

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

Ключові слова: міокардит, якість життя, толерантність до фізичного навантаження.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПАРАМЕТРІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ І ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З МІОКАРДИТОМ ПРОТЯГОМ 12-МІСЯЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Мета дослідження — проведення комплексної оцінки параметрів якості життя і толерантності до фізичного навантаження у пацієнтів з міокардитом та зниженою фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ) протягом 12 міс спостереження. **Результати.** Дистанція 6-хвилинного тесту була максимально зменшена у 1-й місяць від дебюту захворювання і становила $228,3 \pm 17,2$ м, через 12 міс від початку захворювання її величина достовірно збільшилась і становила в середньому $382,4 \pm 16,1$ м ($p < 0,01$). Через 12 міс спостереження у осіб 1-ї групи відстань, пройдена за 6 хв, була на 14,2% ($p < 0,05$) більшою, ніж у 2-й групі. Величина ФВ ЛШ у пацієнтів 1-ї групи зросла на 27,8% протягом 12 міс ($p < 0,01$). У хворих 2-ї групи через 12 міс спостереження не відзначено достовірного приросту величини ФВ ЛШ. Сума балів за Міннесотським опитувальником для вивчення якості хворих з недостатністю кровообігу (MLHFQ) була максимальною у 1-й місяць від початку захворювання. Через 12 міс загальний бальний індекс якості життя (БІЯЖ), а також його складові у фізичній та емоційних сферах знизилися на 19,7% ($p < 0,01$), 37,5% ($p < 0,005$) і 18,5% ($p < 0,05$) відповідно у хворих 1-ї групи та на 10,5% ($p > 0,05$), 12% ($p < 0,05$) і 9,4% ($p > 0,05$) відповідно — у пацієнтів 2-ї групи, причому у хворих 2-ї групи фізичний БІЯЖ був на 23,5% ($p < 0,01$) вищим, тоді як в емоційній сфері не виявлено суттєвої різниці у значеннях цих показників. **Висновки.** Пацієнти, в яких через 12 міс спостереження ФВ ЛШ залишалася $\leq 40\%$, характеризувалися достовірно нижчою толерантністю до фізичного навантаження за даними тесту з 6-хвилинною ходьбою та вищою сумою балів MLHFQ в фізичній та емоційній сферах порівняно з групою хворих, де величина ФВ ЛШ становила $> 40\%$. У пацієнтів з міокардитом через 12 міс спостереження найбільший вплив на фізичний БІЯЖ мали величина ФВ ЛШ, індекс кінцево-діастолічного об'єму ЛШ та дистанція 6-хвилинного тесту, на емоційний БІЯЖ — лише величина дистанції 6-хвилинного тесту.

Термін «міокардит» включає широку групу різних запальних захворювань серцевого м'язу як інфекційного, так і неінфекційного походження. За даними різних авторів, поширеність міокардиту варіює в межах 4–11% усіх захворювань серцево-судинної системи і до 20% — усіх некоронарних хвороб серця, а захворюваність становить 22 випадки на 100 тис. осіб на рік [1, 2, 6]. Встановлено також, що після перенесеної гострої вірусної інфекції міокардит може розвиватися у 1–5% випадків [6]. За даними Американської асоціації кардіологів/Американської колегії кардіологів (АНА/АСС), міокардит знаходиться на 3-му місці серед причин раптової смерті спортсменів під час змагань або інтенсивних тренувань [13]. За даними A.L.P. Saforio та співавторів (2007), у пацієнтів з помірно вираженою симптомів та мінімальною дис-

функцією міокарда міокардит досить часто завершується спонтанно, без проведення специфічного лікування [6]. Проте, за різними даними, до 30% випадків доведеного за результатами ендоміокардіальної біопсії міокардиту може прогресувати в дилатаційну кардіоміопатію, розвиток якої неминуче призводить до суттєвого погіршення прогнозу [6–12].

Дослідження якості життя (ЯЖ) пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) набуває дедалі більшої актуальності, оскільки дозволяє оцінити вплив захворювання на фізичне, психологічне і соціальне функціонування хворого та визначати ефективність медикаментозного лікування [3–5, 14–16].

