

Таким чином, сьогодні практично не викликає сумнівів значущість епігенетичних факторів у розвитку вікозалежних захворювань. Епігенетику вважають «епіцентром сучасної медицини». Генетико-епідеміологічні дослідження є основним джерелом знань щодо спільного впливу генотипу та навколишнього середовища на ризик розвитку захворювань. Поглиблення знань щодо епігенетичних процесів сприятиме до перегляду фундаментальних уявлень про природу патологічних процесів. Розуміння особливостей метаболізму лікарських засобів у пацієнтів з різними соматотипами дозволить обирати індивідуалізовану високоефективну фармакотерапію.

Профілактичні стратегії, спрямовані на запобігання дії потенційно шкідливих екзогенних факторів (зміни у режимі харчування, способі життя, а також застосування фармакологічних препаратів), дозволять ефективно протидіяти виникненню патологічних станів. Саме персоналізована превентивна медицина у майбутньому лежатиме в основі повсякденної клінічної практики.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Гендерные особенности гемодинамических реакций на нагрузку* / Н. А. Бебякова, Н. А. Фадеева, О. М. Феликсова, А. В. Хромова // *Медицинские науки*. – 2013. – № 5. – С. 33–37.
2. *Влияние различных типов жировоголожения на состояние сердечно-сосудистой системы* / Т. Н. Василькова, Т. Б. Баклаева, С. И. Матаев [и др.] // *Сердце: журнал для практикующих врачей*. – 2014. – Т. 75, № 1. – С. 45–49.
3. *Доронин Б. М.* Конституциональные характеристики мужчин пожилого возраста с ишемическим инсультом / Б. М. Доронин, Е. А. Васькина, О. А. Денисова // *Бюллетень сибирской медицины*. – 2008. – Прил. 1. – С. 23–28.
4. *Пуликов А. С.* Конституциональные особенности кардио-респираторной системы и адаптационные возможности юношей / А. С. Пуликов, О. Л. Москаленко // *В мире научных открытий*. – 2012. – № 5 (29). – С. 87–111.
5. *Gravina S.* Epigenetic factors in aging and longevity / S. Gravina, J. Vijg // *Pflugers Arch*. – 2010. – Vol. 459. – P. 247–258.
6. *Guthmann F.* New evidence for fetal insulin hypothesis: fetal angiotensin M235T polymorphism is associated with birth weight and elevated fetal total glycated hemoglobin at birth / F. Guthmann, B. Hocher // *J Hypertens*. – 2010. – Vol. 28. – P. 732–739.
7. *Critical environmental periods in the pathogenesis of hypertension* / J. Kunes, M. Kadlecova, I. Vaneckova, J. Zicha // *Physiol. Res*. – 2012. – Vol. 61 (Suppl. 1). – P. 9–17.
8. *Ordovas J. M.* Epigenetics and cardiovascular disease / J. M. Ordovas, C. E. Smith // *Nat Rev Cardiol*. – 2010. – Vol. 7. – P. 510–519.
9. *Somatotype and schizophrenia. A case-control study* / G. Pailhez, A. Rodriguez, J. Ariza [et al.] // *Actas Esp Psiquiatr*. – 2009. – Vol. 37 (5). – P. 258–266.
10. *Effect of living conditions on somatotype components of young individuals belonging to different socioeconomic strata* / C. Pelin, B. Ozener, A. Kürkcüoğlu, R. Zayrapan // *EJA*. – 2010. – Vol. 1 (1). – P. 26–32.
11. *Turunen M. P.* Epigenetics and atherosclerosis / M. P. Turunen, E. Aavik, S. Ylä-Herttuala // *Biochim Biophys Acta*. – 2009. – Vol. 1790. – P. 886–891.
12. *Zicha J.* System analysis in hypertension: complementary role of physiologists and geneticists / J. Zicha, I. Vaneckova, J. Kunes // *Physiol Res*. – 2010. – Vol. 59. – P. 837–839.

