

після завершення лікування, а також проведено аналіз віддалених результатів лікування хворих на РШМ ІВ2-ІІВ стадії при застосуванні неoad'ювантної ХТ.

Література

1. Рак в Україні, 2009-2010/ З.П. Федоренко, А.В. Гайсенко, Л.О. Гулак та ін. // Бюлетень Національного канцер-реєстру. – 2011. – № 12. – С. 57-58.
2. Вінницька А.Б. Неoad'ювантна хіміотерапія як складова частина комбінованого лікування хворих на рак шийки матки / А.Б. Вінницька // Український медичний часопис. – 2004. – № 3 (41). – С. 95-98.
3. Воробйова Л.І. Клініко-морфологічні та молекулярно-біологічні фактори прогнозу у хворих на рак шийки матки / Л.І. Воробйова, І.В. Гончарук, Н.Ю. Лук'янова та ін. // Онкологія. – 2008. – Т.10, № 4. – С. 382-388.
4. Коломиєц Л.А. Местно-распространенный рак шейки матки: возможности химиолучевого лечения / Л.А. Коломиєц, А.В. Важенін, О.Н. Чуруксаєва и др. // Современная онкология. – 2005. – Т. 7, № 4. – С. 32-39.
5. Морхов К.Ю. Актуальные вопросы хирургического лечения рака шейки матки / К.Ю. Морхов, В.М. Нечушкина, В.В. Кузнецов // Практ. онкология. – 2009. – Т.10, № 2. – С. 93-100.
6. Сухіна О.М. Порівняльний аналіз ефективності різних схем комбінованого лікування хворих на рак шийки матки / О.М. Сухіна, О.А. Міхановський, В.С. Сухін та ін. // Ядерна медицина, променева терапія. – 2006. – № 2. – С. 71-74.
7. Gadducci A. Clinicopathological variables predictive of clinical outcome in patients with FIGO stage Ib2-IIb cervical cancer treated with cisplatin-based neoadjuvant chemotherapy followed by radical hysterectomy / Gadducci A., Teti G., Barsotti C. et al. // Anticancer research. – 2010. – Vol. 30. – P. 201-208.
8. Gonzales-Martin A. The current role of neoadjuvant chemotherapy in the management of cervical carcinoma / A. Gonzales-Martin, L. Gonzalez-Cortijo, N. Carballo et al. // Gynecol. Oncol. 110 (3 Suppl. 2). – 2008. – P. 36-40.
9. Lissoni A. A phase II, randomized trial of neoadjuvant chemotherapy comparing a three-drug combination of paclitaxel, ifosfamide, and cisplatin (TIP) versus paclitaxel and cisplatin (TP) followed by radical surgery in patients with locally advanced squamous cell cervical carcinoma: the SNAP-02 Italian Collaborative Study / A. Lissoni, N. Colombo, A. Pellegrino et al. // Ann. Oncol. 20. – 2009. – P. 660-665.
10. Peter G. Concurrent cisplatin-based radiotherapy and chemotherapy for locally advanced cervical cancer / G. Peter, M. Rose, N. Brian et al. // The new England Journal of medicine. – 1999. – Vol. 340, № 15. – P. 1144-1153.
11. Rose P.G. Concurrent chemoradiation for locally advanced carcinoma of the cervix: where are we in 2006? / Rose P.G. // Ann. Oncol. 17 (Suppl. 10). – 2006. – P. 224-229.

12. Vale C. Chemoradiotherapy for Cervical Cancer Meta-Analysis. Reducing uncertainties about the effects of chemoradiotherapy for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis of individual patient data from 18 randomized trials / C. Vale, J. Tierney, L. Stewart et al. // J. Clin. Oncol. – 2008. – P. 5802-5812.

13. Chemoradiotherapy for Cervical Cancer Meta-analysis Collaboration (CCCMAC). Reducing uncertainties about the effects of chemoradiotherapy for cervical cancer: individual patient data meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD008285. DOI: 10.1002/14651858.CD008285.

14. Neoadjuvant chemotherapy with paclitaxel and cisplatin or carboplatin for patients with locally advanced uterine cervical cancer. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. 2011 Aug;33(8):616-20

Крыжанівская А.Е., Андриев А.В.

Опыт применения химиотерапии в комбинированном лечении больных раком шейки матки

Резюме. Увеличение количества больных раком шейки матки молодого возраста, побуждает к пересмотру традиционных схем лечения, а именно применение лучевой терапии на предоперационном этапе, которая вызывает преждевременную инволюцию ткани яичника и сопровождается многочисленными осложнениями, которые отсрочивают проведение операции, ухудшают ее техническое выполнение. Применение, на первом этапе лечения платиносодержащих схем химиотерапии, позволяет перевести первично нерезектабельные формы в резектабельные и обеспечить абластику операционного вмешательства. Результаты неoad'ювантного лечения оценивали по степени регрессии опухоли (уменьшение ее размеров, исчезновение симптомов перифокального воспаления, некроз опухолевой ткани).

Ключевые слова: рак шейки матки, комбинированное лечение, химиотерапия.

Kryzhanivska A.Ye., Andriiv A.V.

Experience with Chemotherapy in Combined Treatment of the Patients with Cervical Carcinoma

Summary. The increasing young patients with cervical carcinoma are a matter of changing of traditional scheme of therapy. We study, that using radiation therapy? During perioperative period, made involution tissue of ovaries, besides it made more and longer preoperative period and hard technical operation and longer time of therapy. Apply at the first step chemotherapy with platinum agents allows to transfer primary non-resectable forms to resectable and ensure ablation surgery. Results of neoadjuvant treatment was assessed by degree of tumor regression (reduce its size, disappearance of symptoms perifocal inflammation, necrosis of tumor tissue).

Key words: cervical carcinoma, combined treatment, chemotherapy.

Надійшла 14.05.2012 року.

УДК 616.127-005.4-071- 072.7

Кутайні А.Р., Тацук В.К.

