

ГАСТРОДУОДЕНОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ. ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.

Сапожников А.Н., Мазурова О.В., Разин В.А., Серякова А.М., Низамова Л.Т.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ульяновский государственный университет.

Адрес: 432017, Российская Федерация, город Ульяновск, улица Льва Толстого, дом 42.

Тел: 8(8422)41-20-88, E-mail: pk@ulsu.ru

Резюме. Проведена оценка качества жизни по опросникам SF-36, тревожности по шкале Спилберга-Ханина, тревоги по тесту Тейлора-Норакидзе, депрессии по шкале НИИ психиатрии им. Бехтерева у 60 больных с острым коронарным синдромом и гастродуоденопатиями. В качестве группы сравнения исследовано 57 сопоставимых по полу и возрасту больных без гастродуоденопатий. Контрольная группа 30 здоровых лиц. Результаты. Клинически выраженная хроническая сердечная недостаточность, перенесенный и острый инфаркт миокарда, курение, сахарный диабет, мультифокальный стеноз коронарных артерий, язвенная болезнь в анамнезе, прием ацетилсалициловой кислоты, коагулопатии ассоциированы с появлением гастродуоденопатий. В группе с гастродуоденопатиями определено снижение качества жизни по параметрам: RP, BP, SF. Возрастала ситуационная тревожность и тревога, снижались «самочувствие» и «настроение», чаще имелись депрессивные расстройства. Выявлено ухудшение всех показателей у больных острым коронарным синдромом в сравнении с контрольной группой. Заключение. Острая коронарная патология в сочетании с эрозивно-язвенными гастродуоденопатиями, а также наличие хронических заболеваний, в том числе хронической сердечной недостаточности оказывают существенное негативное влияние на качество жизни и психоэмоциональный статус больных.

Ключевые слова: *острый коронарный синдром, качество жизни, психоэмоциональный статус, гастродуоденопатии, коморбидность.*

GASTRODUODENOPATHIES IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME. THE COMORBID PATHOLOGY AND QUALITY OF LIFE.

Sapozhnikov A.N., Mazurova O.V., Razin V.A., Serjakova A.M., Nizamova L.T.
Federal State Educational Institution of Higher Professional Education Ulyanovsk State University.

Abstract. The aim is to study the quality of life with acute coronary insufficiency and gastroduodenopathies. Material and methods. The quality of life was investigated with the questionnaire SF-36, anxiety scale Spielberg Hanina, anxiety test Taylor-Norakidze, depression on the scale the research Bekhterev Institute of psychiatry (Zung) in 60 patients with acute coronary syndrome and gastroduodenopathies. 57 comparable by age and sex of patients without gastroduodenopathies were studied as a comparison group. A control group was of 30 healthy persons.

Results. Clinically severe chronic heart failure, transferred and acute myocardial infarction, Smoking, diabetes, multifocal stenosis of the coronary arteries, peptic ulcer disease in history, acetylsalicylic acid, coagulopathies were associated with gastroduodenopathies. In the group with gastroduodenopathies determined the decrease of life quality by parameters: RP, BP, SF. The situational anxiety and anxiety were increased, "health" and "mood" were decreased, depressive disorders were more often. Identified the deterioration The investigated indicators in patients with acute coronary syndrome were worse in comparison with the control group.

Conclusion. Acute coronary pathology in combination with erosive and ulcerative gastroduodenopathies, and the presence of chronic diseases, including chronic heart failure have a significant negative influence on patients quality of life and psychoemotional status.

Key words: Acute coronary syndrome, quality of life, emotional status, gastroduodenopathies, comorbidity.

Введение.

Современная практическая медицина основана на концепции ассоциированности множества факторов риска как возможных причинах развития, прогрессирования и сосуществования мультифакторных заболеваний — полиморбидности [3,10,11]. Полиморбидность имеет большое социальное значение. Затраты на здравоохранение увеличиваются в геометрической прогрессии при увеличении количеств заболеваний [9, 10]. Острые поражения слизистой верхних отделов желудочно-кишечного тракта

