

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

А.С. Исаева, Т.Н. Бонгарь, В.И. Волков, И.М. Смолкин

ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой АМН Украины», Харьков

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, гендерные особенности, качество жизни.

Главными задачами терапии при ишемической болезни сердца (ИБС) являются увеличение продолжительности и улучшение качества жизни (КЖ) пациента. Известно, что у больных ИБС качество жизни существенно снижается по сравнению со здоровыми лицами того же возраста. В исследованиях на европейской и северо-американской популяциях, установлено, что КЖ пациентов с ИБС зависит от возраста, социального статуса, уровня образования, сопутствующей патологии [1, 8]. Изучение гендерных особенностей КЖ пациентов с ИБС показало, что у женщин, как правило, показатели значительно ниже. Этот факт связывают прежде всего с тем, что у женщин большее количество сопутствующей патологии, они старше и имеют более низкий социально-экономический статус, чем мужчины. Хотя известно, что дефицит эстрогенов, наступающий в связи с возрастным угасанием функции яичников, существенно изменяет КЖ [2]. Вопросу влияния на КЖ пациенток возрастных изменений в репродуктивной системе уделяется мало внимания. При этом большое количество работ посвящено отдельному изучению КЖ женщин, переживающих менопаузу, и пациенток, страдающих ИБС. В этих двух типах работ используют разные опросники, специфичные для каждого конкретного состояния, что значительно затрудняет сопоставление полученных результатов. Так, к наиболее широко используемым опросникам при ИБС относятся MacNew Heart Disease Quality of Life Questionnaire, SF-36, Quality-of-Life after Myocardial Infarction (QLMI) questionnaire developed by Oldridge, Seattle Angina Questionnaire, Canadian Cardiovascular Society (CCS) angina-associated disability scale. Для исследования того, как возрастные изменения в репродуктивной системе изменяют КЖ при ИБС, необходимы опросники не узко специфичные для ИБС либо менопаузы, а позволяющие оценить, как патология сердечно-сосудистой системы влияет на КЖ пациентки. Также мало уделяется внимания вопросу, какие именно факторы определяют КЖ у представителей разного пола.

Цель работы — изучить гендерные особенности КЖ у пациентов с ИБС и установить факторы, определяющие КЖ у мужчин и женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выполнено поперечное исследование с участием 152 больных, страдающих ИБС, среди них 87 (57,2 %) женщин и 65 (42,7 %) мужчин. Это пациенты, обратившиеся в ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины» за консультативной помощью. Диагноз ИБС считали доказанным в случае перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q либо при соответствующих данных коронарографии. Критериями не включения в исследование были сердечная недостаточность III—IV функциональных классов (ФК), тяжелая артериальная гипертензия, нарушения ритма высоких градаций, сахарный диабет, нарушения гормональнопродуцирующей функции щитовидной железы, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания, ограничивающие продолжительность жизни до 1 года. Клиническая характеристика пациентов представлена в табл. 1.

Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов

Показатель	Мужчины	Женщины
Количество пациентов	65 (42,7 %)	87 (57,2 %)
Средний возраст (M ± δ), годы	52,9 ± 22,1	53,6 ± 22,8
Инфаркт миокарда в анамнезе	35 (53 %)	33 (38 %)
Стабильная стенокардия I—III ФК	30 (46 %)	21 (24 %)
Гипертоническая болезнь	51 (78 %)	69 (79 %)
Табакокурение	29 (44 %)	18 (21 %)
ИМТ более 30	19 (29 %)	39 (45 %)