Зміни якості життя та стану коронарного і функціонального резервів у хворих на стабільну стенокардію

Буковинський державний медичний університет

Резюме. З метою визначення взаємовпливу зміни якості життя та стану коронарного і функціонального резервів у хворих на стабільну стенокардію обстежено 120 пацієнтів. Визначено, що фізичний компонент здоров'я є вищим у молодшому віці незалежно від статі, тоді як психологічний компонент здоров'я у жінок не залежить від віку, а в чоловіків є вищим у молодшому віці. Вищий функціональний клас стенокардії, тяжча серцева недостатність,

наявність надмірної маси тіла передбачають значне обмеження якості життя за фізичним компонентом здоров'я. Предикторами покращення якості життя є нижчий функціональний клас стенокардії, менш тяжка серцева недостатність, нижчий рівень загального холестерину крові, вища фракція викиду лівого шлуночка та вищі порогове навантаження і виконана робота, без залежності від статі, наявності артеріальної гіпертензії та порушень ритму.

Позитивна динаміка якості життя асоціюється з вираженими сприятливими зрушеннями ліпідного спектру у вигляді зниження загального холестерину крові, тригліцеридів та холестерину ліпопротеїдів низької щільності, зі зростанням фракції викиду лівого шлуночка та порогового навантаження і виконаної роботи.

Ключові слова: стабільна стенокардія, якість життя, фізичний компонент здоров'я, психологічний компонент здоров'я.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Оцінка якості життя (ЯЖ) в останні роки набуває більшого значення у світовій медичній практиці, як показник загального стану пацієнта, ефективності лікувальних та реабілітаційних заходів, що проводяться, а також використовується, як прогностичний критерій закінчення захворювання, важливий фармакоеконімічний критерій створення і випробування нових медичних технологій [2], що актуально і в кардіологічній практиці. Наявність симптомів стенокардії тісно пов'язана з ЯЖ в пацієнтів із хронічною ішемічною хворобою серця (ІХС) [8], адже за результатами дослідження CADENCE навіть щотижневий напад стенокардії супроводжується значним погіршенням ЯЖ [3]. Визначення даного показника набуває все більшого значення не тільки для клініциста, як провідний критерій вибору тактики та оцінки ефекту лікування ІХС [3, 6], але також є мірою сприйняття пацієнтом проведеного лікування [4]. Недостатнім дослідженням залишається взаємний вплив гендерспецифічних та вікових чинників на показник ЯЖ у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями.

Мета дослідження. Визначити взаємовплив зміни якості життя та стану коронарного і функціонального резервів у хворих на стабільну стенокардію.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 120 пацієнтів відділення хронічної ІХС Чернівецького обласного кардіологічного диспансеру з діагнозом стабільної стенокардії (СтСт) II та III функціонального класу (ФК). Усіх хворих розподілено на дві клінічні групи – 1-а – пацієнти зі зростанням ЯЖ (56,67% випадків), 2-а – пацієнти з відсутністю будь-яких змін ЯЖ (43,33% випадків). На початку стаціонарного лікування та через 3 міс. усі хворі пройшли клінічне, лабораторне (з оцінкою ліпідного профілю крові, рівнів лептину та С-реактивного білка (СРБ) крові) та інструментальне дослідження (електрокардіографія (ЕКГ) за допомогою ЕКГ-реєстратора ЮКАРД-200 (Україна) з визначенням сумарної депресії сегмента ST (Σ ST) та наявності аритмій, велоергометрія (ВЕМ) на велоергометрі ВЭ-02 (Україна) з оцінкою порогового навантаження (ПН) та виконаної роботи, ехокардіографія ультразвуковим сканером SAL 38AS ("Toshiba", Японія) з вимірюванням кінцевого діастолічного об'єму (КДО) лівого шлуночка (ЛШ), кінцевого систолічного об'єму (КСО) ЛШ, фракції викиду (ФВ) ЛШ. Визначення ЯЖ відбувалося за допомогою анкети SF-36, що складалася з 11 розділів, результати представлялися у вигляді оцінок у балах від 0 до 100 за 8 шкалами. Більш висока оцінка вказує на кращу ЯЖ, відсутність обмежень відповідає 50 балам і більше. Кількісно оцінювалися наступні показники: загальний стан здоров'я (ЗСЗ), фізичне функціонування (ФФ), рольове фізичне функціонування (РФФ) та інтенсивність

Таблиця 1. Оцінка якості життя в статевому розподілі

Показники здоров'я	Жінки	
	до 50-ти років	51 років та старше
ЗСЗ	31,23±1,82	41,88±1,55*
ФФ	47,84±2,27	47,50±2,23
РФФ	11,36±3,59	13,94±3,46
РЕФ	28,80±6,82	82,69±5,30*
СФ	48,64±0,58	50,02±0,88
ІБ	33,27±2,29	30,62±1,76
ЖЗ	41,36±1,01	49,52±1,06*
ПЗ	57,55±1,12	65,92±1,10*

Примітка: * - вірогідні відмінності між групами чоловіків та жінок ($p < 0,05$)

Таблиця 2. Оцінка якості життя у віковому розподілі

Показники здоров'я	51 років та старше	
	До 50-ти років	51 років та старше
ЗСЗ	38,86±1,87	35,06±1,77
ФФ	51,84±2,39	43,30±1,90*
РФФ	19,90±4,19	5,32±2,14*
РЕФ	56,47±7,09	59,57±7,24
СФ	49,16±0,82	49,62±0,73
ІБ	34,35±2,20	29,21±1,70
ЖЗ	46,33±1,34	45,21±1,01
ПЗ	62,12±1,31	62,04±1,31

Примітка: * - вірогідні відмінності між віковими групами ($p < 0,05$)

болю (ІБ), що характеризували фізичний компонент здоров'я (ФКЗ), соціальне функціонування (СФ), рольове емоційне функціонування (РЕФ), життєздатність (ЖЗ) та самооцінка психічного здоров'я (ПЗ), що характеризували психологічний компонент здоров'я (ПКЗ). Статистична обробка отриманих даних проводилася із застосуванням пакета програм «Microsoft Excel 97» (Microsoft) та «Statistica for Windows v. 5.0» (StatSoft Inc., США) з обрахуванням середніх значень, стандартних похибок середнього. Вірогідність різниці кількісних показників визначалася за допомогою t-критерію Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення

У чоловіків ПКЗ є вірогідно вищим за рахунок таких показників, як ЖЗ ($p < 0,001$), ПЗ ($p < 0,001$) та невірогідно за рахунок показника СФ ($p > 0,1$). Обмежень щодо РЕФ в даній групі практично не виявлено ($p < 0,001$). При оцінці ФКЗ показник ЗСЗ також є вірогідно вищим у цій групі ($p < 0,001$). Відзначено тенденцію до зменшення показника ІБ в чоловіків ($p > 0,1$), а отже можна передбачити менш виражене обмеження активності за рахунок болю. ФФ та РФФ не залежать від статі (в обох випадках $p > 0,5$). Результати оцінки ЯЖ в статевому розподілі наведені в табл. 1.