являются актуальной задачей современной медицины [2,6]. С этой проблемой сталкиваются неотложная кардиология и кардиохирургия [2, 3, 4]. Помимо уменьшения продолжительности жизни, важнейшей проблемой становится также существенное снижение её качества у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС). Под качеством жизни понимаются не только физическое, но и эмоциональное, и социальное здоровье, также функциональные аспекты жизни. Мнения врача и пациентов могут существенно различаться, и то, что врач может рассматривать как "успешная процедура" не всегда так воспринимается пациентом или его семьей [1,5,7,8]. Наличие сопутствующих заболеваний отрицательно влияет на качество жизни у пациентов с ИБС. Существует четырехкратное увеличение функциональных ограничений у пациентов с хроническими заболеваниями, и важно, чтобы медицинские работники осознавали негативное влияние хронических заболеваний на качество жизни. Проблема заключается в том, чтобы сбалансировать проявления хронических симптомов от сопутствующих заболеваний и получить максимальную выгоду от терапии. ИБС является постоянно прогрессирующим заболеванием, и медицинские процедуры, не излечивая полностью, направлены на облегчение симптомов болезни [5].

Цель.

Изучить особенности качества жизни при сочетании острой коронарной недостаточности и гастродуоденопатий.

Материалы и методы.

Нами изучено 117 больных, поступивших в отделение острого коронарного синдрома (ОКС) областной клинической больницы г. Ульяновска в 2012-2013 гг. По данным эзофагодуоденоскопии из них составлены 2 группы: в первой группе из 60 пациентов определялись эрозивно-язвенные поражения желудка и/или 12-перстной кишки, во второй группе (группа сравнения) гастродуоденопатий (ГДП) не выявлено. Группы - сопоставимые по полу и возрасту – в первой 44 мужчин и 16 женщин; в возрасте 41-69 лет (в среднем 56 ± 9 , в т.ч. 14 больных в возрасте старше 60). Во второй - 57 пациентов (42 мужчин и 15 женщин). Средний возраст 57 ± 8 лет (в т.ч. 13 больных в возрасте старше 60).

Пациентам проводился весь комплекс стандартных исследований. На основании клинических, инструментальных (электрокардиография, ультразвуковое и ангиографическое исследования сердца) и лабораторных (выявления концентраций тропонина, кретинофосфокиназы-МВ) исследований исходом ОКС определялся инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия. Исследования слизистой желудка на предмет появления острых эрозивно-язвенных поражений слизистой производилось

эндоскопическим методом на цифровом цветном видеопроцессоре «Pentax EPK-1000, Япония» на 7±1 день пребывания больного в стационаре.

Ранее нами построена регрессионная математическая модель «факторов риска, определяющих развитие эрозивно-язвенных гастропатий, у больных с острым коронарным синдромом». Лабораторные исследования показателей коагулограммы проводились в 1-3 дни на программно-аппаратном комплексе «Olympus AU400», Япония. Коагулопатии выставлялись на основании появления в анализе крови хотя бы одной из положительных паракоагуляционных проб (этаноловая проба и появление фибриногена Б). Оценивались такие возможные факторы риска как курение более 10 сигарет/сутки и длительный прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75 и более мг/сутки. По данным коронароангиографии, в зависимости от тяжести атеросклероза, определялся мультифокальный стеноз или стеноз 0-2 коронарных артерий (ангиограф Simens Axion Artis). Изучалось влияние и сопутствующей патологии, в частности сахарного диабета, язвенной болезни. Характеристика обследованных больных представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Наличие факторов риска эрозивно-язвенных гастродуоденитов у больных с острым коронарным синдромом.

Фактор риска гастродуоденитов	Острый коронарный синдром + гастродуоденит (n=60)	Острый коронарный синдром (n=57)
Острый инфаркт миокарда, n, %	29; 48%	17; 30%
Мультифокальный стеноз клапана аорты, n, %	22; 37%	7; 12%
Язвенная болезнь в анамнезе, n, %	21; 35%	4; 7%
Курение, n, %	39; 65%	21; 37%
Сахарный диабет, n, %	11; 18%	3; 5%
Прием ацетилсалициловой кислоты, n, %	33; 55%	19; 33%
Коагулопатии, n, %	24; 40%	5; 9%

Обобщая полученные данные, можно вычислить, что с учетом лиц старшего возраста на одного больного в первой группе приходится 3,2 возможных риска. На больных группы сравнения 1,5 факторов риска (низкая вероятность гастродуоденитов) по нашим предположениям, что подтверждено эндоскопическим исследованием.

