

## Качество жизни у лиц молодого возраста с пролапсом митрального клапана в зависимости от уровня артериального давления

Аль-Хасан Уасфи Хосни, А.В. Бурсиков, О.Ю. Скрицкая, Т.С. Полятыкина

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава». Иваново, Россия

## Quality of life and blood pressure level in young patients with mitral valve prolapse

Al-Hasan Uasfi Hosni, A.V. Bursikov, O.Yu. Skritskaya, T.S. Polyatykina

Ivanovo State Medical Academy, State Federal Agency for Health and Social Development. Ivanovo, Russia

---

**Цель.** Оценить качество жизни (КЖ) у лиц молодого возраста с пролапсом митрального клапана (ПМК) при различных уровнях артериального давления (АД).

**Материал и методы.** Обследованы 65 человек с синдромом дисплазии соединительной ткани и ПМК, средний возраст которых составил  $22,4 \pm 2,1$  года, и 20 здоровых лиц контрольной группы. С использованием модифицированной анкеты изучено КЖ пациентов с ПМК и нормальным АД, а также при его сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и артериальной гипотонией (АГип).

**Результаты.** КЖ пациентов с ПМК ниже, чем у практически здоровых лиц, наличие дисрегуляции АД снижает КЖ пациентов с ПМК. Определены отличия конкретных показателей КЖ у мужчин и женщин с ПМК в зависимости от варианта дисрегуляции АД.

**Заключение.** Наличие дисрегуляции АД снижает КЖ пациентов с ПМК, и оно в большей мере выражено у мужчин с АГ и женщин с АГип.

**Ключевые слова:** качество жизни, пролапс митрального клапана, артериальная гипертензия, артериальная гипотония.

**Aim.** To assess quality of life (QoL) in young persons with mitral valve prolapse (MVP) and various blood pressure (BP) levels.

**Material and methods.** In total, 65 individuals with connective tissue dysplasia (CTD) syndrome and MVP (mean age  $22,4 \pm 2,1$  years), as well as 20 healthy controls were examined. Using a modified questionnaire, QoL was examined in MVP patients with normal BP, arterial hypertension (AH) and arterial hypotension.

**Results.** In MVP patients, QoL was worse than in controls. Dysregulated BP impaired QoL in MVP individuals. QoL features in males and females with MVP, according to BP dysregulation type, were determined.

**Conclusion.** Dysregulated BP impaired QoL in MVP patients, especially in males with high BP and females with low BP.

**Key words:** Quality of life, mitral valve prolapse, arterial hypertension, arterial hypotension.

---

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются основной заболеваемости и смертности населения Российской Федерации [1]. Среди лиц молодого возраста широко распространен синдром дисплазии соединительной ткани (СДСТ) [2]. Одним из наиболее частых и клинически значимых проявлений СДСТ сердца является пролапс митрального клапана (ПМК). В общей популяции в зависимости от методов исследования и используемых критериев диагностики первичный ПМК диагностируют в 3-17% случаев [3]. Аномалии внутрисердечных структур нарушают интракардиальную и системную гемодинамику. Клинически у этих лиц определяются кардиалгии, аритмии, психовегетативные нарушения, изменение качества жизни (КЖ) и дисрегуляция артериального давления (АД). Последняя усугубляет степень ПМК, формируя своеобразные *circulum vitiosus*, увеличивая риск внезапной смерти, нарушений ритма сердца, тромбоэмболических осложнений, нарушения мозгового кровообращения [4,5].

У лиц с ПМК имеет место снижение переносимости физических нагрузок, стрессовых ситуаций, наблюдаются психо-эмоциональные нарушения [2,4]. Эти состояния способны приводить к существенным ограничениям во всех составляющих нормальной жизни человека. Лица с дисрегуляцией АД имеют субъективные проявления при скудных результатах физико-инструментального обследования; установлено наличие связи между КЖ и уровнем АД [6,7]. Отмечено более низкое КЖ у мужчин с артериальной гипертензией (АГ) [8]. Данные о влиянии дисрегуляции АД – артериальной гипотонии (АГип) и АГ, на КЖ как интегрального показателя оценки здоровья пациентов с ПМК в доступной литературе отсутствуют.

Цель настоящей работы – оценить КЖ у лиц молодого возраста с ПМК при различных уровнях АД.

## Материал и методы

Обследованы 65 человек с СДСТ и ПМК; из них 22 с нормальным уровнем АД, 24 с АГип и 19 с АГ. Средний возраст обследованных –  $22,4 \pm 2,1$  лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц сопоставимого возраста.

Критериями для включения лиц в группу, страдающих АГип., служили показатели АД при трехкратном динамическом измерении  $\leq 100/60$  мм рт.ст. (независимо от пола) и наличие одного или нескольких из следующих клинических признаков: АГип. в анамнезе, указания на имевшиеся ранее гипотензивные кризы, психовегетатив-

ный синдром с астеническими проявлениями [9]. АГ диагностировали по критериям ВОЗ/МОАГ, 1999 [10].

