

M response amplitude at n.Medianus stimulation, the presence of blocks of conduction at n.Tibialis, n.Medianus and n.Ulnaris stimulations, conduction velocity at n.Tibialis, n.Peroneus, n.Medianus stimulations are characteristic for CIDP. M response amplitude at n.Ulnaris stimulation, presence of blocks of conduction at n.Peroneus stimulation, increased residual latency at n.Tibialis and n.Peroneus stimulations are characteristic for GBS.

Key words: chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy, Guillain-Barre syndrome, electromyography.

Відомості про автора:

Оржешковський Василь Володимирович - доцент кафедри неврології №2 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Підвисоцького, 4-а.

УДК 616.831-005.4-036.8:616.12-008.313.2

© Л.В.ПАНТЕЛЕЄНКО, Л.І.СОКОЛОВА, 2014

Л.В.Пантелеєнко, Л.І.Соколова

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ
ЗА НАЯВНОСТІ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ
Національний медичний університет імені
О.О.Богомольця, м. Київ**

Мета. Оцінити вплив супутньої фібриляції передсердь (ФП) на показники якості життя (ЯЖ) хворих у гострий період та через 6 і 12 місяців після перенесеного ішемічного інсульту (ІІ) на тлі різних видів лікування.

Матеріал і методи. Проведено когортне проспективне дослідження 99 хворих віком від 60 до 81 року (середній вік 68,4±5,7 років) з ІІ у гострому періоді та через 6 та 12 місяців. Діагноз був верифікований за допомогою магнітно-резонансної та/або комп'ютерної томографії. Ступінь тяжкості інсульту оцінювалась за шкалою NIHSS, ступінь незалежності у повсякденній активності - за Індексом Бартель, ступінь інвалідизації - за Модифікованою шкалою Ренкіна, оцінка когнітивних функцій - за шкалою MMSE, вираженість депресії - за шкалою DASS. Оцінка ЯЖ проводилась за допомогою опитувальника MOS SF-36. З метою проведення оцінки впливу різних видів лікування на показники ЯЖ у пацієнтів з ФП, ці хворі були поділені на дві підгрупи: ті, що отримували варфарин та аспірин.

Результати. Встановлено, що наявність ФП у хворих з ІІ негативно впливає на процес одужання, сповільнює функціональне відновлення протягом року після ІІ, впливає на психоемоційний стан, достовірно збільшуючи вираженість депресії та погіршує когнітивні функції. Виявлено погіршення показників ЯЖ хворих з наявною ФП в усіх точках спостереження протягом року після перенесеного ІІ. Показано, що ФП є незалежним чинником, що

достовірно знижує ЯЖ як за фізичним, так і за психічним компонентом здоров'я протягом року після перенесеного ІІ. Але не виявлено різниці показників ЯЖ у хворих з ФП, які приймають або не приймають варфарин.

Висновки. Наявність ФП у хворих, що перенесли ІІ, значно знижує ЯЖ за рахунок гіршого функціонального відновлення, більш вираженої депресії, погіршення когнітивних функцій, виникнення соціальних обмежень. Не виявлено різниці показників ЯЖ у хворих з фібриляцією передсердь, які приймають або не приймають варфарин. Це дає можливість більш активно призначати варфарин пацієнтам з ФП за умови дотримання безпечного режиму дозування.

Ключові слова: фібриляція передсердь, ішемічний інсульт, якість життя, антикоагулянтна терапія, варфарин.

Фібриляція передсердь (ФП) веде до багатьох проблем, особливо в умовах постаріння населення. На додаток до добре відомих наслідків, таких як підвищення смертності, ризику інсульту і системної тромбоемболії, серцевої недостатності, гострих коронарних синдромів, ФП підвищує ризик розвитку деменції, погіршує якість життя, що створює додаткові терапевтичні проблеми [2].

Щорічно у 5% хворих з хронічною ФП розвивається ішемічний інсульт (ІІ); ризик інсульту значно зростає незабаром після появи ФП. У хворих з ФП частіше розвиваються важкі інсульти, що призводять до інвалідності або смерті та повторні інсульти [5].

Пацієнти з неревматичною ФП і перенесеним нещодавно ІІ, мають ризик повторного інсульту близько 12% на рік [2,9]. Було показано, що призначення антикоагулянтної терапії значно знижує цей ризик, але більшість доказів базується на основі досліджень по первинній профілактиці. Дослідження з первинної профілактики ІІ при ФП за допомогою антикоагулянтів показали, що така терапія знижує щорічний ризик розвитку інсульту з 4,5 до 1,5%; зниження відносного ризику дорівнює 68% [6,13]. Якщо при призначенні антикоагулянтів міжнародне нормалізоване співвідношення (МНС) підтримується на рівні від 2,0 до 3,0, ризик кровотечі підвищується незначно. Європейське дослідження фібриляції передсердь (ЕАFT), яке стосується вторинної профілактики, показало зниження абсолютного ризику на 8,4% в рік у хворих з транзиторною ішемічною атакою або малим інсультом за допомогою антикоагулянтної терапії [8]. У дослідженнях з вторинної профілактики щорічний ризик розвитку повторного ІІ у хворих з ФП знижувався з 12 до 4 %; відносний ризик дорівнював 66% [7,8].