Ранее ИБС в анамнезе в первой группе у 42 (70%) больных, из них с постинфарктным кардиосклерозом 17 (28%). Стадия предшествующей хронической сердечной недостаточности по Василенко-Стражеско: стадия 0 - 7 пациентов (12%), I стадия - 16 пациентов (27%), II

стадия - 34 пациента (43%), IIб стадия - 11 пациентов (18%). Во второй группе соответственно 37 (65%); с постинфарктным кардиосклерозом 10 (16%). Предшествующая хроническая сердечная недостаточность (ХСН): стадия 0 - 11 пациентов (19%), I стадия - 27 пациентов (46%), IIа стадия - 17 пациентов (31%), IIб стадия - 2 пациентов (4%). Таким образом, в первой группе значительно чаще определялись все исследуемые факторы риска, а также ранее ИБС и постинфарктный кардиосклероз. В первой группе пациенты с клинически значимыми II (а-б) стадиями ХСН составили 61%. В группе ОКС почти в 2 раза реже - 35%, особенно существенной была разница в тяжелой IIб стадии.

Определены параметры качества жизни и психоэмоционального статуса больных. Анкетирование проводилось на 3 ± 1 день пребывания в стационаре. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц соответствующего пола и возраста. Качество жизни определялось по адаптированному опроснику SF-36. При анализе опросника определялось качество жизни по физическому: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH) и психологическому компонентам здоровья: жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), психическое здоровье (MH). Психоэмоциональный статус оценивался при помощи валидных, широко используемых в Российской Федерации опросников САН (самочувствие, активность, настроение), шкал тревожности Спилберга-Ханина, Тейлора-Норакидзе, шкалы депрессии (Зунг, 1965), адаптированной в НИИ психиатрии им. Бехтерева.

В исследование не включались пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения; гемодинамически значимым поражением клапанов сердца; симптоматическими гипертониями; острым и хроническим легочным сердцем; кардиомиопатиями; воспалительными заболеваниями оболочек сердца; расслоением аорты; злокачественными новообразованиями; получающие программный гемодиализ.

Статистическая обработка материала проведена с помощью русифицированного пакета «Статистика 6.0». Для непрерывных величин рассчитывали средние величины (M), стандартные отклонения (SD). Статистически значимыми считали различия, если вероятность абсолютно случайного их характера не превышала 5% ($p < 0,05$).

Результаты.

В группе здоровых лиц нами получены показатели качества жизни по опроснику SF-36: по параметрам физического здоровья среднее значение составило 73,9 балла (максимальное физическое функционирование-82,7, минимальное - интенсивность боли -

66,1±10,2). Среднее значение психического здоровья составило 72,3 балла (максимальное - социальное функционирование - 76, минимальное - общее состояние здоровья - 68,4).

У больных обеих групп по сравнению с контрольной группой по всем 8 показателям качество жизни достоверно ухудшалось (рисунок).