Диагноз АГип и АГ ставили после исключения симптоматических (вторичных) гипо- и гипертензивных состояний.

Для диагностики ПМК использовались критерии Perrloff JK, et al. 1987 [11] в модификации Э.В. Земцовского 1998 [12]. В соответствии с ними были выделены группы «больших» и «малых» диагностических критериев, а также неспецифические находки.

КЖ изучали по методу, разработанному и апробированному в ГНИЦ ПМ [13]. При его использовании, сочли целесообразным внести некоторые изменения. Желая сосредоточить внимание на возможно более адекватной оценке КЖ как объективной меры субъективного исключили построение идеальной (практически 100%-ной) розы КЖ и ограничились субъективной оценкой различных показателей КЖ как в плане степени удовлетворенности, так и в отношении их влияния на субъективное психологическое (эмоциональное) состояние. Это достигается заменой однонаправленной 100-балльной шкалы на bipolarную (тоже 100-балльную) шкалу. Критерии оценки: от +50 до +31 «хорошо»; от +30 до +11 – «удовлетворительно»; от +10 до -10 «приемлемо» (индифферентно, равнодушно, безразлично); от -11 до -30 – «плохо»; от -31 до -50 – «очень плохо».

Учитывая, что модифицированный опросник рассчитан не только на здоровых людей, но и на больных, вертикальную колонку дополнили перечнем 10 основных жалоб, характерных для того или иного заболевания.

В общей оценке КЖ использовали все 36 шкал удовлетворенности (ответы со знаком «+») или неудовлетворенности (ответы со знаком «-») респондента различными сторонами и показателями КЖ. Для каждого обследованного была построена индивидуальная кривая. Эта кривая заменяет розу КЖ и дает возможность количественно рассчитать степень удовлетворенности или неудовлетворенности КЖ.

Представления о степени неудовлетворенности (или удовлетворенности) можно получить путем определения разницы в баллах между суммой всех ответов со знаком «+» ( $\Sigma n+$ ) и суммой всех ответов со знаком «-» ( $\Sigma n-$ ).

После суммарной оценки КЖ все обследованные были разделены на 6 групп в зависимости от наличия ПМК, подтвержденного при эхокардиографии и величины АД. Первую (мужчины) и вторую (женщины) группы составили пациенты с ПМК с нормальным уровнем АД. Вторую и третью группы – мужчины и женщины с ПМК и АГип, пятую и шестую – мужчины и женщины с ПМК и АГ. В контрольную группу вошли лица с нормальным уровнем АД и без ПМК.

Полученные результаты были статистически обработаны с помощью компьютерной программы «Microsoft Excel» и «Biostat». Для выявления межгрупповых различий вычисляли t-критерий Стьюдента.

## Результаты

Были проанализированы показатели КЖ у лиц с ПМК в сравнении с контрольной группой (таблица 1).

Большинство обследованных лиц молодого возраста (~70%) как здоровых, так и с ПМК, оценивало свое КЖ как удовлетворительное.

Таблица 1

Суммарная оценка КЖ у лиц с ПМК (%)

Наименование группы	Оценка КЖ				
	Хорошо (+50 – +31)	Удовлетворительно (+30 – +11)	Приемлемо (+10 – -10)	Плохо (-11 – -30)	Очень плохо (-30 – -50)
Контрольная группа	17,07	68,29	14,63	0	0
ПМК	7,31	70,73	21,95	0	0

Таблица 2

Оценка показателей КЖ у лиц с ПМК (баллы)

Показатель	Контрольная группа (n=20)	ПМК (n=65)	p
1. Удовлетворенность количеством еды, потребляемой за сутки	32,7±3,4	19,2±3,6	<0,01
2. Удовлетворенность суточным сном	5,0±2,5	-3,0±1,5	<0,05
3. Удовлетворенность использованием выходных дней для отдыха	22,4±5,2	6,4±3,6	<0,05
4. Количество времени в течение недели, используемое для физкультуры и спорта	11,5±3,9	2,5±1,5	<0,01
5. Отношения с руководством на работе/учебе	28,7±2,4	18,2±4,6	<0,05
6. Нервные нагрузки на работе/учебе	14,5±5,2	30,5±5,1	<0,05
7. Оценка здоровья в целом	28,5±3,2	15,6±3,4	<0,01

Оценка КЖ «хорошо» получена у 17,1% здоровых лиц и лишь у 7,3% больных с ПМК. Как приемлемое КЖ чаще определяли лица с ПМК – 21,9% vs 14,6% у здоровых (p<0,05).

Таким образом, констатировали снижение КЖ у больных с ПМК по сравнению со здоровыми той же возрастной категории.