Мета виконаного дослідження — провести комплексну оцінку параметрів ЯЖ і толерантності до фізичного навантаження у пацієнтів з міокардитом

та зниженою фракцією викиду лівого шлуночка (ЛШ) протягом 12 міс спостереження.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження було включено 52 пацієнти з гострим міокардитом, синусовим ритмом та зниженою фракцією викиду (ФВ) ЛШ $\leq 40\%$, з них 57,7% ($n=30$) становили чоловіки і 42,3% ($n=22$) — жінки, середній вік пацієнтів — $38,7 \pm 3,6$ року. За результатами динамічного спостереження учасників дослідження розподілили на дві групи: до 1-ї увійшли 27 пацієнтів, у яких величина ФВ ЛШ через 12 міс спостереження та лікування становила $>40\%$, до 2-ї групи увійшли 25 пацієнтів, в яких ФВ ЛШ залишалася $\leq 40\%$ за аналогічний період. Усі пацієнти перебували на обстеженні та стаціонарному лікуванні у відділі некоронарних хвороб серця та ревматології Державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» Національної академії медичних наук України». Контрольну групу становили 20 практично здорових осіб — 13 (65%) чоловіків та 7 (35%) жінок, середній вік яких становив $40,1 \pm 2,7$ року. Пацієнти досліджуваних груп були обстежені первинно та повторно — через 12 міс. Особи групи контролю обстежувались одноразово на початку дослідження.

Діагноз «міокардит» встановлювали на основі положень Робочої групи із захворювань міокарда та перикарда Європейського товариства кардіологів (2013).

Усі пацієнти отримували стандартну медикаментозну терапію, яка включала блокатори бета-адренорецепторів (карведилол) та інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (еналаприл), за необхідністю призначали антикоагулянти, блокатори мінералокортикоїдних рецепторів. Згідно з рекомендаціями Української асоціації фахівців із серцевої недостатності в редакції 2017 р., пацієнтам проводили поступове титрування дози карведилолу та еналаприлу від початкової до цільової або мак-

симально переносимої пацієнтом дози [6, 7]. Кінцеві дози блокаторів бета-адренорецепторів та інгібітору ангіотензинперетворювального ферменту були зіставними в обох групах пацієнтів.

Для об'єктивної оцінки функціонального класу серцевої недостатності використовували тест із 6-хвилинною ходьбою. Пацієнт за 6 хв повинен був подолати максимальну відстань (в метрах) у найбільш можливому темпі ходьби для нього. За необхідності хворий міг відпочити в будь-який час при проведенні дослідження, і ця пауза також включалася в загальний хронометраж. При виникненні вираженої задишки, болювого синдрому в грудній клітці, запаморочення, втоми або інших симптомів дослідження припиняли достроково. Дистанція, пройдена пацієнтом за 6 хв, була критерієм визначення його функціональних можливостей і, відповідно, функціонального класу (ФК) ХСН. Пацієнти, здатні подолати за 6 хв від 426 до 550 м, відповідали I ФК ХСН, від 300 до 425 м — II ФК ХСН, від 150 до 300 м — III ФК ХСН і менше 150 м — IV ФК ХСН.

Для дослідження структурно-функціонального стану серця всім пацієнтам проводили трансторакальну ехокардіографію (ехоКГ) на ультразвуковому діагностичному апараті «Aplio Artida SSH» — 880 CV, «Toshiba Medical System Corporation». У 2D-режимі у систолу та діастолу обчислювали кінцево-діастолічний об'єм (КДО) і кінцево-систолічний об'єм ЛШ, ФВ ЛШ. Для кількісної оцінки глобальної скоротливої функції ЛШ використовували метод Сімпсона (Simpson's).

Оцінку ЯЖ пацієнтів проводили за допомогою Мінесотського опитувальника ЯЖ хворих з недостатністю кровообігу («Living with Heart Failure Questionnaire» (MLHFQ) (табл. 1).