УДК 612.12-005.4:616.12-008.46-089:615.837

Ю. І. Карпенко, д-р мед. наук, проф.,
О. В. Савельєва, канд. мед. наук, доц.,
О. В. Потапчук, канд. мед. наук, доц.,
О. І. Перстньов, канд. мед. наук, доц.,
О. В. Бліхар

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ КАРДІОЛОГІЧНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ ПІДВИЩЕННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ КАРДІОМІОПАТІЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 612.12-005.4:616.12-008.46-089:615.837

Ю. І. Карпенко, О. В. Савельєва, О. В. Потапчук, О. І. Перстньов, О. В. Бліхар
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ КАРДІОЛОГІЧНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ
ЯК ЗАСОБУ ПІДВИЩЕННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ
КАРДІОМІОПАТІЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

У роботі представлені відомості про вплив методу кардіологічної ударно-хвильової терапії (КУХТ) на прихильність до лікування та на якість життя пацієнтів. Використання в комплексній терапії методу КУХТ підвищує прихильність хворих на ішемічну кардіоміопатію на тлі цукрового діабету 2 типу до лікування і покращує якість життя за рахунок запланованих візитів пацієнтів, постійного контролю з боку лікаря, що в результаті об'єктивно поліпшує соматичний стан пацієнта.

Ключові слова: кардіологічна ударно-хвильова терапія, прихильність до лікування, ішемічна кардіоміопатія, цукровий діабет.

The article presents data about the influence of the method of cardiac shock wave therapy (CSWT) to adherence to treatment and the quality of life of patients. Using method CSWT in combined therapy of ischemic heart disease with diabetes mellitus type 2 improves adherence to treatment and quality of life due to increasing level of scheduled visits, constant monitoring by a physician, and improves the medical condition of the patient.

Key words: cardiac shock wave therapy, adherence to treatment, ischemic cardiomyopathy, diabetes mellitus.

Вступ

Завдяки сучасним методам лікування ішемічної хвороби серця (ІХС) та цукрового діабету 2 типу (ЦД), з кожним роком простежується тенденція до зростання тривалості життя цих пацієнтів. Відповідно збільшується кількість хворих з тяжкими формами ІХС, зокрема з ішемічною кардіоміопатією (ІКМП) [1; 2]. Проте збільшення тривалості життя не завжди корелює з якістю життя. Цьому є низка причин і одна з основних — це низька прихильність пацієнтів до лікування, оскільки хронічні соматичні захворювання суттєво змінюють увесь психосоціальний стан людини. Зміни можливостей хворих у здійсненні різних видів діяльності, обмеження кола контактів з оточуючими людьми призводять до переоцінки місця, що хворий займає у житті. У зв'язку з цим спостерігається зниження вольової активності, обмеження кола інтересів, млявість, апатичність, порушення цілеспрямованої діяльності, зниження працездатності [3]. Усе вищеперераховане є причиною, яка призводить до негативних змін якості життя та недостатньої прихильності до лікування.

Завдання сучасного лікаря — мотивувати пацієнта та збільшити прихильність до лікування. Це можна здійснити, впливаючи на такі фактори: регулярне відвідування лікаря; страх перед розвитком ускладнень ІХС, ЦД і супровідних захворювань; складність режиму терапії; можливість самостійного контролю фізіологічних показників (артеріальний тиск, пульс, рівень глюкози тощо), підтримка сім'ї і друзів, відчуття ефекту від лікування. Усе вищеперераховане доказово призводить до поліпшення якості життя [4]. Одним із сучасних методів лікування ІХС є метод кардіологічної ударно-хвильової терапії (КУХТ). Даний метод розроблений з метою додаткової стимуляції гібернованого міокарда у пацієнтів з вираженою патологією серця й ураженням дистальних відділів коронарних судин (ІКМП у поєднанні з ЦД 2 типу). Методика передбачає досить частий контакт пацієнта з лікарем, що дає можливість більш ретельного самоконтролю, корекції терапії, профілактики ускладнень ІХС і ЦД [5; 6].

Мета роботи — вивчення впливу методу КУХТ на прихильність до лікування та змін

якості життя хворих на ІХС — ІКМП і ЦД 2 типу.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 86 пацієнтів з верифікованим діагнозом ІХС — ІКМП на тлі ЦД 2 типу, з них 58 чоловіків і 28 жінок. Середній вік пацієнтів (63±3) роки. Пацієнти були розподілені на дві групи: 1-ша група (43 пацієнти) одержувала адекватну терапію згідно з чинними протоколами, у 2-й групі (43 пацієнти) на фоні терапії проводилося лікування з використанням методу КУХТ. Результат лікування оцінювався в динаміці: до проведення КУХТ та після завершення курсу терапії, через 9 і 12 міс. від початку спостереження.