Оцінка якості життя (ЯЖ) є невід'ємним елементом сучасних досліджень у різних галузях медицини, яка використовується при визначенні впливу хвороби та терапії при різноманітних захворюваннях, при аналізі нових методів лікування та обґрунтуванні доцільності введення препарату або способу лікування до стандартних протоколів лікування. ЯЖ оцінює компоненти, що зв'язані й не зв'язані із захворюванням і дозволяє диференційовано визначити вплив хвороби і лікування на стан хворого. Було показано численними дослідженнями як в Україні, так і в світі, що ЯЖ значно погіршується

після перенесеного ІІ [4]. Також визначено, що за більшістю показників ЯЖ у хворих з ФП є гіршою, ніж у людей відповідного віку без ФП [1,3]. Але вплив супутньої ФП на показники ЯЖ у пацієнтів після ІІ вивчено недостатньо.

"Золотим стандартом" антикоагулянтної терапії хворих з ФП є призначення варфарину. Тривалий прийом варфарину (при якому МНС має підтримуватися на рівні від 2,0 до 3,0) показаний всім хворим з ФП старше 65 років за відсутності протипоказань. Варфарин необхідно також призначати хворим з ФП молодше 65 років, якщо у них вже були минулі порушення мозкового кровообігу або інсульти, якщо вони страждають на гіпертонію, діабет або захворювання серцево-судинної системи [10,11].

Однак широке застосування варфарину в реальній клінічній практиці обмежується його численними небажаними взаємодіями з іншими лікарськими препаратами і харчовими продуктами, випадками нечутливості до лікування, непередбачуваною відповіддю на старту дозу, необхідністю довічного лабораторного моніторингу крові для підтвердження досягнення ефективної індивідуальної дози за допомогою контролю МНС, наявністю протипоказань. Незважаючи на доведену в клінічних дослідженнях високу ефективність варфарину, в реальній клінічній практиці досягти подібних результатів вкрай складно, особливо якщо мова йде про пацієнтів з великою кількістю супутніх захворювань, яким потрібно призначення терапії для лікування серцево-судинних захворювань. Вплив тривалого прийому варфарину з метою вторинної профілактики на показники ЯЖ вивчений недостатньо.

Мета дослідження: оцінити вплив супутньої ФП на показники ЯЖ хворих у гострий період та через 6 і 12 місяців після перенесеного ІІ на тлі різних видів лікування.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Проведене когортне проспективне дослідження 106 хворих з гострим ішемічним інсультом у каротидному басейні. Спостереження за пацієнтами проводилось протягом 12 місяців; за цей період троє хворих померло, у 4-х виник повторний інсульт і вони були виключені із дослідження. До заключного аналізу увійшло 99 хворих (43 чоловіки та 56 жінок) віком від 60 до 81 року (середній вік $68,4 \pm 5,7$ років), які були розподілені на дві групи за наявністю супутньої ФП (1-а група) та без такої (2-а група). До 1-ї групи увійшли 52 хворих, 19 чоловіків та 33 жінки (середній вік $70,2 \pm 3,9$ років), до 2-ї, контрольної групи – 47 хворих, 26 чоловіків та 21 жінка (середній вік $71,5 \pm 6,4$ років).

Критеріями включення у дослідження були :

- наявність гострого ішемічного інсульту півкульної локалізації, верифікованого за допомогою КТ та/або МРТ сканування;
- відсутність виражених афатичних розладів;
- оцінка за шкалою NIHSS при госпіталізації ≥ 9 та ≤ 15 ;
- оцінка за шкалою MMSE > 18 ;
- спроможність самостійно заповнити опитувальник ЯЖ SF-36.

Критеріями виключення були :

- кома;
- повторний мозковий інсульт;
- наявність гострого інфаркту міокарду під час включення в дослідження, нестабільної стенокардії, серцевої недостатності в стадії декомпенсації;
- наявність за анамнезом вираженої деменції до початку захворювання.

З метою проведення оцінки впливу різних видів лікування на показники ЯЖ у пацієнтів з ФП, для чого вони були поділені на дві підгрупи: ті, що отримували з метою вторинної профілактики варфарин або аспірин. До 1-ї підгрупи увійшло 24 хворих, до 2-ї підгрупи - 28 хворих.

Дослідження проводилось на базі неврологічних відділень Олександрівської клінічної лікарні та Київської міської клінічної лікарні №4. Хворі спостерігались протягом року. Під час госпіталізації оцінювалась ступінь тяжкості ІІ за шкалою NIHSS. Проводилось повне загальноклінічне, клініко-неврологічне, лабораторне та нейровізуалізаційне дослідження. Наприкінці гострого періоду хворим проводилась оцінка когнітивних функцій за шкалою MMSE; оцінювалась ступінь незалежності у повсякденній активності за Індексом Бартель (БІ), ступінь інвалідизації за Модифікованою шкалою Ренкіна (мШР). Проводилась оцінка ЯЖ, для чого хворим пропонувалось особисто заповнити опитувальник MOS SF-36 [12]. Вираженість депресії оцінювалась за шкалою DASS. Проводилось динамічне спостереження за пацієнтами протягом року. На 6-й та 12-й місяць з моменту захворювання хворі викликалися на інтерв'ю, на якому повторно проводилась оцінка за шкалами MMSE, БІ, мШР, DASS, заповнювався опитувальник SF-36.