Кожен пункт анкети оцінювали за шестибальною шкалою Лікерта від 0 (відсутність) до 5 (значно виражена). Завдяки цьому було отримано загальну оцінку ЯЖ в діапазоні 0–105 (від кращого до най-

Таблиця 1

MLHFQ із ХСН

ХСН не дозволяє Вам жити в цьому місяці так, як Ви хочете, через						
	Ні		Незначно		Значно	
Набряки стоп, гомілок	0	1	2	3	4	5
Необхідність відпочивати сидячи чи лежачи протягом дня	0	1	2	3	4	5
Важкість при ходьбі чи при підйомі по сходах	0	1	2	3	4	5
Обмеження при роботі вдома чи на присадибній ділянці	0	1	2	3	4	5
Неможливість подорожей на дальні відстані	0	1	2	3	4	5
Порушення повноцінного сну в нічний час	0	1	2	3	4	5
Проблеми у стосунках із членами сім'ї та друзями	0	1	2	3	4	5
Обмеження можливості заробляти на життя	0	1	2	3	4	5
Неможливість повноцінного активного відпочинку, занять спортом	0	1	2	3	4	5
Неможливість повноцінного статевого життя	0	1	2	3	4	5
Дотримання дієти, що обмежує кількість і різноманітність вживаних продуктів	0	1	2	3	4	5
Відчуття нестачі повітря	0	1	2	3	4	5
Відчуття стомленості, відсутність енергії	0	1	2	3	4	5
Необхідність періодично перебувати у лікарні	0	1	2	3	4	5
Витрати на ліки	0	1	2	3	4	5
Побічні дії на ліки	0	1	2	3	4	5
Відчуття, що Ви є тягарем для сім'ї	0	1	2	3	4	5
Відчуття безпорадності	0	1	2	3	4	5
Нездатність сконцентруватись і порушення пам'яті	0	1	2	3	4	5
Відчуття тривоги	0	1	2	3	4	5
Відчуття депресії	0	1	2	3	4	5

гіршого), а також оцінки у двох групах запитань: фізичному (8 запитань, діапазон 0–40) та емоційному (5 запитань, діапазон 0–25). Інші вісім пунктів із загальної кількості 21 розглядаються тільки для підрахунку загального балу [3–5].

Для статистичної обробки була створена комп'ютерна база даних за допомогою програмного забезпечення Excel XP (Microsoft Office, USA) і статистичної програми Statistica for Windows v. 6.0 (Statsoft, USA). Вираховували середню величину (M), похибку середньої величини (m), критерій достовірності (t) і значення достовірності (p). Для оцінки достовірності відмінностей в різних клінічних групах використовували тест Ст'юдента. При $p < 0,05$ відмінності вважали достовірними. Взаємозв'язок між перемінними показниками визначали за допомогою параметричного кореляційного аналізу, який проводили за допомогою рангового критерію Спірмена. За мінімальний рівень значущості було прийнято $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дослідження функціонального стану серця за результатами тесту із 6-хвилинною ходьбою показало, що толерантність до фізичного навантаження була максимально знижена у хворих з міокардитом у 1-й місяць від дебюту захворювання і становила $228,3 \pm 17,2$ м, через 12 міс від початку захворювання достовірно збільшилась і становила в середньому $382,4 \pm 16,1$ м ($p < 0,01$).

При порівняльному аналізі результатів 6-хвилинного тесту в обох групах виявлено, що дистанція, пройдена за 6 хв, у хворих 1-ї та 2-ї групи в 1-й місяць захворювання суттєво не відрізнялася, проте через 12 міс у осіб 1-ї групи її величина була на 14,2% ($p < 0,05$) вищою, ніж у 2-й групі, що свідчить про більш інтенсивне відновлення толерантності до фізичного навантаження у цій когорті пацієнтів (рис. 1).

За результатами порівняльного аналізу даних ехоКГ у пацієнтів 1-ї групи величина ФВ ЛШ зросла на 27,8% протягом 12 міс ($p < 0,01$). У хворих 2-ї групи не відзначали достовірного приросту величини ФВ ЛШ через 12 міс спостереження.

При аналізі бального індексу якості життя (БІЯЖ) за шкалою MLHFQ виявлено, що в обох групах пацієнтів у 1-й місяць від дебюту захворювання сума балів MLHFQ була максимальною. Через 12 міс загальний БІЯЖ, а також його складові у фізичній та емоційних сферах знизилися на 19,7% ($p < 0,01$), 37,5% ($p < 0,005$) і 18,5% ($p < 0,05$) відповідно у хворих 1-ї групи та на 10,5% ($p > 0,05$), 12% ($p < 0,05$) і 9,4% ($p > 0,05$) відповідно — у пацієнтів 2-ї групи (табл. 2).

