angioplasty, quality of life.

Бремя сосудистой патологии как основной причины смертности и инвалидизации в Российской Федерации, несмотря на активные меры профилактики, остается высоким.

Профилактика острых и хронических нарушений мозгового кровообращения направлена на коррекцию модифицируемых факторов риска, таких как артериальная гипертония, сахарный диабет, дислипидемия, малоподвижный образ жизни и пр. [1]. Однако существует ряд дополнительных факторов, которые оказывают влияние на проводимые профилактические меры, в том числе способствуют негативному влиянию и минимизации эффективности как первичной, так и вторичной профилактики. К таким факторам относятся уровень качества жизни и комплаентность пациента к проводимой терапии [2-4]. Под качеством жизни принято понимать уровень благополучия, который определяется соответствием фактического и желаемого состояния личности, на которое влияют как объективные факторы (прежде всего степень функциональных нарушений), так и факторы субъективные – эмоциональные, социальные, психологические и пр. [5]. Качество жизни можно измерять как с точки зрения общего комплексного показателя, так и на основе оценки частных показателей, характеризующих отдельные функциональные параметры больного [6]. В научных исследованиях методы оценки качества: дискриминационные (когда группу больных разделяют по степени функциональных нарушений) и наблюдательные (для динамического отслеживания жизни больного) – используются для решения различных задач [7]. Низкий уровень качества жизни негативно влияет на отдельные меры профилактики, в частности на модификацию образа жизни и питания, возможности медикаментозной терапии [8]. Значительная роль в эффективности проводимых профилактических мер в настоящее время отводится приверженности (комплаентности) пациента к назначенному курсу терапии. «Комплаенс» характеризуется правильностью выполнения пациентом различных врачебных рекомендаций: медикаментозного и немедикаментозного лечения, рекомендаций по изменению образа жизни и др. [9-11]. Оценка параметров комплаентности у пациентов с хроническими нарушениями мозгового кровообращения (дисциркуляторной энцефалопатией) имеет большое значение [12]. Это связано с тем фактом, что ядром клинической картины дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) являются когнитивные нарушения, которые минимизируют шансы на высокую приверженность к лечению из-за нарушения памяти, непонимания ситуации и снижения критики.

Цель исследования: изучить параметры и динамику уровня качества жизни и комплаентности к проводимой терапии у пациентов ДЭП на фоне хронической ишемической болезни сердца (ХИБС), подвергшихся транслюминальной баллонной коронарной ангиопластике (ТБКА).

Материалы и методы исследования. Проведено открытое проспективное контролируемое исследование 186 пациентов с установленным диагнозом дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП). Кроме оценки параметров неврологического статуса, проводилось

анкетирование пациентов с помощью опросника EQ-5D и шкалы Мориски–Грин. Статистический анализ результатов осуществляли с использованием пакета статистических программ IBM SPSS Statistics 21, Statistica 10.

Результаты исследования и их обсуждение. Из общего количества обследованных больных (186 человек) было 149 мужчин (80%) и 37 женщин (20%). Средний возраст в исследуемой группе составил 63,3±2 года. 160 пациентам было проведено оперативное вмешательство – транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика (ТКБА). Оценка уровня качества жизни была проведена пациентам после ТКБА в 4 этапа (на вторые сутки; через 3, 6 и 12 месяцев после оперативного вмешательства). Оценка параметров комплаентности проведена через 6 и 12 месяцев после ТКБА.

Исходя из поставленных в работе задач была проведена оценка уровня качества жизни среди больных исследуемой группы. С целью интерпретации полученных результатов использовался расчет индекса здоровья. Для удобства оценки полученных показателей и градусника опросника EQ-5D мы разбили полученные данные на следующие подгруппы. Шкала: 1,0 – полное здоровье; 0,9–0,8 – легкие нарушения; 0,8–0,5 – средние нарушения; менее 0,5 – тяжелые нарушения. Градусник: 100–90 – субклинические нарушения; 90–75 – легкие нарушения; 75–50 – умеренные нарушения; менее 50 – тяжелые нарушения. Полученные результаты по данным шкалы опросника EQ-5D представлены в таблице 1.