По конкретным характеристикам КЖ достоверные различия получены только по 7 из 41 показателя (таблица 2). В основном, у лиц с ПМК имеет место неудовлетворенность питанием, сном, использованием выходных дней для отдыха, отношением с коллегами по учебе. Лица с ПМК меньше, чем здоровые занимались физкультурой и спортом. Важным критерием является оценка здоровья в целом, по которому больные с ПМК имеют значительно более низкие показатели, чем здоровые люди – 15,6±3,4; 28,5±3,2 (p<0,01).

Среди больных с ПМК и дисрегуляцией АД только гипертоники оценивали КЖ как «пло-

хое» – 2,4% мужчин и 4,9% женщин; 34,0% девушек с АГ оценивали свое КЖ как «хорошее»; 46,0% – «удовлетворительное» и 12,2% – «приемлемое». Среди мужчин-гипертоников процент лиц с оценкой КЖ «хорошо», составил всего 4,8%. Большинство из них рассматривали КЖ как «удовлетворительное» и «приемлемое» (таблица 3).

Оценка КЖ у девушек и юношей с нормальным АД практически совпадает.

При АГип процент девушек с оценкой КЖ «хорошо» в ~ 2 раза меньше, чем юношей-гипотоников; треть девушек со сниженным АД оценивали КЖ как «приемлемое».

В исследуемых группах только 12 показателей КЖ имели отличия в группах мужчин и женщин в зависимости от варианта дисрегуляции АД (таблица 4).

Мужчины с ПМК и АГип в меньшей мере удовлетворены поддержкой семьи и родственников (p<0,01), оценкой своего здоровья

Таблица 3

Оценка КЖ в зависимости от пола и уровня АД у лиц с ПМК (%)

	хорошо +50 – +34	удовлетворительно +30 – +11	приемлемо +10 – -10	плохо -11 – -30	очень плохо -30 – -50
<b>Мужчины</b>					
С нормальным АД	21,95	63,41	14,63	0	0
С пониженным АД	12,19	63,41	24,39	0	0
С повышенным АД	4,87	68,29	24,39	2,43	0
<b>Женщины</b>					
С нормальным АД	17,07	58,53	24,39	0	0
С пониженным АД	7,31	58,53	34,4	0	0
С повышенным АД	34,14	46,34	12,19	4,87	2,43

Таблица 4

КЖ пациентов молодого возраста с ПМК и дизрегуляцией АД

Показатель	Нормальное АД		АГип		АГ		Достоверность различий между группами					
	АД		АГип		АГ		P					
	1 м	2 ж	3 м	4 ж	5 м	6 ж	1-3	1-5	3-5	2-4	2-6	4-6
1. Удовлетворенность личным заработком	-3,00 ±4,76	-6,00 ±4,61	7,27± 4,07	-5,00 ±5,00	-19,0 ±7,95	-15,0 ±35,0	p>0,1	p>0,05	p<0,01	p>0,1	p>0,1	p>0,1
2. Оценка квартиры (места проживания)	26,75± 5,94	29,50± 2,35	15,00± 7,19	10,25± 6,55	19,00± 8,62	40,00± 10,00	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p<0,001	p>0,1	p>0,1
3. Удовлетворенность экологическими условиями в месте проживания (шум, пыль, загазованность и др.)	7,50 ±6,52	12,00 ±6,01	9,50± 7,01	-8,00 ±5,92	2,00± 10,41	45,00 ±5,0	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p<0,05	p>0,1	p<0,01
4. Удовлетворенность бытовыми условиями в месте проживания (магазины, услуги и т.д.)	23,50 ±4,94	25,50 ±2,26	8,50 ±7,82	13,50 ±6,42	22,00 ±6,96	45,00 ±5,00	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p<0,05	p<0,05	p>0,1
5. Удовлетворенность количеством еды, потребляемой за сутки	31,75 ±3,93	35,50 ±2,56	21,50± 7,60	19,47 ±6,0	28,00 ±5,93	40,00 ±10,0	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p<0,01	p>0,1	p>0,1
6. Считаете ли Вы, что Вам не хватает друзей	22,50± 7,43	24,50± 7,09	21,50± 5,38	24,00± 3,93	4,00± 9,21	-15,00 ±35,00	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p<0,01
7. Поддержка семьи и родственников (в случаях серьезных неприятностей)	47,50 ±1,76	47,50 ±1,60	37,00 ±3,67	47,00 ±1,79	45,00 ±2,24	50,00 ±0,00	p<0,01	p>0,1	p>0,05	p>0,1	p>0,1	p>0,1
8. Поддержка друзей (в случаях серьезных неприятностей)	35,25 ±2,75	40,00 ±2,29	31,00 ±4,82	26,25 ±4,05	29,00 ±5,04	47,50 ±2,50	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p<0,02	p>0,1	p>0,1
9. Оценка здоровья в целом	35,25 ±2,55	24,50 ±3,20	19,00 ±7,99	16,00 ±4,54	21,00 ±4,33	30,00 ±10,00	p<0,02	p<0,01	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
10. Удовлетворенность политикой властей	-2,00 ±7,56	0,00± 6,20	2,00± 9,17	2,00± 6,55	-4,00± 11,06	17,50 ±17,50	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p<0,1
11. Безопасность существования	15,50 ±6,39	2,00 ±6,59	7,00 ±5,78	7,50 ±6,06	-5,00 ±9,10	17,50 ±17,50	p>0,1	p>0,05	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1
12. Переносимость стрессовых ситуаций	30,00 ±2,99	5,50 ±6,47	21,50 ±6,50	15,00 ±4,89	17,00 ±7,16	35,00 ±5,00	p>0,1	p<0,05	p>0,1	p>0,1	p>0,1	p>0,1