На момент обследования пациенты получали следующую терапию: 97 % принимали ацетилсалициловую кислоту в дозе 75 — 150 мг/сут, 74 % — статины, 67 % — бета-блокаторы (бисопролол, метопролол, атенолол), 70 % — ингибиторы АПФ (эналаприл, лизиноприл). Для оценки влияния гормонального статуса женщины на КЖ все пациентки были разделены на две подгруппы в зависимости от уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ): в подгруппу 1 вошли обследованные с ФСГ более 32 мМЕ/л и в подгруппу 2 — пациентки, у которых уровень ФСГ был менее 32 мМЕ/л. Уровень гормонов сыворотки оценивали при трех последовательных измерениях с промежутками 7 дней. Забор крови проводили натощак с 9 до 11 утра. У пациенток с сохраненной менструальной функцией первое определение проводили через 10 дней после последней менструации. Содержание гормонов в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с использованием наборов реактивов 17-Beta Estradiol производства Dima Ges. F. Diagnostica (Германия) и «Гонадотропин ИФА-ФСГ» производства ООО «Компания Алкор Био» (Российская Федерация). После включения в исследование всех пациенток осмотрел гинеколог с целью исключения новообразований в полости малого таза, а также для уточнения гинекологической патологии и при необходимости проведения соответствующего обследования и лечения.

КЖ оценивали с помощью кардиологической версии IV опросника Ferrance&Power [13]. Всем пациентам предлагали самостоятельно заполнить опросник. Оценивали следующие показатели: общий индекс КЖ, индекс качества здоровья, социально-экономический индекс, психологический индекс. Опросник состоит из двух частей: в первой части отражена удовлетворенность признаком (например, здоровьем, отношением с близкими), во второй — важность этого признака для пациента. При подсчете индексов КЖ проводили нормирование удовлетворенности признаком на его важность. Для окончательного расчета индексов КЖ использовали компьютерную программу, разработанную авторами опросника.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительный анализ показателей КЖ свидетельствует, что общий индекс КЖ ниже у больных женского пола — 14,16 и 17,12 балла соответственно ($p = 0,0047$). При анализе данных подшкал выявлено, что это снижение общего индекса КЖ обусловлено прежде всего снижением индекса здоровья (15,12 балла у женщин и 18,49 балла у мужчин, $p = 0,049$). По другим подшкалам (социально-экономический индекс, психологический индекс, удовлетворенность семьей и близкими) достоверных различий между пациентами мужского и женского пола не выявлено, хотя психологический индекс КЖ в группе женщин был несколько ниже в сравнении с мужчинами ($p = 0,056$) (рис. 1).

В группе женщин проанализированы показатели КЖ в подгруппах с разным гормональным ста-

тусом. Выявлено, что у женщин, переживающих менопаузу, общий индекс КЖ ниже, чем у пациенток с сохраненной гормональной функцией (СГФ), 15,12 и 17,36 балла соответственно ($p = 0,048$). Снижение общего индекса КЖ обусловлено прежде всего падением индекса здоровья (12,49 и 15,95 балла соответственно) и психологического индекса (14,19 и 16,75 балла). Достоверных различий по другим подшкалам (социально-экономический индекс и удовлетворенность семьей) между двумя подгруппами пациенток не выявлено (рис. 2).

Были проанализированы показатели КЖ в подгруппах женщин с СГФ, естественной менопаузой (ЕМ) и хирургической менопаузой (ХМ). Наибольшее снижение общего индекса КЖ и индекса здоровья отмечено в подгруппе пациенток, имеющих хирургическую менопаузу (рис. 3).

Для выявления факторов, влияющих на общий индекс КЖ, был проведен ANOVA-тест отдельно в группах мужчин и женщин (табл. 2).

ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение КЖ и его изменения в ходе болезни является актуальной задачей современных медицинских исследований, так как позволяет оценить эффективность проводимой терапии и разрабо-