Зазначимо, що у хворих 2-ї групи фізичний БІЯЖ був на 23,5% ($p < 0,01$) вищим через 12 міс спостереження, тоді як в емоційній сфері не виявлено суттєвої різниці у значеннях цих показників. Слід зазначити, що у пацієнтів 1-ї групи головним чином відбувалося зниження кількості балів у фізичній складовій ЯЖ, що можна пояснити регресією симптомів серцевої недостатності на фоні проведеної адекватної медикаментозної терапії. Пацієнти 2-ї групи були

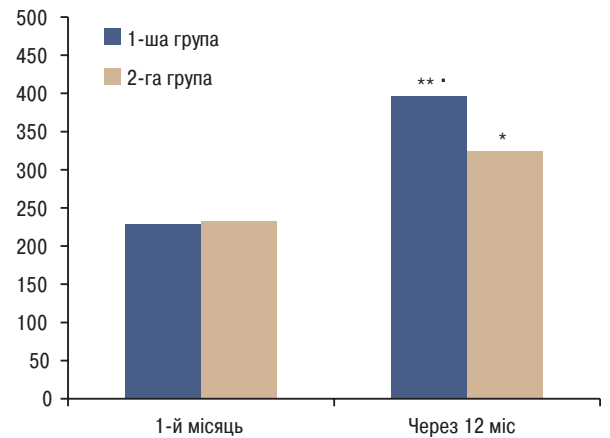


Рис. 1. Значення тесту 6-хвилинної ходьби у групах пацієнтів з міокардитом у 1-й місяць та через 12 міс спостереження. Різниця показників достовірна з такими в 1-й місяць від початку захворювання: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$. Різниця показників достовірна порівняно з такими у 2-й групі: • $p < 0,05$

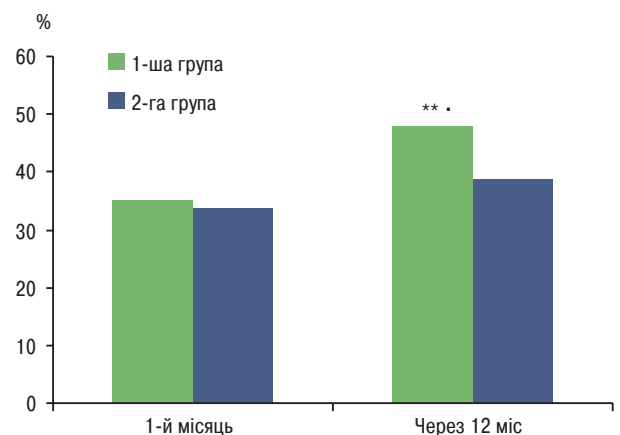


Рис. 2. Величина ФВ ЛШ у групах пацієнтів з міокардитом у 1-й та 12-й місяці спостереження. Різниця показників достовірна порівняно з такими в 1-й місяць від початку захворювання: ** $p < 0,01$. Різниця показників достовірна порівняно з такими у 2-й групі: • $p < 0,05$

Таблиця 2

Величина БІЯЖ у фізичній та емоційній сферах MLHFQ у підгрупах пацієнтів з гострим дифузним міокардитом протягом 12 міс спостереження

Показник	Величина показника ($M \pm m$) у групах			
	1-й місяць		12 міс	
	1-ша (n=27)	2-га (n=25)	1-ша (n=27)	2-га (n=25)
Загальна кількість балів MLHFQ	51,7 $\pm$ 8,1	53,8 $\pm$ 6,3	41,5 $\pm$ 9,2**	48,1 $\pm$ 6,3*
Фізична сфера ЯЖ	25,9 $\pm$ 5,8	26,8 $\pm$ 6,3	16,3 $\pm$ 6,3***	23,4 $\pm$ 6,4*
Емоційна сфера ЯЖ	12,3 $\pm$ 3,5	12,8 $\pm$ 6,3	9,9 $\pm$ 3,8*	11,6 $\pm$ 6,3*

Різниця показників достовірна порівняно з такими в 1-й місяць захворювання: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. Різниця показників достовірна порівняно з такими в 1-й групі через 12 міс спостереження: • $p < 0,05$.