Тривалість захворювання на ІХС у 13 (15 %) хворих становила менше 10 років, у 49 (57 %) хворих — 10–15 років, у 24 (28 %) хворих — більше 15 років. Рівень глікованого гемоглобіну дорівнював 6,5–7,5 %, що відповідає задовільній компенсації вуглеводного обміну.

Оцінка якості життя хворого проводилася за допомогою опитувальника European Quality of Life Questionnaire (EQ-5D). Прихильність пацієнта до медикаментозної терапії оцінювалася за тестом Моріскі — Гріна.

EQ-5D — загальний опитувальник оцінки якості життя. Він оцінює статус здоров'я на підставі 5 компонентів, пов'язаних з такими аспектами життя: рухливість, самообслуговування, активність у повсякденному житті, біль або дискомфорт, неспокій або депресія [7; 8].

Тест Моріскі — Гріна — це суб'єктивна оцінка пацієнтом прихильності до терапії шляхом визначення бала, який найбільш адекватно відображає його ставлення до лікування [9].

Усі пацієнти перед дослідженням проходили оцінку психотипу за допомогою особистісного опитувальника Бехтеревського інституту (ООБІ), розробленого з метою діагностики типів ставлення до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних відносин у хворих на хронічні соматичні захворювання. За допомогою опитувальника діагностується ставлення до самої хвороби, до її лікування, а також до лікарів і медперсоналу, рідних і близьких, оточуючих, роботи (навчання), самотності та майбутнього, а також суб'єктивна оцінка самопочуття [10].

Таблиця 1

Оцінка прихильності до лікування
(у балах згідно з опитувальником Моріскі — Гріна)
залежно від тривалості ішемічної хвороби серця, %

Бали	Тривалість, років		
	Більше 15	10– 15	Менше 10
2 — низька прихильність	62	25	13
3 — неповна прихильність	25	27	48
4 — висока прихильність	13	48	39

Результати дослідження та їх обговорення

При розгляді системи особистісних відносин за окремими шкалами виявлено, що серед даної когорти хворих превалюють такі психотипи: гармонічний — 30 (35 %) хворих, тривожний — 15 (18 %) хворих, іпохондричний — 12 (14 %) хворих, депресивний — 8 (9 %) хворих, ейфоричний — 8 (9 %) хворих, астеничний — 7 (8 %) хворих, меланхолічний — 6 (7 %) хворих.

Згідно з опитувальником Моріскі — Гріна, найвища прихильність до лікування відмічається у тривожного, іпохондричного та гармонічного психотипів. Середня прихильність — у тривожного, астеничного, гармонічного та меланхолічного типів, низька прихильність — у депресивного, ейфоричного й астеничного типів.

У зв'язку з тим, що низька та середня прихильність до лікування притаманна пацієнтам з більш високим ризиком виникнення фатальних ускладнень ІХС і ЦД, було вирішено включити до 2-ї групи переважно дані категорії хворих. Таким чином, визначення психотипу за допомогою опитувальника ООБІ може бути використано для відбору хворих із недостатньою прихильністю.

За допомогою опитувальника Моріскі — Гріна встановлено ступінь прихильності до лікування залежно від тривалості ІХС. Хворі з тривалістю ІХС більше 15 років виявили найнижчу прихильність (низька прихильність у 62 %, середня — у 25 % і висока — у 13 % хворих). Серед хворих із тривалістю хвороби 10–15 років низька прихильність виявлена у 25 %, середня — у 27 % і висока — у 48 % осіб. У хворих із тривалістю хвороби менше 10 років низька прихильність виявлена у 13 %, середня — у 48 % і висока — у 39 % осіб (табл. 1).

Виявлення прихильності до лікування згідно з опитувальником Моріскі — Гріна на початку обстеження показало відсутність статистично достовірної різниці між групами. Дослідження після завершення спостереження показало більшу прихильність до лікування у хворих 2-ї групи. Кількість хворих з високою прихильністю зросла з 16 до 35 % за рахунок зменшення кількості хворих з низькою та середньою прихильністю до лікування — з 33 до 23 % та з 51 до 42 % відповідно (табл. 2).