Статистичний аналіз отриманих даних проводився з використанням парного t-тесту, критерію Уїтні-Манна, критерію Краскера-Уоліса, критерію χ^2 , кореляційного аналізу, багатфакторного дисперсійного аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 57,8% хворих ішемічне вогнище локалізувалось у лівому каротидному басейні, у 42,2% - у правому каротидному басейні. Ступінь тяжкості інсульту за шкалою NIHSS у 1-й групі була дещо більшою, ніж у 2-й як на 1-у (12,25±3,14 та 11,65±2,28 відповідно), так і на 7-у добу (10,23±2,13 та 9,25±3,95 відповідно), але без достовірної різниці.

Ступінь функціональної залежності хворих 1-ї групи за ІБ наприкінці гострого періоду була статистично значуще більшою, ніж у 2-й групі (табл.1). Процес функціонального відновлення протягом року протікав нерівномірно. У перші шість місяців відновного періоду відбувалось найбільш значуще збільшення частки хворих, незалежних у повсякденній активності (до 28,8% у 1-й групі та до 31,2% у 2-й), яка до кінця року спостереження зросла до 46,1% в 1-й групі, та до 48,4% у хворих 2-ї групи. У пацієнтів з ФП функціональне відновлення відбувалось повільніше, ніж у хворих без ФП, але наприкінці року достовірної різниці в оцінці за БІ не спостерігалось.

Таблиця 1

Функціональний стан хворих протягом року після II залежно від наявності ФП

Показник	0 міс		6 міс		12 міс	
	1 група	2 група	1 група	2 група	1 група	2 група
БІ	66,72± 21,90*	72,67± 20,14	76,05± 14,16*	84,48± 16,02	88,57± 10,10	89,97± 13,40
мШР	3,31±1,07	3,28±1,02	2,22±1,09	2,07±0,89	1,70±0,91	1,68±1,01

Примітка: * різниця достовірна на рівні 0,05.

Інший критерій оцінки функціонального статусу – ступінь інвалідизації, що оцінювалась за мШР, – також покращувався протягом року спостереження. Залежності ступеня інвалідизації від наявності ФП протягом року виявлено не було (табл. 1).

Оцінка когнітивних порушень за шкалою MMSE наприкінці гострого періоду була такою: в 1-й групі у 10 хворих когнітивні функції відповідали віковій нормі (28-30 балів), 19 – мали легке зниження когнітивних функцій (24-27 балів), 18 хворих мали деменцію легкого ступеню важкості (20-23 бали), 5 – помірно виражену деменцію (<19 балів); у 2-й групі відповідно 14 хворих були без когнітивних порушень, 28 – із легкими когнітивними порушеннями, 2 – із легкою деменцією, 3 – помірною деменцією.

Протягом року спостерігалась незначна позитивна динаміка оцінки когнітивних функцій за шкалою MMSE, але в усіх точках спостереження когнітивний статус був достовірно кращий у пацієнтів без ФП (табл.2).

Таблиця 2

Динаміка когнітивних функцій за шкалою MMSE

Групи	1 місяць	6 місяців	12 місяців
1-а група	21,48±4,34*	23,23±3,25*	24,33±3,36*
2-а група	24,23±3,85	25,96±5,25	27,33±2,29

Примітка: * різниця між групами достовірна на рівні 0,05.

Наприкінці гострого періоду в 1-й групі у 31% були виявлені депресивні розлади різного ступеня тяжкості: у 11,2% хворих – депресія легкого ступеня (10-13 балів за DASS), у 13,8% хворих – депресія середньої тяжкості (14-20 балів), у 6,0% - тяжка (21-27 балів); у 69% хворих депресія була відсутня (0-9 балів). Протягом шести місяців спостерігалось збільшення хворих із депресивними розладами до 46,6% із переважанням легкої депресії. Наприкінці року після II частка хворих із депресивними розладами зменшилась до 28,9% також із переважанням легкої депресії. У 2-й групі наприкінці гострого періоду спостерігалась депресивні розлади у 30% хворих з переважанням депресії середньої тяжкості. Протягом року кількість хворих із депресивними розладами зменшилась до 18,7% із переважанням легкої депресії (рис. 1).