менше задоволені лікуванням і нерідко відзначали збереження задишки і втоми, а також більш значні обмеження в повсякденній робочій діяльності та відпочинку.

Проаналізовано кореляційні зв'язки між параметрами варіабельності серцевого ритму, основними показниками структурно-функціонального стану серця та БІЯЖ, в загальній сумі, а також у його

Кореляційні зв'язки між параметрами варіабельності серцевого ритму, показниками морфофункціонального стану серця та параметрами ЯЖ у хворих на міокардит у 1-й місяць та через 12 міс спостереження

Показник	1-й місяць			Через 12 міс		
	Загальний БІЯЖ	Фізичний БІЯЖ	Емоційний БІЯЖ	Загальний БІЯЖ	Фізичний БІЯЖ	Емоційний БІЯЖ
Дистанція 6-хвилинного тесту	$r=-0,54; p<0,02$	$r=-0,65; p<0,01$	$r=-0,29; p>0,05$	$r=-0,40; p<0,05$	$r=-0,37; p<0,05$	$r=-0,31; p<0,05$
Індекс КДО* ЛШ	$r=-0,35; p<0,05$	$r=-0,44; p<0,02$	$r=-0,23; p>0,05$	$r=0,20; p>0,05$	$r=0,25; p>0,05$	$r=0,13; p>0,05$
ФВ ЛШ	$r=0,40; p<0,01$	$r=0,43; p<0,01$	$r=0,19; p>0,05$	$r=0,32; p<0,05$	$r=0,41; p<0,05$	$r=0,19; p>0,05$

фізичній та емоційній сферах. Результати кореляційного аналізу наведені в табл. 3.

За результатами цього аналізу виявлено, що найсильніші зворотні кореляційні зв'язки у 1-й місяць від дебюту захворювання та через 12 міс спостереження мали місце між величиною загального БІЯЖ і дистанцією 6-хвилинного тесту ($r=-0,54; p<0,02$) та ($r=-0,40; p<0,01$), прямий зв'язок із ФВ ЛШ ($r=0,40; p<0,01$) та ($r=0,32; p<0,05$) відповідно. Подібну картину відзначали і стосовно фізичної складової показника БІЯЖ. В емоційній сфері як у 1-й так і через 12 міс спостереження виявляли зворотний кореляційний зв'язок лише з дистанцією 6-хвилинного тесту ($r=-0,29; p<0,05$) та ($r=-0,4; p<0,05$).

ВИСНОВКИ

1. Пацієнти, в яких через 12 міс спостереження ФВ ЛШ залишалась $\leq 40\%$, характеризувалися достовірно нижчою толерантністю до фізичного навантаження за даними тесту з 6-хвилинною ходьбою та вищою сумою балів за MLHFQ у фізичній та емоційній сферах порівняно з групою хворих, де величина ФВ ЛШ становила $>40\%$.

2. У пацієнтів з міокардитом через 12 міс спостереження найбільший вплив на фізичний БІЯЖ мали величина ФВ ЛШ, індекс КДО ЛШ та дистанція 6-хвилинного тесту, на емоційний БІЯЖ — лише величина дистанції 6-хвилинного тесту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Коваленко В.М., Несукай О.Г., Воронков Л.Г. та ін. (2014) Діагностика та лікування міокардиту: Рекомендації робочої групи з хвороб міокарда, перикарда, ендокарда та клапанів серця Асоціації кардіологів України (проект). Укр. кардіол. журн., 3: 15–21.
2. Коваленко В.М., Несукай О.Г., Чернюк С.В. (2016) Класифікація міокардиту, перикардиту, інфекційного ендокардиту. У кн. Серцево-судинні захворювання: класифікація, стандарти діагностики та лікування за редакцією В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка, О.С. Сичова. МОРИОН, Київ, 192 с.
3. Луцак Е.А., Паращенко Л.П., Бабич П.Н., Воронков Л.Г. (2012) Прогностична значущість показника суми балів Мінесотської анкети якості життя та його змін під час лікування хворих на хронічну серцеву недостатність щодо їх 6- та 12-місячного виживання. Вісн. ХНУ імені В.Н. Каразіна, 998: 39–45.
4. Гиляревский С.Р., Орлов В.А., Бенделиана Н.Г. и др. (2001) Изучение качества жизни с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы. Рос. кардиол. журн., 3: 58–72.
5. Гиляревский С.Р., Орлов В.А., Хамаганова Л.К. (2002) Влияние терапевтического обучения больных с выраженной хронической сердечной недостаточностью на качество их жизни и потреб-

ность в повторных госпитализациях: результаты 12-месячного рандомизированного исследования. Кардиология, 5: 56–61.