Молодший вік характеризується вищим ФКЗ, оскільки вірогідно більшими є показники ФФ та РФФ (в обох випадках $p < 0,001$). Показники ЗСЗ та ІБ є невірогідно вищими в молодшому віці ($p > 0,1$). ПКЗ, за власними даними, не залежить від віку, оскільки у різних вікових групах не виявлено суттєвих розбіжностей у значеннях показників РЕФ, СФ, ЖЗ та ПЗ (в усіх випадках $p > 0,5$). Результати оцінки ЯЖ у віковому розподілі наведені в табл. 2.

Виділення вікових підгруп у межах статевих груп вказало наступне. У підгрупі жінок молодшого віку вищим є ФКЗ за рахунок вірогідно більших показників ФФ та РФФ (в обох випадках $p < 0,05$). ЗСЗ та ІБ, а також ПКЗ у жінок не залежать від віку за відсутності вірогідної різниці у значеннях показників (в усіх випадках $p > 0,5$).

У підгрупі чоловіків молодшого віку ФКЗ також є вищим за рахунок вірогідно більших показників ЗСЗ ($p < 0,01$), РФФ ($p < 0,05$) та невірогідно більших показників ФФ та ІБ (в обох випадках $p > 0,1$). ПКЗ в чоловіків є дещо вищим у

Таблиця 3. Оцінка якості життя у віковому розподілі

Показники здоров'я	Жінки		Чоловіки	
	до 50-ти років	51 років та старше	до 50-ти років	51 років та старше
ЗСЗ	32,27±2,47	29,72±2,70	46,30±1,92	38,38±2,14*
ФФ	51,35±3,22	42,78±2,69*	52,39±3,64	43,62±2,61
РФФ	17,31±5,51	2,78±0,78*	22,83±6,46	6,90±3,01*
РЕФ	25,65±8,54	33,33±11,43	91,30±6,01	75,86±8,09
СФ	48,15±0,87	49,33±0,67	50,30±1,44	49,79±1,12
ІБ	34,58±3,53	31,39±2,33	34,09±2,54	27,86±2,34
ЖЗ	41,15±1,37	41,67±1,51	52,17±1,75	47,41±1,18*
ПЗ	57,23±1,45	58,00±1,81	67,65±1,63	64,55±1,46

Примітка: * - вірогідні відмінності між віковими підгрупами жінок ($p < 0,05$); * - вірогідні відмінності між віковими підгрупами чоловіків ($p < 0,05$)

Таблиця 5. Оцінка якості життя у розподілі вираженості серцевої недостатності

Показники здоров'я	СН I	СН ІА
ЗСЗ	40,26±1,73	32,03±1,67*
ФФ	53,28±2,14	39,08±1,51*
РФФ	19,40±3,69	2,63±1,84*
РЕФ	61,50±6,39	52,63±8,21
СФ	49,72±0,73	48,87±0,82
ІБ	35,74±1,99	25,87±1,43*
ЖЗ	46,72±1,20	44,34±1,07
ПЗ	63,03±1,24	60,63±1,20

Примітка: * - вірогідні відмінності між групами СН I та СН ІА (p<0,05)

Таблиця 6. Оцінка якості життя у розподілі показників маси тіла

Показники здоров'я	Нормальна маса тіла	
	Надмірна маса тіла	Нормальна маса тіла
ЗСЗ	35,89±1,49	40,33±2,56
ФФ	45,21±1,63	55,00±3,71*
РФФ	10,07±2,65	20,83±5,76
РЕФ	56,49±5,85	62,50±10,09
СФ	49,61±0,59	48,71±1,32
ІБ	29,21±1,23	39,71±3,93*
ЖЗ	45,14±0,94	47,71±1,83
ПЗ	61,33±0,99	64,33±1,92

Примітка: * - вірогідні відмінності між групами надмірної та нормальної маси тіла (p<0,05)

молодшому віці, за рахунок вірогідно більшого показника ЖЗ (p<0,05) та невірогідно більших показників РЕФ, ПЗ (в усіх випадках p>0,1). Тільки показник СФ не залежить від віку у чоловіків (p>0,5). Результати оцінки ЯЖ у статеві-віковому розподілі наведені в табл. 3.

Як і очікувалося, пацієнти з діагнованим вищим ФК СтСт мають значне обмеження ЯЖ у вигляді нижчого ФКЗ за всіма показниками (ЗСЗ (p<0,05), ФФ (p<0,001), РФФ (p<0,001) та ІБ (p<0,001)). У осіб із СтСт II ФК не виявлено значних обмежень ФФ. Окрім того, в пацієнтів з тяжкою стенокардією відзначено деяке зниження ПКЗ за рахунок зменшення життєвої активності у вигляді невірогідно нижчого показника ЖЗ (p>0,1). Це свідчить про більшу втому даної категорії пацієнтів, однак, без суттєвої різниці щодо емоційного стану з показниками РЕФ, СФ та ПЗ (в усіх випадках p>0,5). Аналогічні зміни показників ЯЖ стосуються і вираженості серцевої недостатності (СН). Результати оцінки ЯЖ у клінічному розподілі наведені в табл. 4 та 5.

Наявність надмірної маси тіла характеризується обмеженням як фізичного (вірогідно нижчими показниками ФФ (p<0,05) та ІБ (p<0,05), невірогідно нижчими показниками ЗСЗ (p>0,1), РФФ (p>0,1)), так і психологічного (невірогідно нижчими показниками ЖЗ (p>0,1), ПЗ (p>0,1)) компонентів здоров'я. Показники РЕФ та СФ практично не відрізняються в обох групах (в обох випадках p>0,5), як наведено в табл. 6.