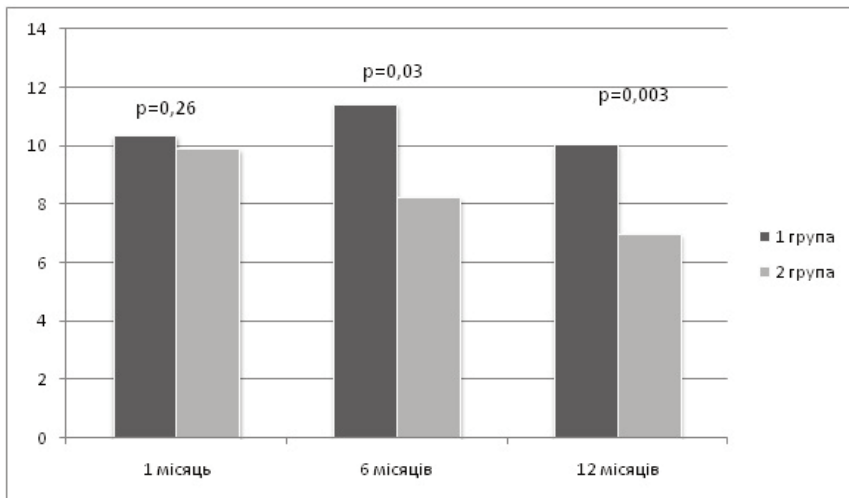


Рис. 1. Динаміка депресивних розладів протягом року після ІІ залежно від наявності ФП

Таким чином, наявність ФП у хворих з ІІ негативно впливає на процес одужання, сповільнює функціональне відновлення протягом року після ІІ, впливає на психоемоційний стан, достовірно збільшуючи вираженість депресії та погіршує когнітивні функції.

Оцінка ЯЖ хворими по ФКЗ та ПКЗ та їх складовим через 6 місяці після ІІ була гіршою, порівняно з такою наприкінці періоду госпіталізації в обох групах спостереження (рис. 2, 3). Зниження оцінки ЯЖ через 6 місяців може пояснюватись тим, що хворі під час перебування у стаціонарі ще не усвідомлюють всіх труднощів, що виникають при повсякденній активності за наявності функціонального дефекту та наявністю депресивних розладів різного ступеню тяжкості, що виникають в цей період. Але у 1-й групі спостерігалось статистично нижча оцінка ЯЖ по більшості показників, порівняно з 2-ю групою.

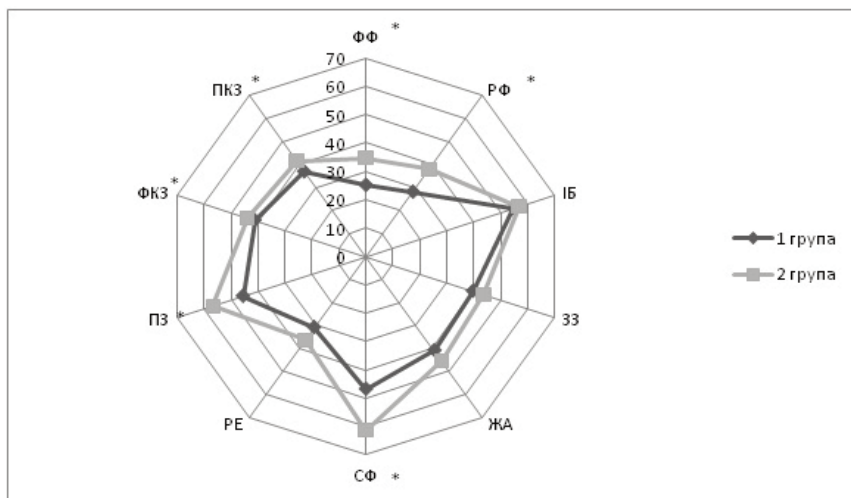


Рис. 2. Профіль ЯЗ у гострий період II за шкалою SF-36 залежно від наявності ФП

Примітка: * різниця достовірна ($p < 0,05$).

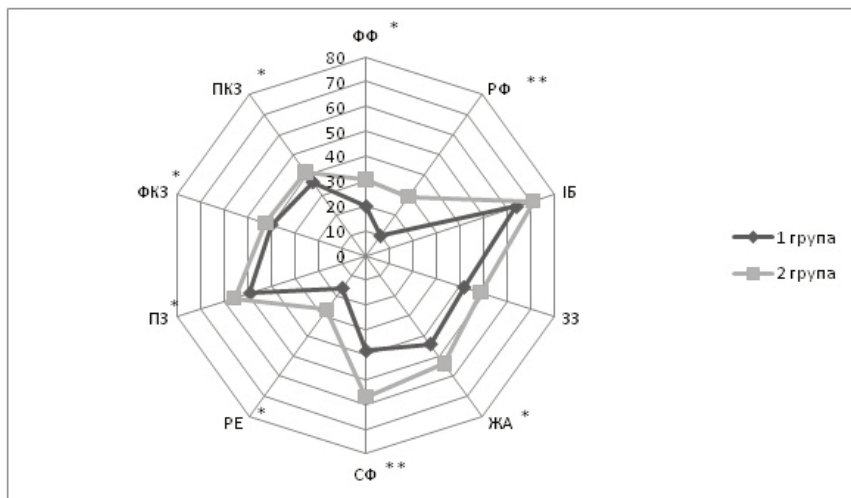


Рис. 3. Профіль ЯЗ через 6 місяців після перенесеного II за шкалою SF-36 залежно від наявності ФП

Примітка: * різниця достовірна між групами ($p < 0,05$); ** різниця достовірна між групами ($p < 0,01$).

