

**VILNIAUS UNIVERSITETAS**  
**MEDICINOS FAKULTETAS**  
**REABILITACIJOS, SPORTO MEDICINOS IR SLAUGOS INSTITUTAS**  
**SLAUGOS MAGISTRATŪROS NEAKIVAIZDINIŲ STUDIJŲ PROGRAMA**

Tvirtinu:  
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto  
slaugos studijų programų komiteto pirmininkė  
prof. habil. Dr. Danutė Kalibatienė.  
Data:

**Anželika Titova**

**PACIENTŲ, SERGANČIŲ ŪMINIU KORONARINIŲ**  
**SINDROMU, ŠIRDIES NEPAKANKAMUMO ĮTAKA**  
**GYVENIMO KOKYBEI**

**SLAUGOS MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS**

Darbo vadovas:  
Doc. dr. Birutė Petrauskienė  
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto  
Širdies ir kraujagyslių ligų klinika  
Vilniaus universiteto ligoninė  
Santariškių klinikos  
Darbo priėmimo data:  
Vadovo parašas

VILNIUS, 2009

## DARBO ANOTACIJA

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, širdies nepakankamumo įtaka gyvenimo kokybei“ atliktas 2007–2009 metais Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute, taip pat VšĮ Vilniaus miesto Universitetinėje ligoninėje Santariškių klinikos.

Darbo mokslinis vadovas – doc. dr. Birutė Petrauskienė, Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto Širdies ir kraujagyslių ligų klinika, Vilniaus Universiteto ligoninė Santariškių klinikos.

Darbas apsvarstytas Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos instituto posėdyje 2009-06-02 d., įvertintas teigiamai ir rekomenduotas viešam gynimui.

Darbo recenzentai:

- 1.
- 2.

Slaugos magistro baigiamasis darbas „Pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, širdies nepakankamumo įtaka gyvenimo kokybei“ bus ginamas viešame Slaugos magistro darbų gynimo komiteto posėdyje, kuris įvyks 2009 m. birželio 05 d. Vilniaus miesto Universitetinės ligoninės salėje (Antakalnio 57). Su darbu galima susipažinti Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institute.

## **PADĖKA**

Norėčiau nuoširdžiai padėkoti darbo vadovei doc. dr. Birutei Petrauskienei už pagalbą rašant darbą bei moralinį palaikymą.

Dėkoju už pagalbą organizuojant mokslo tiriamąjį darbą „Pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, širdies nepakankamumo įtaka gyvenimo kokybei“ VšĮ VUL Santariškių klinikos kardiologijos ir angiologijos centro II-ojo ir I-ojo kardiologijų skyrių personalui ir pacientams už bendradarbiavimą.

## SANTRAUKA

Vilniaus Universiteto Medicinos fakultetas  
Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos institutas  
Slaugos magistrantūros programa

### PACIENTŲ, SERGANČIŲ ŪMINIU KORONARINIU SINDROMU, ŠIRDIES NEPAKANKAMUMO ĮTAKA GYVENIMO KOKYBEI

Slaugos magistro baigiamasis darbas

Darbo autorė: **Anželika Titova**

Darbo vadovė: doc. dr. Birutė Petrauskienė

Vilnius, 2009 m.

**Pagrindinės sąvokos:** Išeminė širdies liga, ūminis koronarinis sindromas, širdies nepakankamumas, gyvenimo kokybė.

**Tyrimo tikslas** – įvertinti širdies nepakankamumo įtaką pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, gyvenimo kokybei.

**Tyrimo uždaviniai.** Nustatyti, kaip atskiri širdies nepakankamumo simptomai (silpnumas ar dusulys, nerimas ar depresija), jų pasikartojimo dažnis ir sunkumo laipsnis įtakoja skirtingų širdies nepakankamumo funkcinų klasių pacientų gyvenimo kokybę. Palyginti skirtingų širdies nepakankamumo funkcinų klasių pacientų gebėjimą susidoroti su kasdienine veikla. Nustatyti, kaip širdies nepakankamumo sunkumo laipsnis įtakoja pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, gyvenimo kokybę. Patikrinti pacientų žinias apie esamą ligą. Pateikti praktines rekomendacijas, kaip efektyviau panaudoti gyvenimo kokybės įvertinimo klausimynus kasdieninėje praktikoje kiekvienam pacientui, sergančiam širdies nepakankamumu, siekiant pagerinti pacientų gyvenimo kokybę.

**Tyrimo populiacija.** VšĮ VU ligoninėje Santariškių klinikos gydyti 109 pacientai, sergantys ūminiu koronariniu sindromu ir širdies nepakankamumu.