Як свідчить клінічна характеристика пацієнтів, зростання ЯЖ відбувається невірогідно частіше в осіб молодшого віку (p>0,1), проте не залежить від статі (p>0,5). Частота покращення ЯЖ є вірогідно більшою в пацієнтів з нижчим ФК стенокардії (p<0,001), менш тяжкою СН (p<0,05), однак не залежить від наявності артеріальної гіпертензії (АГ) та порушень ритму (в обох випадках p>0,5). Клінічна характеристика пацієнтів з різною динамікою ЯЖ наведена в табл. 7.

При аналізі характеристики лабораторних показників хворих відзначено, що вірогідно нижчий рівень загального холестерину (ХС) (p<0,05), невірогідно нижчі рівні ХС ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЦ) (p>0,1) та тригліцеридів (ТГ) (p>0,1) передбачають зростання ЯЖ в наступному.

Таблиця 7. Клінічна характеристика пацієнтів груп з різною динамікою якості життя

Показник	Якість життя	
	зростає	змінилася
Вік, роки	49,66±0,74	51,19±0,72
Жінки, %	26,67±4,04	20,00±3,65
Чоловіки, %	30,00±4,18	23,33±3,86
СтСт II ФК, % випадків	26,67±4,04	7,50±2,40*
АГ, % випадків	43,33±4,52	32,50±4,28
СН ІА, % випадків	10,83±2,84	32,50±4,28*
Порушення ритму, % випадків	26,67±4,04	26,67±4,04

Примітка: * - вірогідні відмінності між групами з різною динамікою ЯЖ (p<0,05)

Таблиця 8. Лабораторна характеристика пацієнтів груп з різною динамікою якості життя

Показник	Якість життя зростає		Якість життя не змінилася	
	Початок спостереження	Закінчення спостереження	Початок спостереження	Закінчення спостереження
Лептин, нг/мл	18,31±3,41	14,56±2,41	13,09±1,61	19,46±4,99
СРБ, мг/л	3,29±1,00	5,27±1,61	4,99±1,31*	6,73±1,59
Загальний ХС, ммоль/л	4,84±0,15	4,29±0,13*	5,28±0,16	5,20±0,16
ХС ЛПВЩ, ммоль/л	1,56±0,11	1,75±0,11	2,02±0,12	2,19±0,12
ХС ЛПНЦ, ммоль/л	4,09±0,26	3,29±0,29*	4,64±0,16	4,40±0,21
ТГ, ммоль/л	2,06±0,13	1,65±0,12*	2,48±0,17	2,37±0,15

Примітка: * - вірогідні зміни в групі (p<0,05); * - вірогідні відмінності між групами з різною динамікою ЯЖ на початку спостереження (p<0,05)

Проте в цих пацієнтів визначений вірогідно нижчим і рівень ХС ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ) (p<0,01). Зростання ЯЖ відбувається за вірогідного зниження загального ХС (p<0,01), ХС ЛПНЦ (p<0,05), ТГ (p<0,05), невірогідного зростання ХС ЛПВЩ (p>0,1), тенденції до зниження рівня лептину (p>0,2). Однак, при цьому відзначено невірогідний приріст СРБ (p>0,1). Відсутність покращення ЯЖ характеризуються невірогідним зростанням лептину (p>0,1), схильністю до приросту СРБ (p>0,2), та відсутністю змін рівнів загального ХС, ХС ЛПНЦ, ХС ЛПВЩ та ТГ (в усіх випадках p>0,5). Лабораторна характеристика пацієнтів з різною динамікою ЯЖ наведена в табл. 8.

Зниження рівня загального ХС, порівняно зі зростанням даного показника, супроводжується покращанням як ФКЗ, так і ПКЗ: вірогідно частішим покращанням СФ (відповідно 15,0±5,65 та 0% випадків, p<0,05), невірогідно частішим покращанням ЗСЗ (відповідно 100 та 77,78±13,86 % випадків, p>0,1), ФФ (відповідно 85,0±5,65 та 55,56±16,56% випадків, p>0,1), РФФ (відповідно 89,74±4,86 та 55,56±16,56% випадків, p>0,1), ЖЗ (відповідно 70,00±7,25 та 44,44±16,56% випадків, p>0,1) та ПЗ (відповідно 52,50±7,90 та 33,33±15,71% випадків, p>0,1) за відсутності змін у РЕФ (відповідно 32,50±7,41 та 33,33±15,71% випадків, p>0,5) та ІБ (відповідно 87,50±5,23 та 88,89±10,48% випадків, p>0,5), як наведено на рис. 1.

Зниження рівня ТГ, порівняно зі зростанням даного показника, асоціюється з покращанням ФКЗ: невірогідно частішим покращанням ЗСЗ (відповідно 96,00±3,92 та 73,33±11,42% випадків, p>0,1), РФФ (відповідно 75,00±8,84 та 53,33±12,88% випадків, p>0,1) та ІБ (відповідно 84,00±7,33 та 73,33±11,42% випадків, p>0,2). Щодо ПКЗ, відмічена лише тенденція до покращання СФ (відповідно 16,00±7,33 та 6,67±4,44% випадків, p>0,2) за відсутності змін у РЕФ (відповідно 36,00±9,60 та 33,33±12,17%

випадків, $p > 0,5$) та ПЗ (відповідно 40,00±9,80 та 33,33±12,17% випадків, $p > 0,5$), як наведено на рис. 2.

Зниження рівня лептину, порівняно зі зростанням даного показника, супроводжується покращанням ФКЗ: невірогідно частішим покращанням ФФ (відповідно 75,00±10,83 та 52,38±10,90% випадків, $p > 0,1$), РФФ (відповідно 81,25±9,76 та 57,14±10,80% випадків, $p > 0,1$) та ІБ (відповідно 87,50±8,27 та 71,43±9,86% випадків, $p > 0,1$). ПКЗ практично не змінюється, за показниками РЕФ (відповідно 43,75±12,40 та 33,33±10,29% випадків, $p > 0,5$), ЖЗ (відповідно 50,00±12,50 та 47,62±10,90% випадків, $p > 0,5$) та ПЗ (відповідно 43,75±12,40 та 32,10±10,60% випадків, $p > 0,5$), як наведено на рис. 3.