Таблица 1

Параметры оценки качества жизни по данным шкалы опросника EQ-5D

		Пол				p
		Мужчины (n=149)		Женщины (n=37)		
		n	% *	n	% **	
EQ-5D шкала	Легкие нарушения	13	8,6	2	6,3	0,611
	Средние нарушения	133	89,1	35	93,8	
	Тяжелые нарушения	3	2,3	0	0,0	

* – процент встречаемости в группе мужчин

** – процент встречаемости в группе женщин

– p – достоверность статистических различий

Согласно полученным данным, у большинства пациентов исследуемой группы было диагностировано снижение качества жизни средней степени тяжести, причем данные у мужчин и женщин не имели статистически значимых различий и составили 89,1% и 93%

соответственно. В группе женщин отсутствовали тяжелые нарушения качества жизни, в группе мужчин такие нарушения были представлены в 3 случаях, что составило 2,3%.

Вторая часть опросника EQ-5D представлена в виде градусника. Данные оценки представлены в таблице 2.

Таблица 2

Параметры оценки качества жизни по данным градусника опросника EQ-5D.

		Пол				p
		Мужчины (n=149)		Женщины (n=37)		
		n	% *	n	% **	
EQ-5D градусн ик	Субклинические нарушения	0	0,0	0	0,0	0,065
	Легкие нарушения	4	3,1	0	0,0	
	Умеренные нарушения	112	75,0	35	93,8	0,020
	Тяжелые нарушения	33	21,9	2	6,3	0,043

* – процент встречаемости в группе мужчин

** – процент встречаемости в группе женщин

– p – достоверность статистических различий

При анализе данных, полученных при оценке градусника опросника EQ-5D, выявлены нарушения умеренной степени тяжести, которые коррелируют с данными, полученными при оценке шкалы EQ-5D. Так, в группе мужчин умеренные нарушения качества жизни составили 75%, тогда как в группе женщин – 93,8%. Градусник опросника EQ-5D оказался более чувствительным для выявления снижения качества жизни тяжелой степени. Полученные результаты позволили выявить нарушения качества жизни тяжелой степени у 33 мужчин (21,9%) и у 2 женщин (6,3%).

Для оценки приверженности пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией на фоне хронической ишемической болезни сердца к назначенной терапии нами была применена шкала Мориски–Грин. Показатели приверженности к лечению были проанализированы отдельно у мужчин и женщин, данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

Оценка параметров приверженности пациентов к терапии в зависимости от пола

		Пол				p
		Мужчины		Женщины		
		n	% *	n	% **	

Шкала Мориски–Грин	Отсутствие приверженности – менее 2 баллов	72	48,4	17	46,9	0,209
	Недостаточно приверженные – 3 балла	54	35,9	9	25,0	0,355
	Норма – 4 балла	23	15,6	11	28,1	0,124

* – процент встречаемости в группе мужчин

** – процент встречаемости в группе женщин

– p – достоверность статистических различий

В целом, при анализе полученных результатов были выявлены крайне низкие показатели приверженности пациентов к лечению. Так, у 48,4% мужчин и 46,9% женщин отсутствовала приверженность к терапии. Нормальные показатели комплаентности к лечению выявлены только у 15,6% мужчин и у 28,1% женщин. В целом, в группе женщин показатели комплаентности были все же выше, чем в группе мужчин.

С целью оценки влияния ТБКА на состояние больных ДЭП на фоне ХИБС мы провели исследование показателей качества жизни в послеоперационном периоде, данные представлены в таблице 4.

Таблица 4

Оценка динамики показателей качества жизни у пациентов исследуемой группы

	Исходные данные		На 2-е сутки после ТБКА		Через 3 месяца после ТБКА		Через 6 месяцев после ТБКА		Через 12 месяцев после ТБКА	
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD
EQ-5D шкала	0,61	0,01	0,57	0,01	0,60	0,01	0,61	0,01	0,71	0,01
	p 1-5 <0,05									
EQ-5D градусник	54,00	0,66	50,91	0,52	56,81	0,75	57,53	0,79	59,13	0,81
	p1-2 <0,05, p1-5 <0,05									

p1-2 – достоверность статистических различий между 1-м и 2-м этапом исследования

p1-5 – достоверность статистических различий между 1-м и 5-м этапом исследования

Статистически достоверные отличия получены между 1-м (до оперативного вмешательства) и 2-м (на вторые сутки после ТБКА) этапами исследования. Полученные результаты свидетельствуют о снижении качества жизни в ранний послеоперационный период, что подтверждается данными балльной оценки и градусника шкалы EQ-5D. В дальнейшем прослеживается четкая тенденция к улучшению показателей качества жизни к 5-му этапу исследования. Однако, несмотря на имеющуюся положительную динамику, показатели остаются в пределах умеренного снижения качества жизни.