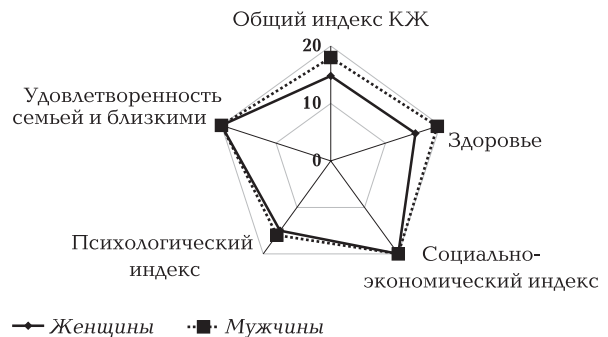


Рис. 1. Сравнительный анализ показателей КЖ у пациентов мужского и женского пола

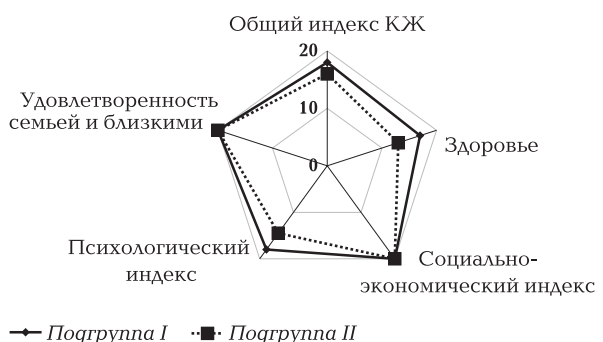


Рис. 2. Сравнительный анализ показателей КЖ в подгруппах женщин с разным гормональным статусом

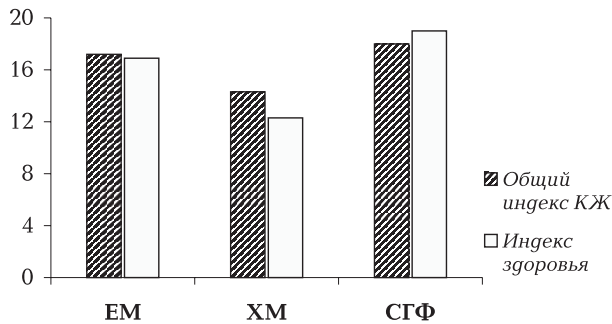


Рис. 3. Сравнительный анализ показателей КЖ в подгруппах женщин с сохраненной гормональной функцией, естественной и хирургической менопаузой

тать адекватную индивидуальную программу реабилитации. Показано, что у пациентов с ИБС три основных фактора определяют КЖ: толерантность к физической нагрузке, приступы стенокардии и психологический дискомфорт. Также для ИБС доказана связь между КЖ в дебюте заболевания и его прогнозом [4, 11]. Установлено, что такие аспекты КЖ, как усталость, слабость, недостаток энергии связаны с долгосрочной смертностью у больных, ожидающих реваскуляризации [3].

Сложности анализа КЖ у пациентов с ИБС связаны с тем, что специфические опросники для этого заболевания основаны на оценке либо функциональных возможностей пациента, либо качества ликвидации болевого синдрома. В тоже время они не позволяют оценить влияние на КЖ, например, изменений в гормональном статусе. Также опросники, основанные на оценке болевого синдрома не всегда объективно отражают состояние женщин, так как у них часто встречается атипичный болевой синдром, кроме того пациентки склонны

недооценивать либо переоценивать тяжесть своего состояния [7, 9, 10]. Поэтому была выбрана кардиологическая версия IV опросника Ferrance&Power. Он также позволяет учитывать изменения, связанные с менопаузой и какими-либо другими сопутствующими состояниями, оценить влияние заболевания на все аспекты жизни пациентов. Опросник Ferrance&Power разработан в 1985 году и достаточно широко использован для оценки КЖ при патологии сердечно-сосудистой системы (табл. 3). Опросник зарекомендовал себя как достаточно надежный метод оценки КЖ. Так, альфа-коэффициент Кронбаха составлял от 73 до 99 по результатам 48 проведенных исследований [5]. Опросник переведен на русский язык и адаптирован.

Данные нашего исследования согласуются с результатами других авторов. Так, более низкое КЖ отметили у женщин в сравнении с мужчинами Vaccarino et al., оценивая состояние пациентов, перенесших коронарное шунтирование [12]. Показано, что у женщин практически в два раза ниже были такие составляющие КЖ, как функциональный класс стенокардии и ментальная составляющая индекса КЖ [12]. Более низкие показатели КЖ у представительниц женского пола также в работе Ford et al. [6]. В это исследование было включено 50 573 пациентов, использован опросник Risk Factor Surveillance System (BRFSS). В работе Emery et al. показано, что КЖ у женщин ниже, чем у мужчин вне зависимости от патологии сердечно-сосудистой системы, возраста, уровня образования, профиля факторов риска [10].