Зростання якості життя відбувається при невірогідному зменшенні вираженості ішемічних змін на ЕКГ спокою ($p > 0,1$), тоді як при незмінній якості життя показник ΣST практично не змінився ($p > 0,5$).

При аналізі параметрів ЕХОКГ встановлено, що вірогідно нижчий рівень КСО ЛШ ($p < 0,05$) та вірогідно вища ФВ ЛШ ($p < 0,05$) передбачають зростання ЯК в наступному, без суттєвої різниці в значенні КДО ЛШ ($p > 0,5$). Зростання ЯЖ передбачає невірогідне збільшення ФВ ЛШ ($p > 0,1$) при деякому зменшенні КСО ЛШ ($p > 0,2$) та незмінному КДО ЛШ ($p > 0,5$), тоді як при відсутності покращання ЯЖ жоден з параметрів ЕХОКГ не змінюється (в усіх випадках $p > 0,5$).

Покращання ФКЗ у вигляді вірогідно частішого зростання ЗСЗ (відповідно 100,0 та 88,00±3,75% випадків, $p < 0,001$), ФФ (відповідно 100,0 та 65,33±5,50% випадків, $p < 0,001$), РФФ (відповідно 100,0 та 75,68±4,99% випадків, $p < 0,001$) та ІБ (відповідно 100,0 та 81,33±4,50% випадків, $p < 0,001$) визначене за приросту ФВ ЛШ. ПКЗ при цьому покращується вірогідно частіше лише за показниками СФ (відповідно 9,33±3,36 та 0% випадків, $p < 0,01$) та ЖЗ (відповідно 100,0 та 58,67±5,69% випадків, $p < 0,001$), невірогідно частіше за показником ПЗ (відповідно 75,00±21,65 та 42,67±5,71% випадків, $p > 0,1$) за відсутності відмінностей за показником РЕФ (відповідно 50,00±25,00 та 37,33±5,59% випадків, $p > 0,5$), як наведено на рис. 4.

Щодо показників ВЕМ-проби відзначено, що предикторами зростання ЯЖ, на відміну від відсутності її покращання, є вищі вихідні ПН та виконана робота, оскільки вони є вірогідно вищими (в обох випадках $p < 0,05$). Приріст вказаних показників відбувається тільки в пацієнтів зі зростанням ЯЖ (в обох випадках $p < 0,001$), тоді як за відсутності покращання ЯЖ ПН та виконана робота залишаються незмінними (в обох випадках $p > 0,5$). Характеристика результатів інструментальних досліджень пацієнтів груп з різною динамікою ЯЖ наведена в табл. 9.

Збільшення ПН, порівняно з відсутністю змін даного показника, асоціюється з покращанням як ФКЗ: вірогідно частішим покращанням ЗСЗ (відповідно 94,44±3,82 та 71,43±9,86% випадків, $p < 0,05$), ФФ (відповідно 80,56±6,60 та 38,10±10,60% випадків, $p < 0,001$), РФФ (відповідно 91,67±4,61 та 52,38±10,90% випадків, $p < 0,001$) та ІБ (відповідно 83,33±6,21 та 57,14±10,80% випадків, $p < 0,05$), так і ПКЗ: вірогідно частішим покращанням СФ (відповідно 11,11±5,24 та 0% випадків, $p < 0,05$), ЖЗ (відповідно 69,44±7,68 та 38,10±10,60% випадків, $p < 0,05$), ПЗ (відповідно 55,56±8,28 та 28,57±9,86% випадків, $p < 0,05$), невірогідно частішим покращанням РЕФ (відповідно 36,11±8,01 та 23,81±9,29% випадків, $p > 0,1$), як наведено на рис. 5.

Таким чином, чоловіки характеризуються вищим ПКЗ за рахунок показників ЖЗ ($p < 0,001$), ПЗ ($p < 0,001$) без обмеження щодо РЕФ ($p < 0,001$), що вказує на кращий психоемоційний стан, меншу втому, меншу схильність до тривожних переживань. Це співпадає з результатами дослідження ЕПГРАФ-2, адже відчуття пацієнтом повноти життя зале-

Таблиця 9. Характеристика результатів інструментальних досліджень пацієнтів груп з різною динамікою якості життя

Показник	Якість життя зросла		Якість життя не змінилася	
	Початок спостереження	Закінчення спостереження	Початок спостереження	Закінчення спостереження
ΣST , мм	1,03±0,28	0,58±0,21	0,79±0,27	0,65±0,21
КДО ЛШ, мл	105,89±3,01	103,28±3,42	118,45±5,86	123,46±6,55
КСО ЛШ, мл	41,67±1,76	39,62±1,85	49,54±3,12*	52,53±3,57
ФВ ЛШ, %	60,79±0,62	61,64±0,53	58,74±0,80*	57,95±0,87
ПН, Вт	82,95±6,28	124,85±6,73*	60,64±6,81*	66,86±7,61
Робота, кДж	26,01±2,96	45,14±3,21*	16,50±3,11*	17,77±3,28

Примітка: * - вірогідні зміни в групі ($p < 0,05$); * - вірогідні відмінності між групами з різною динамікою ЯЖ на початку спостереження ($p < 0,05$)

жало від статі (у чоловіків оцінка була вищою) [1]. Депресія та тривога є незалежними предикторами коронарних подій у жінок [7], а за даними дослідження APPROACH частіше діагностуються у жінок через 1 рік після проведення ангіографії, суттєво погіршуючи якість життя [12]. ФКЗ в обстежуваних чоловіків є вищим за показником ЗСЗ ($p < 0,001$).

ФКЗ визначений вищим у молодшому віці за більшими показниками ФФ та РФФ (в обох випадках $p < 0,001$) незалежно від віку ПКЗ. Це свідчить про більшу фізичну активність та менше обмеження повсякденної діяльності за рахунок фізичного стану пацієнтів молодшого віку. За даними літератури, зниження ФФ передбачає ризик ІХС, незалежно від наявності відомих чинників ризику [10].