Также нами проведена оценка динамики параметров комплаентности у больных, подвергшихся оперативному вмешательству (ТБКА). Данные представлены в таблице 5.

Таблица 5

Оценка динамики показателей приверженности к терапии у пациентов исследуемой группы

	Исходные данные		4-й этап (6 месяцев после операции)		5-й этап (12 месяцев после операции)		p
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD	
Шкала Мориски–Грин	2,28	0,08	2,64	0,07	2,68	0,07	<0,05

p – достоверность статистических различий между 1-м и 5-м этапами исследования

За время проведенного исследования к 12-му месяцу наблюдения показатель комплаентности пациентов к проводимой терапии увеличился, что может свидетельствовать о повышении приверженности пациентов к лечению. Однако к концу периода наблюдения (12 месяцев после операции) средний показатель составил лишь 2,68, что свидетельствует о том, что большинство пациентов продолжали оставаться недостаточно приверженными, несмотря на регулярное динамическое наблюдение в рамках клинического исследования.

Заключение. Во многих исследованиях доказано влияние приверженности к терапии и уровня качества жизни на эффективность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий [2, 12, 13]. Полученные нами данные свидетельствуют о существенном снижении уровня качества жизни и низкой приверженности пациентов к проводимой терапии у пациентов с ДЭП на фоне ХИБС. Кроме того, нами отмечено ухудшение показателей качества жизни в ранний послеоперационный период, однако в дальнейшем прослеживается четкая тенденция к их улучшению. Между тем, несмотря на очевидную положительную динамику, данные показатели остаются в пределах умеренного снижения качества жизни. Аналогичные корреляции прослеживаются и с показателями комплаентности к терапии, которые тоже остаются в пределах низкой приверженности к концу клинических наблюдений. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что для значительного улучшения качества

жизни и повышения приверженности к лечению одного оперативного вмешательства недостаточно, необходим комплекс лечебно-профилактических мероприятий, включающий работу с социальными, этико-деонтологическими, медицинскими параметрами.

Список литературы

1. Кичерова О.А., Рейхерт Л.И., Граф Л.В., Доян Ю.И. Современные проблемы дисциркуляторной энцефалопатии // Медицинская наука и образование Урала. 2019. Т. 20. № 3 (99). С. 173-176.
2. Самарцев И.Н., Живолупов С.А. Приверженность лечению как основной фактор повышения эффективности консервативной терапии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Т. 121. № 12. С. 51-56.
3. Сизова Л.В. Оценка качества жизни в современной медицине // Научно-практическая ревматология. 2003. № 2. С. 38–46.
4. Доян Ю.И., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И., Граф Л.В. Комплаентность терапии как основная дефиниция успеха лечения: определение понятия и способы // Академический журнал Западной Сибири. 2021. Т. 17. № 4 (93). С. 5-7.
5. Акулова А.И., Гайдукова И.З., Ребров А.П. Валидизация версии 5L опросника EQ-5D в России // Научно-практическая ревматология. 2018. № 56 (3). С. 351-355.
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие под редакцией Ю.Л. Шевченко. М. ГЭОТАРМЕД, 2004. 304 с.
7. Devlin N.J., Brooks R. EQ-5D and the EuroQol Group: Past, Present and Future. Appl. Health Econ. Health Policy. 2017. № 15 (2). P. 127–137.
8. Сосницкая Д.М., Байдина Т.В. Качество жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией старческого возраста с нарушениями статического равновесия и социально-психологические предпосылки формирования эмоционально-аффективных // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 2. [Электронный ресурс]. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=8661> (дата обращения: 28.06.2022).
9. Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. Т. 10. № 1. С. 4-8.
10. Лукина Ю.В., Марцевич С. Ю., Кутишенко Н.П. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2016. № 12 (1). С. 63-65.

11. Лукина Ю.В., Гинзбург М.Л., Смирнов В.П., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. Приверженность лечению, предшествующему госпитализации, у пациентов с острым коронарным синдромом // Клиницист. 2012. № 2. С. 45-53.
12. Салимова Ш.К., Орынова А.Ж. Ведущие моменты в тесте Мориски-Грин, влияющие на приверженность к терапии больных артериальной гипертензией // EurasiaScience: сборник статей XI международной научно-практической конференции. М.: «Научно-издательский центр «Актуальность.РФ», 2017. С. 35-37.
13. Пономарев Д.С. К вопросу оценки качества жизни у больных с гипертонической болезнью // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2016. № 1-3. С. 168-173.