Имеющиеся в литературе данные о влиянии гормонального статуса женщины на показатели КЖ сложно сравнивать между собой и с нашими результатами, поскольку, как правило, не учитано наличие ИБС у пациенток и использованы опрос-

Таблица 2. Влияние различных факторов на общий индекс КЖ в группах мужчин и женщин

Фактор	Мужчины			Женщины		
	Сумма квадратов	Функция	Достоверность значимости показателя	Сумма квадратов	Функция	Достоверность значимости показателя
Возраст	114,433	3,237	0,037	455,632	4,619	0,005
Гипертоническая болезнь	3,541	17,124	0,782	40,069	0,812	0,690
Инфаркт миокарда в анамнезе	286,621	1,305	0,005	113,541	3,429	0,092
ИМТ более 30	35,092	0,060	0,907	26,467	0,074	0,802
ФК стабильной стенокардии	897,356	6,380	0,003	230,008	0,215	0,051
ФК сердечной недостаточности	1,142	1,197	0,277	200,175	4,289	0,038
Хирургическая менопауза	—	—	—	691,403	17,893	0,003
ФСГ более 32 мМЕ/л	—	—	—	798,403	17,124	0,003
ЛГ	—	—	—	15,894	26,467	0,644
Эстрадиол	—	—	—	755,160	35,357	0,005

Таблиця 3. **Использование кардиологической версии опросника Ferrance&Power у пациентов с сердечно-сосудистой патологией**

Вид патологии	Авторы, год публикации
Стабильная стенокардия	Dougherty et al., 1998
Пациенты, перенесшие ангиопластику · До вмешательства · Через 4—6 нед после вмешательства	Bliley & Ferrans, 1993
Ангиопластика, коронарное шунтирование	Papadantonaki et al., 1994
Жизнеугрожающие аритмии	Carroll et al., 1999
Реабилитация пациентов с сердечно-сосудистой патологией	Deshotels et al., 1995
Коронарное шунтирование у женщин · До операции · Через 3 мес после вмешательства	Penckofer et al., 2005
Сердечная недостаточность (финальная стадия)	Scott, 2000
Сердечная недостаточность	Scott et al., 2004
Состояние после искусственного водителя ритма	Carroll et al., 2006

ники, не позволяющие сопоставлять результаты исследований. Показано, что эстрогензамещающая терапия не влияла на КЖ, при этом регулярные аэробные нагрузки оказывали положитель-

ный эффект [8]. По нашим данным, повышение ФСГ и снижение эстрадиола значимо влияют на показатели КЖ у представительниц женского пола. В эту группу попадают пациентки, переживающие эндокринное старение.

Ограничение результатов исследования

В настоящей работе не исследованы особенности влияния терапии на КЖ в зависимости от пола пациента. Нет достаточного количества данных, полученных при использовании опросника Ferrance&Power у пациентов украинской популяции, что не позволяет сопоставить полученные результаты с данными других аналогичных исследований. В представленной работе не отображено влияние проводимой терапии на показатели КЖ. Тем не менее, имеющиеся данные позволяют сформировать представление о гендерных особенностях изменения КЖ у пациентов с ИБС.

ВЫВОДЫ

Женщины имеют более низкие показатели КЖ, чем мужчины. Снижение КЖ обусловлено прежде всего низким индексом здоровья, тогда как значимых различий в социально-экономической сфере, психологической составляющей и удовлетворенности семьей и близкими не выявлено.