При виділенні вікових підгруп у межах статевих груп у підгрупі жінок молодшого віку, як і у відповідній віковій групі в цілому, вищим є ФКЗ за більшими показниками ФФ та РФФ (в обох випадках $p < 0,05$) без залежності від віку ПКЗ. Підгрупа чоловіків молодшого віку характеризується вищим ФКЗ за більшими показниками ЗСЗ ($p < 0,01$) та РФФ ($p < 0,05$). На відміну від вікової групи в цілому в молодшому віці ПКЗ в чоловіків є дещо вищим за більшим показником ЖЗ ($p < 0,05$).

Вищий ФК СтСт та тяжча СН передбачають значне обмеження ЯЖ за ФКЗ за всіма показниками (ЗСЗ ($p < 0,05$), ФФ ($p < 0,001$), РФФ ($p < 0,001$) та ІБ ($p < 0,001$)). Це вказує на те, що фізична та повсякденна активність цих пацієнтів значно обмежена станом здоров'я та інтенсивністю болу, а також про низьку оцінку пацієнтом свого стану здоров'я на теперішній момент та в перспективі лікування. За даними літератури, жіноча стать, вік старше 60-ти років та наявність виражених симптомів СН асоціюються зі зниженням ЯЖ [9, 11].

Надмірна маса тіла асоціюється з обмеженням ФКЗ за показниками ФФ ($p < 0,05$) та ІБ ($p < 0,05$). Як свідчать результати дослідження ЕПГРАФ-2, показник ФФ пацієнтів вірогідно, незалежно та зворотно корелює з індексом маси тіла та наявністю ознак СН [1]. Однак, за даними інших авторів, обмеженню підлягає і ПКЗ, оскільки зниження надмірної маси тіла впродовж 6-ти місяців вірогідно покращує РЕФ, СФ та ПЗ [13].

Позитивна динаміка ЯЖ спостерігається дещо частіше в осіб молодшого віку ($p > 0,1$), з нижчим ФК стенокардії ($p < 0,001$), менш тяжкою СН ($p < 0,05$), незалежно від статі, наявності АГ та порушень ритму. За даними the Prospective Registry Evaluating Myocardial Infarction: Event and Recovery study, кращий контроль симптомів стенокардії в старшому віці асоціювався з більш вираженим зростанням ЯЖ, ніж у молодшому [8].

Зростання ЯЖ відбулося в пацієнтів з нижчим початковим рівнем загального ХС ($p < 0,05$), однак, і нижчим рівнем

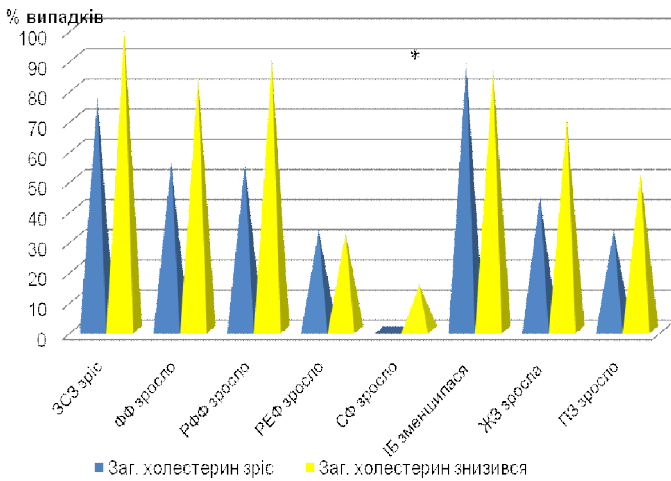


Рис. 1. Зв'язок між змінами загального холестерину крові та якості життя
*- вірогідні зміни в групі (p<0,05)