6. Caforio A.L.P., Pankuweit S., Arbustini E. et al. (2013) Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management and therapy of myocarditis: a position statement of the ESC Working group on myocardial and pericardial diseases. Eur. Heart J., 34: 2422–2436.

7. Heymans S. (2007) Myocarditis and heart failure: need for better diagnostic, predictive and therapeutic tools. Eur. Heart J., 28: 1279–1280.

8. Imazio M., Cooper L.T. (2013) Management of myopericarditis. Expert Rev. Cardiovasc. Ther., 11: 193–201.

9. Kuhl U., Schultheiss H.P. (2014) Viral myocarditis. Swiss Med. Wkly, 144: 971–984.

10. Magnani J.W., Danic H.J., Di Salvo T.G. (2006) Survival in biopsy-proven myocarditis: a long-term retrospective analysis of the histopathologic, clinical and hemodynamic predictors. Am. Heart J., 151(2): 463–470.

11. Maisch B., Ruppert V., Pankweit S. (2014) Management of fulminant myocarditis: a diagnosis in search of its etiology but with therapeutic options. Cur. Heart Fail. Rep., 112: 166–167.

12. Mannheimer B., Andersson B., Carlsson L., Wahrborg P. (2007) The validation of a new quality of life questionnaire for patients with congestive heart failure — an extension of the Cardiac Health Profile. Scand. Cardiovasc. J., 41: 235–241.

13. Saji T., Matsuura H., Hasegawa K. et al. (2012) Comparison of the clinical presentations, treatment and outcome of fulminant and acute myocarditis. Circ. J., 76(5): 1222–1228.

14. Shauer F., Gotsman I., Keren A. et al. (2013) Acute viral myocarditis: current concepts in diagnosis and treatment. Isr. Med. Assoc., 15: 180–185.

15. Ponikowski P., Voors A.A., Anker S.D. et al. (2016) 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur. Heart J., 37: 2129–2200.

16. Ukena C., Mahford F., Kinderman I. et al. (2011) Prognostic electrocardiographic parameters in patients with suspected myocarditis. Eur. Heart Fail., 13: 398–405.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ПАЦИЕНТОВ С МИОКАРДИТОМ В ТЕЧЕНИЕ 12-МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Р.М. Кириченко

Резюме. Цель исследования — проведение комплексной оценки параметров качества жизни и толерантности к физической нагрузке у пациентов с миокардитом и сниженной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) в течение 12 мес наблюдения. **Результаты.** Дистанция 6-минутного теста была максимально уменьшена в 1-й месяц от дебюта заболевания и составила $228,3 \pm 17,2$ м, через 12 мес от начала заболевания его величина достоверно увеличилась и составила в среднем

382,4±16,1 м ($p<0,01$). Через 12 мес наблюдения улиц 1-й группы расстояние, пройденное за 6 мин, было на 14,2% ($p<0,05$) больше, чем во 2-й группе. Величина ФВ ЛЖ у пациентов 1-й группы выросла на 27,8% в течение 12 мес ($p<0,01$). У больных 2-й группы через 12 мес наблюдения не отмечено достоверного прироста величины ФВ ЛЖ. Сумма баллов по Миннесотскому опроснику для изучения качества жизни больных с недостаточностью кровообращения (MLHFQ) была максимальной в 1-й месяц от начала заболевания. Через 12 мес общий балльный индекс качества жизни (БИКЖ), а также его составляющие в физической и эмоциональной сферах снизились на 19,7% ($p<0,01$), 37,5% ($p<0,005$) и 18,5 ($p<0,05$) соответственно у больных 1-й группы и на 10,5% ($p>0,05$), 12% ($p<0,05$) и 9,4% ($p>0,05$) соответственно — у пациентов 2-й группы, причем у больных 2-й группы физический БИКЖ был на 23,5% ($p<0,01$) выше, тогда как в эмоциональной сфере не выявлено существенных различий в значениях этих показателей. **Выводы.** Пациенты, у которых через 12 мес наблюдения ФВ ЛЖ оставалась $\leq 40\%$, характеризовались достоверно более низкой толерантностью к физической нагрузке по данным теста с 6-минутной ходьбой и большей суммой баллов по MLHFQ в физической и эмоциональной сферах по сравнению с группой больных, где величина ФВ ЛЖ составляла $>40\%$. У пациентов с миокардитом через 12 мес наблюдения наибольшее влияние на физический БИКЖ имели величина ФВ ЛЖ, индекс конечно-диастолического объема ЛЖ и дистанция 6-минутного теста, на эмоциональный БИКЖ — только величина дистанции 6-минутного теста.