**Tyrimo metodai.** Tiriamąjį darbą sudarė anketavimas, naudojant standartizuotus „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ bei Kanzaso kardiomiopatijos klausimynus, medicininių dokumentų ir tyrimo rezultatų analizė.

Statistinė analizė atlikta naudojant „Microsoft Office Excel 2003“ ir SPSS 16.0 (version for Windows) statistinę programą.

**Darbo rezultatai ir išvados.** Širdies nepakankamumo sunkumo laipsnis buvo įvertintas pagal Niujorko širdies asociacijos (NYHA) funkcinio pajėgumo klasę.

Nustatyta, kad III ir IV NYHA funkcinės klasės pacientų simptomų sunkumo laipsnis ir pasikartojimo dažnis buvo didesnis lyginant su I ir II NYHA funkcinėse klasėse pacientais. Nerimo ir depresijos simptomai pasireiškė visose NYHA funkcinėse klasėse. Didėjant NYHA funkcinėi klasei didėja nerimas – depresija ir blogėja gyvenimo kokybė.

Taip pat nustatyta, kad su kasdieninei veiklai įtakos turėjusiais veiksniais (rengimasis, prausimasis, aktyvaus poilsio, pomėgių ribojimas, seksualinio aktyvumo, namų ir sodo ruošos, lipimo laiptais, mėgstamo maisto valgymo apribojimai, gulėjimas ligoninėje bei išlaidos gydymui) sunkiausiai buvo susidoroti III ir IV NYHA funkcinės klasės pacientams, o I NYHA funkcinės klasės pacientų kasdieninė veikla buvo mažai apribota. Pacientams, kurie turėjo nerimo ir depresijos simptomų, nepriklausomai nuo funkcinės klasės kasdieninės veiklos ribojimas buvo didesnis nei tiems, kuriems šių simptomų nebuvo, ir tai blogina pacientų gyvenimo kokybę.

Nustatyta, kaip širdies nepakankamumo sunkumo laipsnis įtakoja pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, gyvenimo kokybę. Pacientų, priklausančių NYHA III-IV funkcinėi klasei, gyvenimo kokybė buvo blogiausia, lyginant su pacientais, priklausančiais I arba II NYHA funkcinėi klasei.

Pacientų žinios apie savo ligą, jos simptomus, faktorius, kurie galėtų paūminti ligą, yra nepakankamos.

## SUMMARY

**Vilnius University Faculty of Medicine  
Institute of Rehabilitation, Sport Medicine and Nursing  
Master's degree Nursing Programme**

### **INFLUENCE OF HEART FAILURE ON QUALITY OF LIFE FOR PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME**

**Master's degree final scientific research work**

Author of the master's degree scientific research work: **Anželika Titova**

Head of the master's degree scientific research work: doc. dr. Birutė Petrauskienė  
Vilnius, 2009

**Keywords:** coronary heart disease, acute coronary syndrome, heart failure, quality of life.

**Purpose of the research:** to appraise the influence of heart failure on the quality of life of patients with acute coronary syndrome.

**Objectives of the research:** to determine how separate symptoms of heart failure (weakness or dyspnea, anxiety or depression), the frequency of repetition and the severity of symptoms affect the quality of life of patients differing from the point of view of the functional class of heart failure. To compare the ability to cope with everyday living tasks by patients differing in terms of the functional class of heart failure. To determine how the severity of heart failure influences the quality of life in patients with acute coronary syndrome. To check patients' knowledge about the relevant illness. To offer practical recommendations for the efficient application of life quality survey questionnaires in everyday practice of each patient with of heart failure for the purpose of improving the quality of life of patients.

**Population under the research:** 109 patients with acute coronary syndrome and heart failure receiving medical treatment at Vilnius University Hospital Santariškių Clinics.

**Methods of the research.** Research consisted of a questionnaire-based survey carried out on the grounds of *Minnesota Living With Heart failure* and *Kansas City Cardiomyopathy* questionnaires as well as of the analysis of medical records and test results.

Statistical analysis was made basing on Microsoft Office Excel 2003 an SPSS 16.0 (version for Windows) statistical program.

**Results of the research and conclusions.** New York Heart Association (NYHA) functional capacity class appraised the severity of heart failure.

It was found that NYHA functional class III and IV patients, compared to the ones classified as I and II NYHA functional class patients, exhibited a higher severity and a higher rate of frequency of symptoms. The symptoms of anxiety and depression were exhibited in all NYHA functional classes. With the increase in NYHA functional class the level of anxiety-depression went up, and the quality of life deteriorated.