Наприкінці року хворі оцінювали ЯЖ ФКЗ та ПКЗ та їх складовим краще, ніж у 6 місяців, але гірше оцінювання за більшістю показників у 1-й групі зберігалось (рис.4).

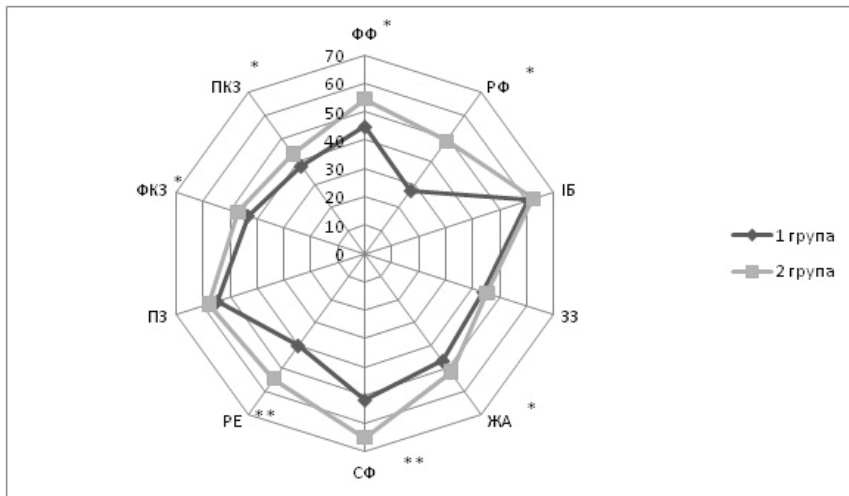


Рис. 4. Профіль ЯЖ через 12 місяців після перенесеного ІІ за шкалою SF-36 залежно від наявності ФП

Примітка: * різниця достовірна між групами ($p < 0,05$); ** різниця достовірна між групами ($p < 0,01$).

Таким чином, виявлено погіршення показників ЯЖ хворих з наявною ФП в усіх точках спостереження протягом року після перенесеного ІІ.

Враховуючи незалежний вплив ФП на функціональний, психоемоційний та когнітивний статус хворих з ІІ, ми проаналізували ступінь взаємозв'язку показників ЯЖ хворих з оцінкою за Бі, шкалами MMSE та DASS за допомогою кореляційного аналізу. Було виявлено, що в обох групах дослідження протягом року найбільше корелює зі складовими ЯЖ оцінка функціонального статусу за Бі та вираженість депресії. Ці змінні мали більший коефіцієнт кореляції в усіх точках обстеження з рівнем значущості від $p < 0,05$ до $p < 0,001$ (табл. 3).

Таблиця 3
Залежність складових ЯЖ від показників функціонального, психо-емоційного та когнітивного статусу протягом року після ІІ (за даними кореляційного аналізу)

Показник	Місяці	1 група			2 група		
		БІ	MMSE	Депресія	БІ	MMSE	Депресія
ФФ	1 місяць	0,778**	0,206*	-0,318**	0,574**	0,145	-0,474**
	6 місяців	0,699**	0,204*	-0,389**	0,408**	0,200*	-0,408**
	12 місяців	0,624**	0,291*	-0,564**	0,550**	0,287**	-0,350**
РФ	1 місяць	0,598**	0,239*	-0,259**	0,582**	0,303**	-0,582**
	6 місяців	0,445**	0,234*	-0,416**	0,507**	0,321**	-0,507**
	12 місяців	0,475**	0,291*	-0,362**	0,475**	0,149	-0,475**
ІБ	1 місяць	0,376**	0,354**	-0,265**	0,435**	0,173	-0,435**
	6 місяців	0,433**	0,374**	-0,365**	0,516**	0,165	-0,516**
	12 місяців	0,420**	0,206*	-0,305**	0,454**	0,127	-0,454**
ЗЗ	1 місяць	0,329**	0,311*	-0,189*	0,223*	0,141	-0,223*
	6 місяців	0,353**	0,321*	-0,225*	0,434**	0,149	-0,434**
	12 місяців	0,464**	0,383**	-0,448**	0,451**	0,160	-0,451**
ЖА	1 місяць	0,442**	0,201*	-0,305**	0,380**	0,046	-0,380**
	6 місяців	0,420**	0,330**	-0,277**	0,233*	0,271**	-0,233*
	12 місяців	0,470**	0,394**	-0,428**	0,363**	0,308**	-0,363**
СФ	1 місяць	0,576**	0,233*	-0,182	0,505**	0,369**	-0,505**
	6 місяців	0,471**	0,258*	-0,389**	0,488**	0,228*	-0,488**
	12 місяців	0,504**	0,256*	-0,470**	0,298**	0,327**	-0,298**
РЕ	1 місяць	0,250**	0,296*	-0,195*	0,416**	0,269**	-0,416**
	6 місяців	0,273**	0,302*	-0,289**	0,508**	0,296**	-0,508**
	12 місяців	0,512**	0,279*	-0,250**	0,574**	0,076	-0,610**
ІІЗ	1 місяць	0,423**	0,355**	-0,281**	0,408**	0,197*	-0,361**
	6 місяців	0,540**	0,318*	-0,358**	0,550**	0,266**	-0,444**
	12 місяців	0,587**	0,357**	-0,465**	0,582**	0,246**	-0,484**
ФКЗ	1 місяць	0,647**	0,333**	-0,247**	0,507**	0,180	-0,315**
	6 місяців	0,747**	0,374**	-0,375**	0,475**	0,127	-0,192*
	12 місяців	0,680**	0,223*	-0,356**	0,435**	0,186*	-0,290**
ІКЗ	1 місяць	0,468**	0,202*	-0,245**	0,516**	0,153	-0,521**
	6 місяців	0,526**	0,225*	-0,413**	0,454**	0,117	-0,471**
	12 місяців	0,640**	0,288*	-0,435**	0,223*	0,275**	-0,386**