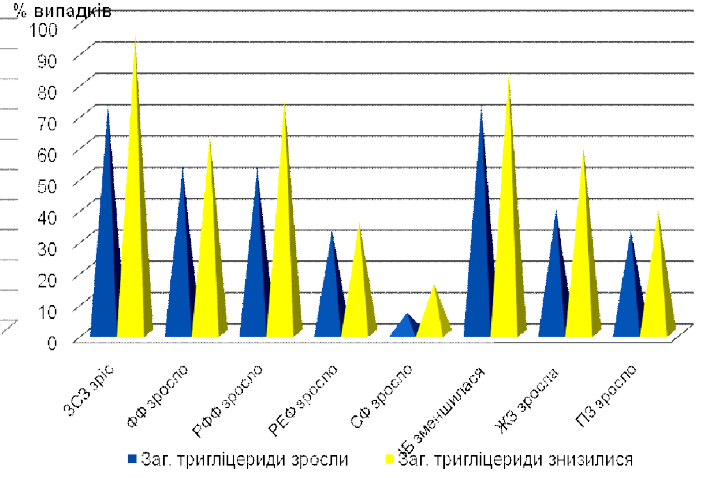


Рис. 2. Зв'язок між змінами тригліцеридів крові та якості життя

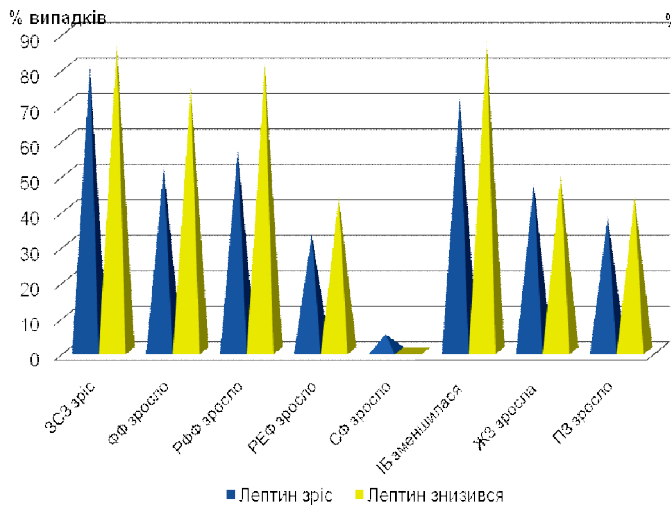


Рис. 3. Зв'язок між змінами лептину крові та якості життя

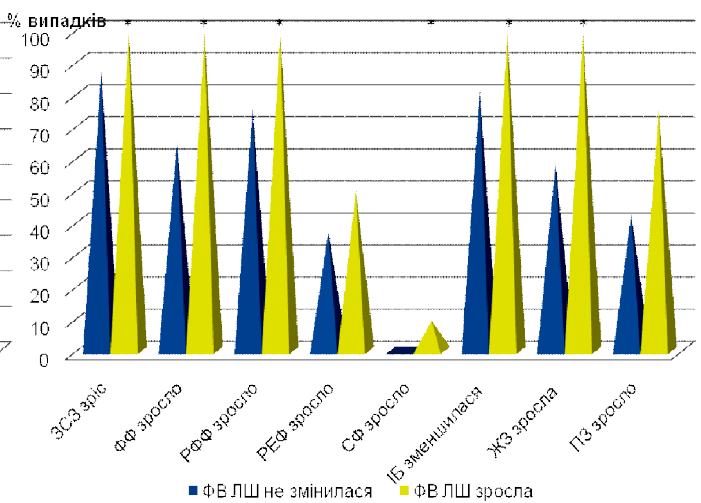


Рис. 4. Зв'язок між змінами фракції викиду лівого шлуночка та якості життя
*- вірогідні зміни в групі (p<0,05)

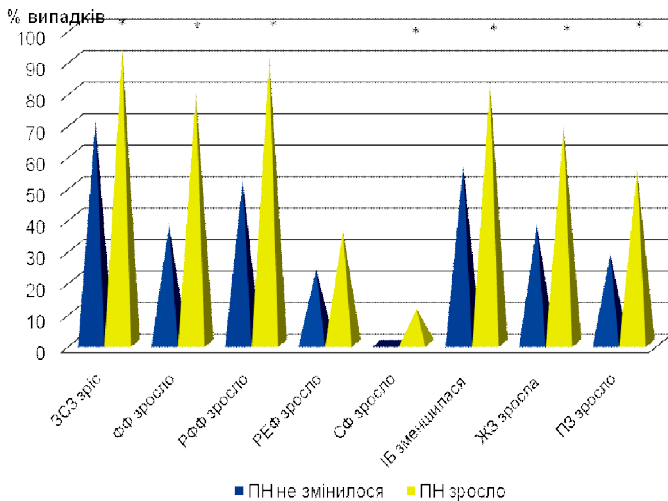


Рис. 5. Зв'язок між змінами порогового навантаження та якості життя
*- вірогідні зміни в групі (p<0,05)

ХС ЛПВЩ (p<0,01). Позитивна динаміка ЯЖ асоціювалася зі зниженням загального ХС (p<0,01), ХС ЛПНЩ (p<0,05) та ТГ (p<0,05).

Позитивна динаміка ЯЖ відзначається за умови нижчого початкового рівня КСО ЛШ (p<0,05) та вищої початкової

ФВ ЛШ (p<0,05). Приріст ФВ ЛШ асоціюється з покращенням ФКЗ за частішим зростанням усіх показників: ЗСЗ (p<0,001), ФФ (p<0,001), РФФ (p<0,001) та ІБ (p<0,001). Отже, зменшується ступінь впливу фізичного стану та інтенсивності болю на виконання фізичних навантажень, повсякденну активність цих пацієнтів, включаючи зменшення затрат часу, збільшення об'єму виконаної роботи, якості її виконання, а також зростає впевненість у перспективі подальшого лікування. При вказаних змінах систолічної функції ЛШ ПКЗ покращується частіше лише за показниками СФ (p<0,01) та ЖЗ (p<0,001), що вказує на розширення соціальних контактів, підвищення рівня спілкування та життєвої активності.

Вищі початкові ПН та виконана робота (в обох випадках p<0,05) передбачають зростання ЯЖ, на відміну від відсутності покращання. Позитивна динаміка ЯЖ зазначається тільки за зростання вказаних показників стрес-тесту (в обох випадках p<0,001) без їх змін за відсутності покращання ЯЖ. За даними літератури, зростання фізичної працездатності при виконанні тредміл-тесту та зниження ФК стенокардії асоціюються з покращенням ЯЖ [5]. Приріст ПН відбувається з покращенням як ФКЗ: вірогідно частішим зростанням ЗСЗ (p<0,05), ФФ (p<0,001), РФФ (p<0,001) та ІБ (p<0,05), так і ПКЗ: вірогідно частішим зростанням СФ (p<0,05), ЖЗ (p<0,05) та ПЗ (p<0,05). Це вказує на зняття обмежень впливу фізичного та емоційного стану на соці-

альну активність спілкування, зменшення втоми, розширення меж спілкування, зростання показника позитивних емоцій. Як свідчать результати а PreCIS study, фізичний компонент здоров'я є предиктором 5-тирічної смертності у пацієнтів високого ризику з ІХС [14].

Висновки

1. Отже, фізичний компонент здоров'я є вищим у молодшому віці, незалежно від статі, тоді як психологічний компонент здоров'я у жінок не залежить від віку, а в чоловіків є вищим у молодшому віці.

2. Вищий функціональний клас стенокардії, тяжча серцева недостатність, наявність надмірної маси тіла передбачають значне обмеження якості життя за фізичним компонентом здоров'я.

3. Предикторами покращення якості життя є нижчий функціональний клас стенокардії, менш тяжка серцева недостатність, нижчий рівень загального холестерину крові, вища фракція викиду лівого шлуночка та вищі порогове навантаження і виконана робота, незалежно від статі, наявності артеріальної гіпертензії та порушень ритму.

4. Позитивна динаміка якості життя асоціюється з вираженими сприятливими зрушеннями ліпідного спектру у вигляді зниження загального холестерину крові, тригліцеридів та холестерину ліпопротеїдів низької щільності, зі зростанням фракції викиду лівого шлуночка та порогового навантаження і виконаної роботи.

Перспективи подальших досліджень

Подальше вивчення гендерних та вікових особливостей ЯЖ, а також взаємовпливу зміни ЯЖ та стану коронарного і функціонального резервів доцільне з метою удосконалення критеріїв оцінки ефекту лікування ІХС.