Згідно з даними опитувальника EQ-5D, виявлено, що в усіх групах покращилась якість життя. За даними цього опитувальника, різниця між

Таблиця 2

Оцінка прихильності до лікування
(у балах згідно з опитувальником
Моріскі — Гріна) до та після спостереження, %

Бали	1-ша група		2-га група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
2 — низька прихильність	30	28	33	23
3 — неповна прихильність	51	49	51	42
4 — висока прихильність	19	23	16	35

значенням на початку та після завершення спостереження за шкалами «Рухливість», «Самообслуговування», «Повсякденна діяльність» між двома групами була достовірною, а за шкалами «Біль» і «Тривога» достовірної різниці не відмічено.

У 1-й групі різниця за шкалами була статистично недостовірною і відповідно становила: за шкалою «Рухливість» — 0,2, «Самообслуговування» — 0,3, «Повсякденна діяльність» — 0,1, «Біль» — 0,2, «Тривога» — 0,2 (рис. 1). У 2-й гру-

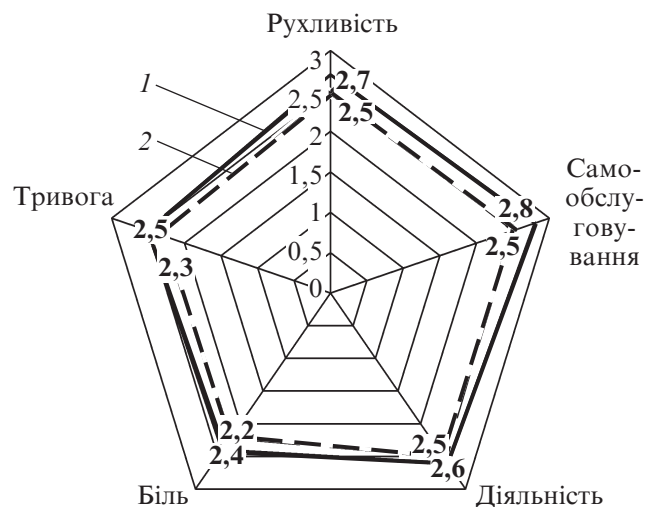


Рис. 1. Динаміка показників оцінювання якості життя хворих 1-ї групи. На рис. 1, 2: 1 — до лікування; 2 — після лікування

пі різниця за шкалами була статистично достовірною ($p < 0,05$) і відповідно становила: за шкалою «Рухливість» — 0,7, «Самообслуговування» — 0,6, «Повсякденна діяльність» — 0,5 (рис. 2). За шкалами «Біль» і «Тривога» достовірної різниці не виявлено ($p > 0,05$).

Оцінювали частоту візитів до лікаря до та після початку спостереження. У 1-й групі на початку лікування хворі навідувалися до лікаря в середньому 2,2 разу на рік, у 2-й групі — 1,8 разу на рік. Протягом року спостереження 1-ша група в середньому навідувалася до лікаря 3,9 разу, а 2-га група — 9,7 разу. Збільшення кількості візитів до лікаря у 2-й групі зумовлене особливостями протоколу ведення КУХТ. Це асоціювалося з більш ретельним контролем з боку медичного персоналу, що приводило до акцентування уваги на позитивних змінах самопочуття і стало одним з факторів підвищення прихильності до лікування. Усі хворі відмічали підвищення толерантності до фізичного навантаження у вигляді збільшення пройденої відстані без задишки та болю за грудниною. У частини пацієнтів (30 % від усіх хворих), що мали стенокардію напруження, оцінювали частоту прийому нітропрепаратів короткої дії. При цьому достовірно значущої різниці між 1-ю та 2-ю групами не виявлено (табл. 3).

Висновки

1. Тривалий перебіг ІХС — ІКМП, ускладненою іншою соматичною патологією, а саме ЦД 2 типу, супроводжується зниженням прихильності до лікування та якості життя.