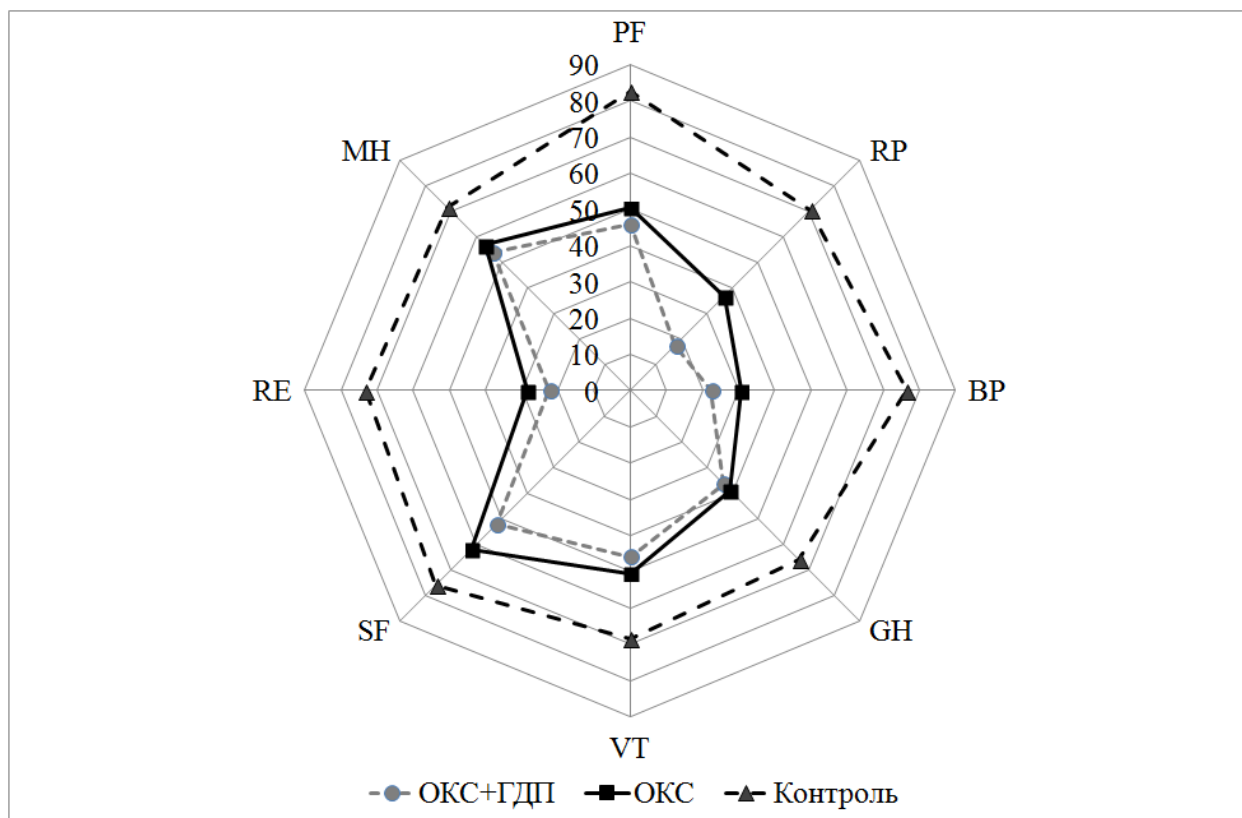


Рисунок. Качество жизни больных с острым коронарным синдромом в зависимости от появления эрозивно-язвенных гастродуоденопатий по опроснику SF-36.

В группе с коморбидной патологией средний показатель физического здоровья составил в среднем 32,5 балла: PF = 46,3±8,4 балла; RP = 17,9±6,8 балла (достоверно меньше группы сравнения); BP = 30,8±6,7 балла (достоверно меньше группы); сравнения GH = 36,4±5,6. В группе сравнения среднее значение физического здоровья составило 41,4 балла: PF = 53,6±8,2 балла; RP = 36,8±9,4 балла; BP = 40,2±7,5 балла; GH = 39,0±7,8 балла.

Значения «психического здоровья» в группе ОКС+ГДП равнялись в среднем 43,5: VT = 45,8±8,7 балла; SF = 52,3±5,8 балла (снижалось КЖ в шкале «социальное функционирование» в сравнении с ОКС); RE = 22,4±12,6 балла; MH = 53,9±7,2 балла. В группе сравнения «психического здоровье» в среднем 49,4 балла: VT = 50,4±8,7 балла; SF = 62,1±4,6 балла; RE = 28,6±12,9 балла; MH = 56,8±6,7 балла.

Уровень ситуативной тревожности (СТ) по шкале Спилберга-Ханина среди здоровых респондентов составил 39,3±4,8 баллов, преобладали лица с умеренным

(оптимальным) показателем СТ. Личностная тревожность (ЛТ) по шкале Спилберга-Ханина составила $41,2 \pm 4,3$ баллов. Большинство также с умеренным значением ЛТ. Больные с острой коронарной недостаточностью характеризовались достоверно более высокими значениями и ситуативной, и личностной тревожности (табл. 2). В обеих группах основную часть составили пациенты с высоким значением как ситуационной, так и личностной тревожности. Однако, в первой группе значения и СТ и ЛТ в баллах было больше (достоверно для ситуативной тревожности).

Таблица 2.

Тревожность больных с острым коронарным синдромом в зависимости от появления эрозивно-язвенных гастродуоденитов, (M \pm SD)

Показатель,	Острый коронарный синдром + гастродуоденит (n=60)	Острый коронарный синдром (n=57)	Контроль (n=30)
Ситуативная тревожность, баллы	$50,8 \pm 4,8^{* \#}$	$43,4 \pm 4,1^{*}$	$39,3 \pm 4,8$
Ситуативная тревожность, низкая, n	-	-	2
Ситуативная тревожность, умеренная, n	18	25	21
Ситуативная тревожность, высокая, n	42	32	7
Личностная тревожность, баллы	$52,4 \pm 5,0^{*}$	$50,7 \pm 4,2^{*}$	$41,2 \pm 4,3$
Личностная тревожность, низкая, n	-	-	-
Личностная тревожность, умеренная, n	13	14	22
Личностная тревожность, высокая, n	47	43	8