Література

1. Радченко Г.Д. Якість життя пацієнтів з м'якою та помірною артеріальною гіпертензією. Зміни під впливом антигіпертензивного лікування / Г.Д. Радченко, Ю. М. Сіренко // Український кардіологічний журнал. – 2008. – № 1. – С. 46-49.
2. Ягєнський А.В. Оцінка якості життя в сучасній медичній практиці / А.В. Ягєнський, І.М. Січкарук // Внутрішня медицина. – 2007. – Т. 3, № 3. – С. 57-62.
3. The prevalence of weekly angina among patients with chronic stable angina in primary care practices: The Coronary Artery Disease in General Practice (CADENCE) Study / J.F. Beltrame, A.J. Weekes, C. Morgan [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2009. – Vol. 169, № 16. – P. 1491-1499.
4. Short- and long-term health related quality-of-life and anginal status of the Arterial Revascularisation Therapies Study part II, ARTS-II; sirolimus-eluting stents for the treatment of patients with multivessel coronary artery disease / R.T. van Domburg, J. Daemen, M.C. Morice [et al.] // EuroIntervention. – 2010. – Vol. 5, № 8. – P. 962-967.
5. Relationship between the EQ-5D index and measures of clinical outcomes in selected studies of cardiovascular interventions / K.A. Goldsmith, M.T. Dyer, P.M. Schofield [et al.] // Health. Qual. Life. Outcomes. – 2009. – Vol. 7. – P. 96.
6. Quality of life in high-risk patients with stable multivessel coronary artery disease treated either medically or with coronary artery bypass graft surgery - 12-month follow-up / R. Krecki, J. P. Drozd, Szczepniak [et al.] // Kardiol. Pol. – 2010. – Vol. 68, № 1. – P. 22-30.
7. Lindeberg S.I. Exhaustion predicts coronary heart disease independently of symptoms of depression and anxiety in men but not in women / S.I. Lindeberg, M. Rosvall, P.O. Цstergren // J. Psychosom. Res. – 2012. – Vol. 72, № 1. – P. 17-21.
8. Angina frequency after myocardial infarction and quality of life in older versus younger adults: the Prospective Registry Evaluating Myocardial Infarction: Event and Recovery study / R.B. Longmore, J.A. Spertus, K.P. Alexander [et al.] // Am. Heart. J. – 2011. – Vol. 161, № 3. – P. 631-638.
9. Quality of life in patients with severe and stable coronary atherosclerotic disease / G. Moriel, M.G. Roscani, L.S. Matsubara [et

al.] // Arq. Bras. Cardiol. – 2010. – Vol. 95, № 6. – P. 691-697.

10. Physical functional health predicts the incidence of coronary heart disease in the European Prospective Investigation into Cancer-Norfolk prospective population-based study / P.K. Myint, R.N. Luben, P.G. Surtees [et al.] // Int. J. Epidemiol. – 2010. – Vol. 39, № 4. – P. 996-1003.

11. Quality of life in patients with heart failure: the perspective of primary health care / J.C. Naveiro-Rilo, M.A. Diez-Juarez, L. Flores-Zurutuza [et al.] // Gac. Sanit. – 2012. – Vol. 1, № 2. – P. 504-521.

12. Sex and gender discrepancies in health-related quality of life outcomes among patients with established coronary artery disease / C.M. Norris, J.A. Spertus, L. Jensen [et al.], APPROACH Investigators // Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes. – 2008. – Vol. 1, № 2. – P. 123-130.

13. The Coronary Health Improvement Project (CHIP) for lowering weight and improving psychosocial health / C.L. Thieszen, R.M. Merrill, S.G. Aldana [et al.] // Psychol. Rep. – 2011. – Vol. 109, № 1. – P. 338-352.

14. Association of SF-36 with coronary artery disease risk factors and mortality: a PreCIS study / J.P. Zhang, L. Pozuelo, D.M. Brennan [et al.] // Prev. Cardiol. – 2010. – Vol. 13, № 3. – P. 122-129.

Кутайни А.Р., Ташчук В.К.

Изменения качества жизни и состояния коронарного и функционального резервов у больных стабильной стенокардией

Резюме. С целью определения взаимовлияния изменений качества жизни и состояния коронарного и функционального резервов у больных стабильной стенокардией обследовано 120 пациентов. Доказано, что физический компонент здоровья выше в младшем возрасте независимо от пола, в то время как психологический компонент здоровья у женщин не зависит от возраста, а у мужчин выше в младшем возрасте. Более высокий функциональный класс стенокардии, более тяжелая сердечная недостаточность, наличие ожирения предусматривают более значительное ограничение качества жизни по физическому компоненту здоровья. Предикторами улучшения качества жизни есть более низкий функциональный класс стенокардии, менее тяжелая сердечная недостаточность, более низкий уровень общего холестерина крови, более высокая фракция выброса левого желудочка и более высокая пороговая нагрузка и выполненная работа, без зависимости от пола, наличия артериальной гипертензии и нарушенный ритма. Позитивная динамика качества жизни ассоциируется с выраженными благоприятными изменениями липидного спектра в виде снижения общего холестерина крови, триглицеридов и холестерина липопротеидов низкой плотности, с увеличением фракции выброса левого желудочка и пороговой нагрузки и выполненной работы.

Ключевые слова: стабильная стенокардия, качество жизни, физический компонент здоровья, психологический компонент здоровья.

Kutaini A.R., Tashchuk V.K.

Changes of the Quality of Life and the State of the Coronary and Functional Reserves in Patients with Stable Angina Pectoris

Summary. To determine the effects of changes in the quality of life and status of coronary flow reserve in patients with functional and stable angina examined 120 patients. It is proved that the physical component of health in junior age regardless of sex, while women's health psychological component is not dependent on age for men is higher in younger age. Higher functional class of stable angina, more severe heart failure, obesity are more significant restriction of the quality of life for physical health. Predictors of quality of life is there functional lower class of stable angina, less severe heart failure, lower blood total cholesterol, higher left ventricular ejection fraction and a higher threshold load and accomplished, without depending on gender, presence of arterial hypertension and arrhythmia. Positive dynamics of the quality of life is associated with favorable changes in lipid spectrum in the form of lower blood total cholesterol, triglycerides and low-density lipoprotein levels cholesterol of low density, with an increase in left ventricular ejection fraction and the threshold for load and performance.

Key words: stable angina pectoris, quality of life, physical health component, psychological health component.

Надійшла 25.06.2012 року.