Примітка: * різниця достовірна між групами ($p < 0,05$); ** різниця достовірна між групами ($p < 0,01$).

Для оцінки впливу наявної ФП на показники ЯЖ незалежно від ступеню функціональних порушень, когнітивного статусу хворих та вираженості депресії був проведений багатофакторний дисперсійний аналіз. Виявлено, що ФП достовірно знижує ЯЖ як за фізичним, так і за психічним компонентом здоров'я протягом року після перенесеного ІІ (табл. 4).

Таблиця 4

Залежність складових ЯЖ від наявності ФП незалежно від показників функціонального, психоемоційного та когнітивного статусу протягом року після ІІ (за даними багатофакторного дисперсійного аналізу)

Показник	Місяці	1 група	2 група	p
ФКЗ	1 місяць	41,19±6,42	43,99±9,34	0,010
	6 місяців	40,17±7,90	42,56±4,67	0,043
	12 місяців	43,31±5,28	47,03±7,77	0,021
ПКЗ	1 місяць	36,97±6,17	41,67±5,86	0,017
	6 місяців	36,55±3,87	41,50±2,12	0,025
	12 місяців	38,11±8,65	43,21±4,62	0,032

З метою вторинної профілактики згідно сучасних рекомендацій пацієнти з ФП отримували антикоагулянтну терапію варфарином. Доза препарату підбиралася індивідуально з подальшим контролем МНС. Пацієнти, що отримували варфарин увійшли до 1-ї підгрупи. 2-гу підгрупу склали хворі, у яких були протипоказання до прийому варфарину, або які відмовились від його прийому. Вони отримували з метою вторинної профілактики аспірин.

Порівняльний аналіз показників функціонального відновлення, психоемоційного статусу та когнітивних функцій у хворих з наявною ФП у підгрупах з різними видами лікування не виявив статистично значущої різниці протягом року спостереження (табл.5).

Таблиця 5

Показники функціонального, психоемоційного та когнітивного статусу хворих з ФП залежно від лікування протягом року після ІІ

Показни к	1 місяць		6 місяців		12 місяців	
	1-а підгрупа	2-а підгрупа	1-а підгрупа	2-а підгрупа	1-а підгрупа	2-а підгрупа
БІ	64,27±20,12	66,71±21,90	77,25±11,14	76,18±14,11	87,15±12,10	88,47±10,64
мШР	3,26±1,09	3,33±1,32	2,22±2,01	2,19±1,17	1,73±0,94	1,80±1,06
депресія	10,94±4,12	11,06±3,18	11,58±6,77	10,94±5,23	9,88±6,54	10,03±2,11
MMSE	20,56±4,14	21,43±5,22	23,12±5,05	23,37±3,86	25,11±3,46	24,91±7,06

Оцінка показників ЯЖ хворих відповідно отриманому лікуванню виявила достовірно нижчі результати за окремими шкалами у підгрупі варфарину лише на 6-му місяці спостереження. Різниця була достовірною за шкалами РФ, СФ, РЕ та категорією ПКЗ (p<0,05) (табл.6).

Таблиця 6

**Динаміка показників ЯЖ хворих з ФП залежно від лікування
протягом року після II**

	1 місяць		6 місяців		12 місяців	
	1-а підгрупа	2-а підгрупа	1-а підгрупа	2-а підгрупа	1-а підгрупа	2-а підгрупа
ФФ	25,82±27,22	27,99±22,39	19,61±22,21	21,75±21,97	43,85±21,82	44,09±18,20
РФ	28,35±33,96	26,23±24,30	8,47±33,35	13,39±34,76*	26,77±34,89	25,36±27,31
ІБ	54,67±24,25	55,89±27,88	62,32±22,36	64,39±22,24	60,15±25,57	62,76±23,53
ЗЗ	38,11±19,70	39,23±17,33	40,61±13,25	41,09±17,63	42,54±18,91	43,09±13,20
ЖА	41,04±26,48	38,64±23,36	43,42±15,12	45,35±18,10	46,30±20,87	45,82±17,26
СФ	47,87±32,73	45,91±28,83	33,08±24,14	37,80±22,67*	50,11±26,16	51,55±19,30
РЕ	29,07±35,48	31,15±25,37	35,63±35,35	40,47±28,00*	40,82±36,32	40,00±34,19
ПЗ	43,22±23,78	46,91±19,45	15,34±14,99	16,54±20,57	54,34±19,90	55,71±19,35
ФКЗ	42,42±6,82	41,84±5,91	40,40±6,18	41,51±5,90	44,04±5,41	43,71±5,55
ПКЗ	36,66±11,40	35,40±8,88	33,16±7,36	38,97±8,63*	37,21±10,31	38,09±7,35

Примітка: * різниця достовірна ($p < 0,05$).