* - различие статистически значимо ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой, # - $p < 0,05$, различие статистически значимо в сравнении с ОКС

По шкале Тейлора-Норакидзе показатель тревоги здоровых лиц равнялся $13,9 \pm 6,2$ (средний с тенденцией к низкому уровню). У 2 обследованных - высокий уровень тревоги (26 и 28 баллов). Показатель шкалы лжи составил $36,7 \pm 6,8$ баллов (нормальное значение). У больных первой группы показатели тревоги достоверно выше, чем в контроле и в группе сравнения: $26,7 \pm 4,3$ балла. Таким образом, в целом уровень тревоги является высоким, причем у 7 пациентов, суммарная оценка превысила 40 баллов, что говорит об «очень высокой тревоге». Показатель шкалы лжи составил $58,8 \pm 5,6$ баллов (достоверно выше, чем в контрольной группе). В группе ОКС показатель составил $22,8 \pm 4,3$ баллов, что говорит о преобладании среднего (с тенденцией к высокому) уровню.

При этом очень высокий уровень тревоги выявлен у 2 больных. Показатель шкалы лжи составил 54 ± 9 баллов (достоверно выше, чем в контрольной группе).

При анализе опросников САН в контрольной группе полученные показатели находились в диапазоне 5,2-5,4 балла. Больные ОКС характеризовались их достоверным снижением (табл. 3). «Худшие» значения определены в группе с гастродуоденопатиями, где «самочувствие» и «настроение» оказались меньше, чем в группе сравнения.

Таблица 3.

Показатели шкалы САН больных с острым коронарным синдромом в зависимости от появления эрозивно-язвенных гастродуоденопатий, ($M \pm SD$).

Показатель, баллы	Острый коронарный синдром + гастродуоденопатии (n=60)	Острый коронарный синдром (n=57)	Контроль (n=30)
«самочувствие»	$3,0 \pm 0,3^{* \#}$	$3,6 \pm 0,4^{*}$	$5,3 \pm 0,3$
«активность»	$3,6 \pm 0,4^{*}$	$3,7 \pm 0,5^{*}$	$5,4 \pm 0,2$
«настроение»	$3,3 \pm 0,4^{* \#}$	$3,9 \pm 0,4^{*}$	$5,2 \pm 0,4$

* - различие статистически значимо ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой, # -

$p < 0,05$, различие статистически значимо в сравнении с ОКС.

Уровень депрессии контрольной группы по шкале НИИ им. Бехтерева составил $32,5 \pm 2,6$ балла: нормальное значение, ни у одного из респондентов депрессии не отмечено. В группе ОКС+ГДП среднее значение равнялось $41,2 \pm 3,7$ балла, и у 6 определена «легкая депрессия невротического характера», у одной пациентки «маскированная депрессия». В группе ОКС уровень депрессии составил $38,6 \pm 3,2$ балла, у 3 больных определена «легкая депрессия невротического характера».

Полученные в данном обследовании результаты свидетельствуют о низком физическом и психическом качестве жизни, возрастанием тревожности, появлением депрессивных расстройств у больных с острым коронарным синдромом. Одной из важных проблем кардиологии являются проблема реакции личности на болезнь. Иногда от этого зависит общий успех лечения. Сопутствующие отрицательные эмоции – тревожные и депрессивные расстройства - усугубляют течение болезни и снижают качество жизни. Коморбидная патология: сахарный диабет II типа, язвенная болезнь, а также инфаркт миокарда и хроническая сердечная недостаточность в анамнезе ассоциирована с появлением эрозивно-язвенных гастродуоденопатий, оказывает негативное влияние на качество жизни и психоэмоциональный статус больных с острой коронарной недостаточностью.

Заключение.

В группе больных ОКС с острыми эрозиями желудка и/или кишечника определялось в среднем более 3 факторов риска гастродуоденопатий. К ним мы относим: острый инфаркт миокарда как исход ОКС, курение, сахарный диабет, мультифокальный стеноз коронарных артерий, язвенная болезнь в анамнезе, прием ацетилсалициловой кислоты, коагулопатии. Кроме того, чаще пациенты данной группы характеризовались тяжелой хронической сердечной недостаточностью и ранее уже перенесли инфаркт миокарда. При исследовании качества жизни и психоэмоционального статуса выявлено ухудшение всех показателей у больных острым коронарным синдромом в сравнении с контрольной группой. В группе больных с гастродуоденопатиями определено снижение качества жизни по параметрам: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, социальное функционирование; ухудшались показатели и в других тестах. Взаимное воздействие на появление и прогрессирование симптомов заболеваний сердечно-сосудистой и пищеварительной систем не только создает определенные диагностические трудности, но диктует необходимость поиска оптимизации методов диагностики и лечения больных. Полученные нами результаты могут являться основой для улучшения оказания психологической помощи больным острым коронарным синдромом.