( $p<0,01$ ), чем их нормотензивные сверстники. Женщины с ПМК и АГип в меньшей мере удовлетворены своим местом проживания ( $p<0,001$ ), экологическими ( $p<0,05$ ) и бытовыми условиями ( $p<0,05$ ), количеством пищи, потребляемой за сутки ( $p<0,01$ ), поддержкой друзей ( $p<0,01$ ), чем их нормотензивные сверстницы.

Мужчины с ПМК и АГ были существенно менее удовлетворены своим заработком, чем мужчины с АГип. ( $p<0,01$ ); они оценивали общее состояние своего здоровья ниже, чем мужчины с нормальным АД ( $p<0,01$ ), хуже переносили стрессовые ситуации ( $p<0,05$ ), чем нормотоники. Женщины с АГ в большей мере были не удовлетворены отношениями с друзьями ( $p<0,01$ ) по сравнению с женщинами-гипотониками.

Женщины с ПМК и АГип в меньшей мере

удовлетворены экологическими условиями проживания, чем женщины с АГ ( $p<0,01$ ). Женщины-гипотоники в меньшей мере удовлетворены бытом ( $p<0,05$ ), количеством пищи, потребляемой за сутки ( $p<0,01$ ), поддержкой друзей ( $p<0,01$ ), чем их сверстницы с повышенным уровнем АД.

**Выводы**

КЖ пациентов с ПМК ниже, чем у практически здоровых лиц.

Наличие дизрегуляции АД снижает КЖ пациентов с ПМК, и оно в большей мере выражено у мужчин с повышенным АД и женщин с пониженным АД.

Выявлены отличия конкретных показателей КЖ у мужчин и женщин с ПМК в зависимости от варианта дизрегуляции АД.

## Литература

1. Юганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения. Кардиоваск тер профил 2002; 1: 5-9.
2. Земцовский Э.В. Соединительно-тканная дисплазия сердца. Санкт-Петербург: ТОО «Политекс-Норд-Вест» 2000; 115.
3. Barlet CC, Kirtley M, Manghan R. Mitral valve prolaps. J Ia State Med Soc 1991; 143(5): 41-3.
4. Нечаева Г.И. Кардио-гемодинамические синдромы при дисплазиях соединительной ткани (клиника, диагностика, прогноз). Автореф дисс докт мед наук. Томск 1994.
5. Перетолчина Т.Ф., Иорданиди С.А., Антюфьев В.Ф. Аритмогенное значение аномальных хорд сердца. Тер архив 1995; 3: 23-5.
6. Muller A, Montoya P, Schandry R, et al. Changes in physical symptoms blood pressure and quality of live over 30 deys. Behav Res Ther 1994; 32: 593-603.
7. Мартынов А.И., Остроумова О.Д., Мамаев В.И., Нестерова М.В. Качество жизни больных с эссенциальной артериальной гипертензией. ММЖ 1999; 2: 11-5.
8. Badoux A, Chiche J, Dushanel D, et al. Evaluation of well – being of hypertensive subjects before and after treatment. Press Med 1994; 23: 69-72.
9. Молчанов Н.С. Гипотонические состояния. Ленинград «Медгиз» 1962; 203 с.
10. 1999 World Health Organisation – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. J Hypertens 1999; 17: 151-83.
11. Perrloff JK, Child JS, Calif LA. Clinical and epidemiologic issues in mitral valve prolapse: Overview and perspective. Am Heart J 1987; 113: 1324-32.
12. Земцовский Э.В. Соединительно-тканные дисплазии сердца. Санкт-Петербург «Политекс» 1998; 94 с.
13. Матвеева С.В., Гундаров И.А. Низкая масса тела как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и особенности центральной гемодинамики. Актуальные проблемы профилактики неинфекционных заболеваний. Москва 1995; 103.

Поступила 29/11-2006  
Принята к печати 20/12-2006