It was also found that NYHA functional class III and IV patients encountered the greatest difficulties in coping with factors producing the maximum effect on everyday activities (active recreation, limitation of favourable activities, sexual activity, household and gardening works, climbing up and down the stairs, restrictions in eating favourable dishes, hospitalisation, and medical treatment costs). However everyday activities of NYHA functional class I patients was not too much restricted. Patients with anxiety and depression symptoms, regardless of their functional class, experienced more severe restriction in everyday activities, compared to the ones who did not demonstrate such symptoms, and this particular circumstance impaired the quality of patient's life.

It was found that the severity of heart failure influenced the quality of life of patients suffering from acute coronary syndrome. The quality of life of individuals classified as NYHA functional class III-IV patients was the lowest, in comparison with patients belonging to NYHA functional class I or II.

Patient's knowledge about their illness, relevant symptoms, and factors contributing to the condition's developing into a more acute form were insufficient.

## TURINYS

DARBO ANOTACIJA	2
PADĖKA	3
SANTRAUKA	4
SUMMARY	6
LENTELIŲ SĄRAŠAS	10
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	11
SANTRAUKŲ IR JŲ PAAIŠKINIMŲ SĄRAŠAS	12
ĮVADAS	13
1. LITERATŪROS APŽVALGA	16
1.1. Širdies ir kraujagyslių ligų paplitimas	16
1.2. Ūminis koronarinis sindromas ir širdies nepakankamumas	17
1.2.1. Širdies nepakankamumo klasifikavimas	18
1.3. Nerimo ir depresijos įtaka širdies ir kraujagyslių ligomis sergantiems pacientams	19
1.4. Širdies nepakankamumo pagrindiniai ankstyvieji simptomai ir požymiai	21
1.5. Širdies nepakankamumo nemedikamentinis gydymas	23
1.6. Gyvenimo kokybės samprata ir širdies nepakankamumas	27
2. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI	32
3. TYRIMO REZULTATAI	34
3.1. Bendroji tiriamųjų charakteristika	34
3.2. Širdies nepakankamumo sunkumo laipsnio įtaka pacientų, sergančių ūminiu koronariu sindromu, gyvenimo kokybei remiantis „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimynu	36
3.3. Širdies nepakankamumo sunkumo laipsnio įtaka pacientų, sergančių ūminiu koronariu sindromu, gyvenimo kokybei remiantis Kanzaso kardiomiopatijos klausimynu	44
3.4. Pacientų, sergančių ūminiu koronariu sindromu ir širdies nepakankamumu, žinių patikrinimas	52
4. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS	55
IŠVADOS	59
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	60
LITERATŪRA	61



1 Priedas. „MINESOTOS GYVENIMO SU ŠIRDIES NEPAKANKAMUMU“ KLAUSIMYNAS	64
2 Priedas. KANZASO KARDIOMIOPATIJOS KLAUSIMYNAS	65

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

1. lentelė. Širdies nepakankamumo progresavimo stadijų ir funkcinės klasės lyginimas 18
2. lentelė. Širdies ir kraujagyslių funkcinio pajėgumo klasės (remiantis Niujorko širdies asociacijos – New York Heart Association – nuorodomis) 19
3. lentelė. Sąrašas temų, kurias reikėtų aptarti su sergančiuoju širdies nepakankamumu ir jo šeima 24
4. lentelė. Tiriamųjų pacientų charakteristika pagal lytį 34
5. lentelė. Tiriamųjų pacientų charakteristika pagal lytį ir širdies nepakankamumo funkcinio pajėgumo klases (remiantis Niujorko širdies asociacijos-NYHA – nuorodomis) 35
6. lentelė. Skirtingų NYHA funkcinių grupių palyginimas pagal atskirus „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimyno klausimus\* 36
7. lentelė. Skirtingų NYHA funkcinių grupių palyginimas pagal atskirus „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimyno klausimus – porinių palyginimų p reikšmės 39
8. lentelė. Skirtingų NYHA funkcinių pajėgumo klasių palyginimas pagal atskirus „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimyno skyrius 42
9. lentelė. Skirtingų NYHA funkcinių pajėgumo klasių palyginimas pagal atskirus „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimyno skyrius – porinių palyginimų p reikšmės 43
10. lentelė. Skirtingų funkcinių grupių kasdieninės veiklos palyginimas, remiantis Kanzaso kardiomiopatijos klausimynu 44
11. lentelė. Skirtingų funkcinių grupių širdies nepakankamumo simptomų sunkumo laipsnio ir simptomų dažnumo palyginimas, remiantis Kanzaso kardiomiopatijos klausimynu 47