Список литературы.

1. Белялов, Ф.И., Мальцева Л.Е., Ягудина. Р.Н. Связь тревоги и депрессии с качеством жизни у пациентов с нестабильной стенокардией // *Consilium medicum.*- 2010. - № 4. - С. 20-22.
2. Бокерия Л.А., Ярустовский М.Б., Шипова Е.А. Острые гастродуоденальные кровотечения в сердечно-сосудистой хирургии. Москва: Изд-во НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН 2004; 186 с.
3. Верткин А.Л., Шамуилова М.М., Наумов А.В. Острые поражения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта в общей медицинской практике // *Русский медицинский журнал.* – 2009. – № 1. – С. 1–5.

4. Гельфанд Б.Р., Мартынов А.Н., Гурьянов В.А. Профилактика стресс–повреждений верхнего отдела желудочно–кишечного тракта у больных в критических состояниях // *Consilium medicum*. - 2003. - №2. - С. 16–20.
5. Карпов Ю. А. Отчет по результатам открытой многоцентровой научно-практической программы « Приоритет» (пектрол- качество жизни больных стабильной стенокардией на фоне терапии пролонгированной формой изосорбида-5- мононитрата // [Рациональная фармакотерапия в кардиологии](#).- 2006. - №4.- С. 25-29.
6. Мазурова О.В., Сапожников А.Н., Разин В.А., Гимаев Р.Х. и др. Поражение сосудов сердца и эрозивно-язвенные поражения желудка у больных с сахарным диабетом при остром коронарном синдроме // *Фундаментальные исследования*. - 2013. - №9. С. - 74-78.
7. Мазурова О.В., Сапожников А.Н., Сабитов И.А., Разин В.А. и др. Качество жизни и психоэмоциональный статус больных с коморбидной патологией в неотложной кардиологии // *Вестник НМХЦ им Н.М.Пирогова*. 2013. - №3 (приложение). – С. 121-123.
8. Lepage, A. The problem of quality of life in medicine/ A. Lepage, S. Hunt// *JAMA*. -1997. - № 278. – P. 47-50.
9. Smith, H.J. Taylor, R. A comparison of four quality of life instruments in cardiac patients: SF-36, QLI, QLMI, and SEIQoL // *Heart* . – 2000. -№84. - P. 390-394.
10. Valderas J. M, Starfield B., Sibbald B., Salisbury C., Roland M. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services // *Annals of Family Medicine* 2009. - № 7. - P. 357-363.
11. Wolff J.L., Starfield B., Anderson G. Prevalence, Expenditures and Complications of Multiple Chronic Conditions in the Elderly // *Archives Internal Medicine*. 2002. - Т. 162.-P. 2269-2276.
12. Granger C.B., Goldberg R.J., Dabbous O., Pieper K.S., Eagle K.A., Cannon C.P., van de Werf F., Avezum A., Goodman S.G., Flather M.D., Fox K.A. Global Registry of Acute Coronary Events Investigators: predictors of hospital mortality in the Global Registry of Acute Coronary Events // *Arch Intern Med*. – 2003. – Vol. 163. – P. 2345-2353.
13. Eagle K.A., Lim M.J., Dabbous O.H., Pieper K.S., Goldberg R.J., van de Werf F., Goodman S.G., Granger C.B., Steg P.G., Gore J.M., Budaj A., Avezum A., Flather M.D., Fox KA. A validated prediction model for all forms of acute coronary syndrome: estimating the risk of 6-month postdischarge death in an international registry // *JAMA*. – 2004. – Vol. 291. – P. 2727-2733.

14. Bertrand M.E., Simoons M.L., Fox K.A., Wallentin L.C., Hamm C.W., McFadden E., de Feyter P.J., Specchia G., Ruzyllo W. Task Force on the Management of Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology: management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation // Eur Heart J. – 2002. – Vol. 23. – P. 1809-1840.