2. Використання в комплексній терапії даних захворювань методу КУХТ підвищує прихильність хворих до лікування і покращує якість життя за рахунок запланованих візитів пацієнтів, згідно з протоколом КУХТ, постійного контролю з боку лікаря, що в результаті об'єктивно поліпшує соматичний стан пацієнта.

3. Опитувальник EQ-5D може бути рекомендований практикуючим лікарям для рутинного використання з метою оцінки якості життя пацієнтів з ІХС — ІКМП у поєднанні з ЦД 2 типу.

ЛІТЕРАТУРА

1. ACC/AHA 2013 guideline update for the management of patients with chronic stable angina: summary article // J. Amer. Coll. Cardiol. – 2013. – Vol. 62. – 128 p.
2. Тимченко А. М. Стан ендокринологічної служби в східних областях України та напрямки подальшого її розвитку / А. М. Тимченко // Новості медицини і фармації. – 2007. – № 18. – С. 20–21.
3. Новик А. А. Исследование качества жизни в медицине : учеб. пособие для вузов / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. Л. Ю. Шевченко. – М. : Гэотар-Мед, 2004. – 304 с.
4. Ощепкова Е. В. Низкая приверженность больных артериальной гипертензией к лечению: подходы к ее улучшению / Е. В. Ощепкова, Л. Г. Исаева // Атмосфера. Кардио-

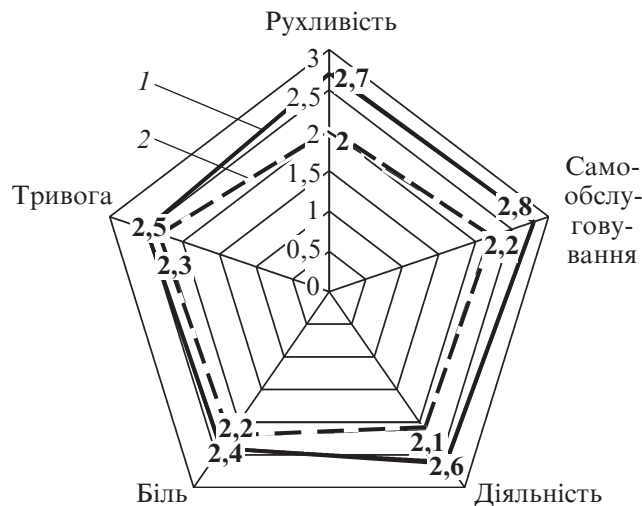


Рис. 2. Динаміка показників оцінювання якості життя хворих 2-ї групи

Таблиця 3
Динаміка показників ефективності лікування ішемічної хвороби серця

Термін	1-ша група, n=43	2-га група, n=43
Зміни переносимості фізичного навантаження у середньому (дистанція ходьби в метрах)		
До лікування	408±81	404±80
Після лікування	457±77	473±80
p	≤ 0,05	≤ 0,01
Зміни частоти прийомів нітропрепаратів короткої дії (за тиждень) у середньому		
До лікування	9,4±1,2	10,2±0,8
Після лікування	8,9±1,3	8,7±1,2
p	> 0,1	> 0,1

логія: Журнал для практикуючих лікарів. – 2003. – № 3. – С. 33–36.

5. Ударно-волновая терапия — новое направление в лечении ишемической болезни сердца / А. Б. Хадзегова, Е. А. Школьник, М. В. Копелева [и др.] // Кардиология. – 2007. – № 11. – С. 90–94.

6. Uwatoku T. Extracorporeal cardiac shock wave therapy improves left ventricular remodeling after acute myocardial infarction in pigs / T. Uwatoku // Coron Artery Dis. – 2007. – N 18. – P. 397–404.

7. EQ-5D-5L User guide. – EuorQoL Group, 2011. – 27 p.

8. Амирджанова В. Н. Валидация русской версии общего опросника EuroQoL-5D (EQ-5D) / В. Н. Амирджанова // Научно-практическая ревматология. – 2007. – № 3. – С. 69–76.

9. Наумова Е. А. Определяющие факторы и методы улучшения приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е. А. Наумова. – Саратов, 2007. – 42 с.

10. Методики психологической диагностики больных с эндогенными расстройствами. Усовершенствованная медицинская технология. – СПб. : НИПНИ им. Бехтерева, 2007. – 64 с.