Зниження показників ЯЖ у пацієнтів, які приймали варфарин, можна пояснити виникненням деяких соціальних та функціональних обмежень на тлі прийому варфарину, необхідністю постійного контролю МНС та підтримання спеціальної дієти, а також збільшенням фінансових витрат. Але, як показує подальший аналіз, у більшості хворих протягом року відбувається адаптація до даного способу життя і не спостерігається вплив різних видів лікування на показники ЯЖ.

ВИСНОВКИ

Наявність ФП у хворих, що перенесли ІІ, значно знижує ЯЖ за рахунок гіршого функціонального відновлення, більш вираженої депресії, погіршення когнітивних функцій, виникнення соціальних обмежень. Не виявлено різниці показників ЯЖ у хворих з ФП, які приймають або не приймають варфарин. Це дає можливість більш активно призначати варфарин пацієнтам з ФП за умови дотримання безпечного режиму дозування.

Незважаючи на відомі обмеження, ми вважаємо, що терапія варфарином залишається "золотим стандартом" для профілактики емболічного інсульту у пацієнтів з неревматичною ФП. Таким чином, важливо, щоб лікарі збільшували кількість пацієнтів, які отримують антикоагулянтну терапію. Для цього необхідне підвищення доступності моніторингу антикоагулянтної терапії, підвищення інформованості населення про первинну та вторинну профілактику ІІ за наявності ФП та врахування точки зору пацієнтів щодо якості життя на тлі лікування.

Література

1. Показатели качества жизни и их динамика у пациентов с фибрилляцией предсердий после выхода из международного клинического исследования / Артанова Е.Л., Коньшина Л.Е. [и др.] // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2012. N 8(2). – С. 154-157.

2. Фоянкін А.В. Новая эра антикоагулянтной терапии в профилактике инсульта при неревматической фибрилляции предсердий / Фоянкін А.В., Гераскина Л.А. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. - № 3. – С. 15-19.
3. Качество жизни пациентов с различными формами фибрилляции предсердий и влияние на него лечения нозогенных психических реакций / Яковенко Т.В., Шубик Ю.В., Крятова Т.В. [и др.] // Вестник Аримологии. – 2008. – Р. 36-39.
4. Factors Associated With Health-Related Quality of Life After Stroke. A 1-Year Prospective Cohort Study / Algurén B., Fridlund B., Cieza A. [et al.] // *Neurorehabil Neural Repair*. – 2012. - Vol.26. – P. 266-274.
5. American Medical Directors Association. Stroke management in the long-term care setting clinical practice guideline. Columbia (MD) // *AMDA*. - 2011.
6. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) / Camm A.J., Kirchhof P., Lip G.Y. [et al.] // *Eur. Heart. J.* – 2010. - Vol. 31, N 19. – P. 2369–2429.
7. The impact of long-term warfarin on the quality of life of elderly people with atrial fibrillation / Das A.K., Willcoxson P.D., Corrado O.J., West R.M. // *Age and Ageing*. – 2007. – Vol. 36, N 1. – P. 95-97.
8. EAFT (European Atrial Fibrillation Trial) Study Group. European Atrial Fibrillation Trial: secondary prevention in non-rheumatic atrial fibrillation after transient ischaemic attack or minor stroke // *Lancet*.- 1993. - Vol. 342. - P. 1255–1262.
9. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation / Hart R.G., Pearce L.A., Aguilar M.I. // *Ann. Intern. Med.* – 2007. – Vol. 146, N 12. – P. 857–867.
10. Protocol for the Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged study (BAFTA): a randomised controlled trial of warfarin versus aspirin for stroke prevention in the management of atrial fibrillation in an elderly primary care population (ISRCTN 89345269) / Mant J.W., Richards S.H., Hobbs F.R. [et al.] // *BMC Cardiovasc. Disord.* – 2003. – Vol. 3.- P.9.
11. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation: American College of Chest Physicians. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition) / Singer D.E., Albers G.W. [et al.] // *Chest*. – 2008. – Vol. 133 (6 Suppl). – P.546S–592S.
12. Ware J.E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. - Boston, MA: The Health Assessment Lab. 1994
13. Woolfenden A.R. Long-term stroke prevention in atrial fibrillation / Woolfenden A.R., Albers G.W. // *BCM J.* – 2002. – Vol. 44, N 3. – P.135-140.