На КЖ пациентов мужского пола больше всего влияют функциональный класс стенокардии и перенесенный инфаркт миокарда, тогда как для женщин большее значение имеет функциональный класс сердечной недостаточности, хирургическая менопауза и гормональный статус.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Петрова М. М., Айвазян Т. А., Фандюхин С. А. Качество жизни у мужчин, перенесших инфаркт миокарда // Кардиол.— 2000.— № 2.— С. 65—66.
2. Рубченко Т.И., Ларичева И.П., Яковлева Л.А. и др. Сравнительная клиничко-гормональная характеристика состояния здоровья и качество жизни женщин с хирургической и естественной менопаузой // Вестн. Рос. асоц. акушеров-гинекологов.— 1999.— № 3.— С. 31—35.
3. Bengtson A., Karlsson T., Herlitz J. On the waiting list for possible coronary revascularisation. Symptoms relief during the first year and association between quality of life and the very long-term mortality risk // Int. J. Cardiol.— 2008.— Vol. 123 (3).— P. 271—276.
4. Brousted J.P. et al. Predictive variables of future cardiac events, quality of life and rehabilitation after myocardial infarct. Data derived from clinical studies // Rev. Esp. Cardiol.— 1985.— Vol. 38.— P. 3—9.
5. Emery C.F., Frid D. J., Engebretson T.O. et al. Gender Differences in Quality of Life Among Cardiac Patients // Psychosomatic Medicine.— 2004.— Vol. 66.— P. 190—197.
6. Ford E.S., Mokdad A.H., Li C. et al. Gender differences in coronary heart disease and health-related quality of life:

findings from 10 states from the 2004 behavioral risk factor surveillance system // J. Womens Health (Larchmt).— 2008.— Vol. 17 (5).— P. 757—768.

7. Fox K.F. Investigation and management of chest pain // Heart.— 2005.— Vol. 91.— P. 105—110.

8. Kimie M. C., Bruna O., Rocchi B.F. A randomized, placebo-controlled trial of the effects of physical exercises and estrogen therapy on health-related quality of life in postmenopausal women // Menopause.— 2008.— Vol. 15 (4).— P. 613—618.

9. McSweeney J.C., Cody M., O'Sullivan P. et al. Women's early warning symptoms of acute myocardial infarction // Circulation.— 2003.— Vol. 108.— P. 2619—2623.

10. Pepine C.J., Abrams J., Marks R.G. et al. Characteristics of a contemporary population with angina pectoris. TIDES Investigators // Am. J. Cardiol.— 1994.— Vol. 74 (3).— P. 226—231.

11. Siegrist G. Impaired quality of life as a risk factor in cardiovascular disease // J. Chron. Dis.— 1987.— Vol. 40.— P. 571—578.

12. Vaccarino V., Qiu Lin Z., Kasl S.V. et al. Sex differences in health status after coronary artery bypass surgery // Circulation.— 2003.— Vol. 108.— P. 2642—2647.

13. <http://www.uic.edu/orgs/qli/reliability/reliability-home.htm>.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

А.С. Ісаєва, Т.Н. Бондар, В.І. Волков, І.М. Смолкін

У роботі представлено дані поперечного дослідження, метою якого було вивчення гендерних особливостей якості життя пацієнтів з хронічними формами ішемічної хвороби серця. Обстежено 87 жінок та 65 чоловіків. Якість життя оцінювали з використанням кардіологічної версії IV опитувальника Ferrance&Power. У групі жінок вивчали також вплив гормонального статусу на якість життя. Виявлено, що показники якості життя у жінок нижчі порівняно з чоловіками. Якість життя представників чоловічої статі більшою мірою була пов'язана з функціональним класом стенокардії та перенесеним інфарктом міокарда, тоді як у жінок на якість життя більше впливали функціональний клас серцевої недостатності, хірургічна менопауза та гормональний статус.

GENDER-RELATED PECULIARITIES OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

A.S. Isayeva, T.N. Bondar, V.I. Volkov, I.M. Smolkin

The study has been held to reveal the gender-related peculiarities of the quality of life of patients with ischemic heart disease. Observations involved 87 women and 65 men. Quality of life was assessed with cardiology version IV Ferrance&Power Quality of life index. Moreover in female group the influence of female sex hormones on the quality of life was studied. It has been established that the score of quality of life was significantly lower in women than in men. The quality of life of male patients was mainly associated with the angina pectoris functional class and previous myocardial infarction while this index in women was basically connected with heart failure functional class, surgical menopause and hormone status.