Ключевые слова: миокардит, качество жизни, толерантность к физической нагрузке.

STUDY OF QUALITY OF LIFE PARAMETERS AND TOLERANCE TO PHYSICAL ACTIVITY IN PATIENTS WITH MYOCARDITIS DURING 12 MONTHS OBSERVATION

R.M. Kyrychenko

Summary. Aim. Complex assessment of the quality of life and tolerance of physical exercise in pa-

tients with myocarditis and a reduced LV ejection fraction within 12 months observation. **Results.** The distance of the 6-minute test was minimal in the first month from the beginning of disease and amounted to 228.3±17.2 m, after 12 months of the observation, its value significantly increased and averaged 382.4±16.1 m ($p<0.01$). After 12 months of follow-up in the first group, the distance traveled in 6 min. was 14,2% ($p<0.05$) higher than in the 2-nd group, the magnitude of the LVEF in patients of the 1 st group increased by 27.8% within 12 months ($p<0.01$). In patients of the 2-nd group there was no significant increase in LVEF after 12 months of observation. The MLHFQ score was the highest in the first month of the onset of the disease. After 12 months the general BINR index as well as its components in the physical and emotional spheres decreased by 19.7% ($p<0.01$), 37.5% ($p<0.005$) and 18.5 ($p<0.05$), respectively, in patients 1 group, and by 10.5% ($p>0.05$), 12% ($p<0.05$), and 9.4% ($p>0.05$), respectively, in the patients of the 2 nd group, and in patients The 2-nd group of physical index LQ was 23.5% ($p<0.01$) higher, while in the emotional sphere no significant differences in the values of these indicators were found. **Conclusions.** Patients who had a LVEF $\leq 40\%$ after 12 months of observation had a significantly lower exercise tolerance for the 6-minute walk test and a higher MLHFQ score in the physical and emotional spheres compared to the group of patients where the magnitude The LVEF was $>40\%$. In patients with myocarditis after 12 months of follow-up, the magnitude of LVEF, EDV index and 6-minute test, the emotional distance of the 6-minute test was the greatest impact on physical index of life quality.

Key words: myocarditis, quality of life, tolerance to physical activity.

Адреса для листування:

Кириченко Роман Михайлович
ДУ «Національний науковий центр
«Інститут кардіології
ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
E-mail: kirichenko87se@gmail.com

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

CHMP рекомендовал одобрить препарат для лечения болезни Стилла (БС)

По материалам www.ema.europa.eu

CHMP EMA рекомендовал расширить показания к применению Kineret (анакинра) при БС. Анакинра рекомендована к применению у детей с 8-месячного возраста, подростков и взрослых с умеренной или высокой активностью заболевания или, когда БС по-прежнему имеет активное течение после лечения НПВП или ГК.

Анакинра — иммуносупрессор, снижающий активность иммунной системы, блокирует активность интерлейкина-1, который вырабатывается в боль-

шом количестве у пациентов с ревматоидным артритом и системным ювенильным идиопатическим артритом. Положительное заключение CHMP относительно анакинры основано на данных научной литературы, метаанализов и клинических исследований с участием 442 пациентов с БС (245 детей и 197 взрослых).

По результатам исследования большинство пациентов достигают ремиссии, а также у них отмечают улучшения относительно выраженности симптомов, связанных с заболеванием. Побочные эффекты анакинры — реакции в месте инъекции, лихорадка, сыпь и головная боль.