Л.В.Пантелеенко, Л.И.Соколова

Качество жизни больных ишемическим инсультом при наличии фибрилляции предсердий

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца

Цель. Оценить влияние сопутствующей фибрилляции предсердий (ФП) на показатели качества жизни (КЖ) больных в остром периоде и через 6 и 12 месяцев после перенесенного ишемического инсульта (ИИ) на фоне различных видов лечения.

Матеріал і методи. Проведено когортне проспективне дослідження 99 боліх в візасті от 60 до 81 года (середній візаст 68,4±5,7 лет) с ИИ в остром периоді и через 6 и 12 месяцев. Диагноз был верифицирован с помощью магнитно-резонансной и/или компьютерной томографии. Степень тяжести инсульта оценивалась по шкале NIHSS, степень независимости в повседневной активности - с помощью Индекса Бартель, степень инвалидизации - по Модифицированной шкале Ренкина, оценка когнитивных функций - по шкале MMSE, выраженность депрессии - по шкале DASS. Оценка КЖ проводилась при помощи опросника MOS SF-36. С целью оценки влияния различных видов лечения на показатели КЖ у пациентов с ФП, эти пациенты были разделены на две подгруппы: получавшие варфарин и аспирин.

Результаты. Установлено, что наличие ФП у больных с ИИ негативно влияет на процесс выздоровления, замедляет функциональное восстановление на протяжении года после ИИ, влияет на психоэмоциональное состояние, достоверно увеличивая выраженность депрессии и ухудшает когнитивные функции. Выявлено ухудшение показателей КЖ пациентов с ФП во всех точках наблюдения на протяжении года после перенесенного ИИ. Показано, что ФП является независимым фактором, достоверно ухудшающим КЖ как по физическому, так и по психическому компоненту здоровья на протяжении года после ИИ. Однако не выявлено различия показателей КЖ больных, принимающих или не принимающих варфарин.

Выводы. Наличие ФП у больных, перенесших ИИ, значительно снижает КЖ за счет худшего функционального восстановления, более выраженной депрессии, ухудшения когнитивных функций, возникновения социальных ограничений. Не выявлено различия показателей КЖ больных принимающих или не принимающих варфарин. Это дает возможность более активно назначать варфарин пациентам с ФП при условии соблюдения безопасного режима дозирования.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, ишемический инсульт, качество жизни, антикоагулянтная терапия, варфарин.

L. Panteleienko, L. Sokolova

Quality of life of ischemic stroke patients with concomitant atrial fibrillation

O.O. Bogomolets National Medical University

Aim. To evaluate the impact of concomitant atrial fibrillation (AF) to quality of life (QL) indicators for patients with ischemic stroke (IS) in acute period and after 6 and 12 months after the onset against the background of various types of treatment.

Materials and methods. In cohort prospective study, we have analyzed 99 patients at the age of 60-81 years (mean age of 68,4±5,7 years) in acute period of IS and after 6 and 12 months after the onset. The diagnosis was verified with MRI and/or CT. IS severity was evaluated by NIHSS scale, an independence degree in everyday activities - by Bartel Index, a degree of disability - by Renkin

scale, cognitive functions - by MMSE scale, severity of depression - by DASS scale and QL - by MOS SF-36 questionnaire. There were two groups of patients with AF. Group 1 included patients who received warfarin, group 2 included patients who received aspirin.

Results. We have established that AF in patients with IS influences on their recovery negatively, slows down the functional recovery as long as one year after IS, worsens their psychoemotional status with significant increasing a degree of depression and cognitive functions deterioration. We also revealed the decrease in QL in patients with AF at all points of monitoring during a year after IS onset. It was shown that AF was an independent factor that significantly decreases QL by both physical and psychological components of health during a year after IS onset (table 4). However, we did not register any difference of QL indicators in AF patients, who did and did not receive warfarin.

Conclusions. AF in IS patients significantly decreases QL due to worse functional recovery, stronger depressions, deteriorated cognitive functions and increased social limitations. However, no difference in QL in AF patients, who did and did not receive warfarin, was revealed. Therefore, warfarin can be more actively used in IS patients with AF provided safe dosing regimen.

Key words: atrial fibrillation, ischemic stroke, quality of life, anticoagulant therapy, warfarin.

Відомості про авторів:

Пантелєєнко Лариса Василівна – к.мед.н., асистент кафедри неврології НМУ імені О.О.Богомольця. Адреса: Київ, бульвар Т.Шевченка,13.

Соколова Лариса Іванівна – д.мед.н., професор, зав. кафедри неврології НМУ імені О.О.Богомольця. Адреса: Київ, бульвар Т.Шевченка,13.

УДК 616.8-021

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2014

***К.В.Серіков, Б.М.Голдовський, С.О.Поталов,
О.А.Льовкін, Є.В.Сідь***

**УДОСКОНАЛЕННЯ ДИНАМІЧНОГО МОНІТОРИНГУ
ЕФЕКТИВНОСТІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ
У ХВОРИХ З ПЕРВИННИМ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ
ДЗ «Запорізька медична академія
післядипломної освіти МОЗ України»**

Вступ. Застосування бальної оцінки загального стану критичних хворих на мозковий інсульт дозволяє не лише провести діагностику, але і оцінити ефективність інтенсивної терапії.