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Pagrindinės mirties priežastis 2007 metais	16
2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą	34
3 pav. Tiriamųjų pacientų pasiskirstymas pagal širdies nepakankamumo funkcinio pajėgumo klasės (remiantis Niujorko širdies asociacijos -NYHA – nuorodomis)	35
4 pav. Funkcinių grupių palyginimas tarp dusulio-nuovargio, kasdienės veiklos ir depresijos-nerimo suminių balų atžvilgių*	42
5 pav. Kaip dusulys riboja įvairių funkcinių klasių grupių pacientų kasdieninę veiklą	49
6 pav. Kaip silpnumas ir nuovargis riboja įvairių funkcinių klasių grupių pacientų kasdieninę veiklą	49
7 pav. Kiek širdies nepakankamumas riboja skirtingų funkcinių grupių pacientų gyvenimo pilnatvę	50
8 pav. Skirtingų funkcinių klasių grupių (NYHA) pacientų gyvenimo kokybės palyginimas	50
9 pav. Skirtingų funkcinių klasių grupių (NYHA) pacientų širdies nepakankamumo nerimo palyginimas	51
10 pav. Pacientų žinių palyginimas, atsižvelgiant į funkcinių klasių grupes (NYHA)	52
11 pav. Kaip pacientai supranta, ką reikia daryti, norint išvengti širdies nepakankamumo pablogėjimo	53
12 pav. Kaip pacientai žino, ką reikia daryti ar kur reikia kreiptis paūmėjus širdies nepakankamumui nepriklausomai nuo NYHA funkcinės klasės	53
13 pav. Kaip pacientai supranta, ką reikia daryti, norint išvengti širdies nepakankamumo pablogėjimo nepriklausomai nuo NYHA funkcinės klasės	54

## **SANTRAUKŲ IR JŲ PAAIŠKINIMŲ SĄRAŠAS**

**VŠĮ VUL** – Viešoji įstaiga Vilniaus universitetinė ligoninė

**KŠL** – koronarinė širdies liga

**ŪKS** – ūmus koronarinis sindromas

**MI** – miokardo infarktas

**ŠN** – širdies nepakankamumas

**LŠN** – lėtinis širdies nepakankamumas

**GK** – gyvenimo kokybė

**NŠA** – Niujorko širdies asociacija

**PSO** - Pasaulio sveikatos organizacija

**NYHA** - Niujorko širdies asociacija

## IVADAS

Širdies kraujagyslių ligos – didelė sveikatos priežiūros problema visame pasaulyje. Tai pagrindinė žmonių nedarbingumo ir mirties priežastis išsivysčiusiose bei besivystančiose šalyse. Mirtis dėl miokardo infarkto ar insulto dažnai įvyksta staiga ir netikėtai, todėl nespėjama suteikti reikiamos pagalbos [1].

Pirmojoje 20-ojo amžiaus pusėje širdies ir kraujagyslių ligų sparčiai gausėjo daugelyje industrializuotų Vakarų Europos kraštų: mirštamumas nuo šių ligų didėjo maždaug nuo 125 iki 400/100 tūkstančių gyventojų. Tuomet buvo pradėti populiaciniai tyrimai, kurių metu ištirtos ir nustatytos širdies ir kraujagyslių ligų priežastys. Pirmą kartą buvo suformuluota rizikos veiksnių koncepcija ir pradėta kova šiais veiksniais, sudarytos nacionalinės cholesterolio ir padidėjusio kraujospūdžio mokymo programos ir kt. Pritaikius tokius tyrimus buvo pasiekti šie rezultatai: 1970-1985 metais mirštamumas nuo minėtų ligų sumažėjo iki 50 proc., ypač JAV. Tuo tarpu Lenkijoje, Rumunijoje ir kitose Rytų Europos šalyse padidėjo daugiau kaip 70 proc. [26].

Europos kardiologų draugijos skelbiamais duomenimis, širdies nepakankamumu (ŠN) serga 4 proc. visų Europos gyventojų. Ypač ši liga smarkiai pasireiškia vykstant senėjimo procesui. Vidutinis pacientų, sergančių ŠN, amžius yra 74 metai. Jei nepavyksta pašalinti ligą sukėlusios priežasties, ŠN prognozė vienareikšmiškai yra bloga. Pusė ligonių, kuriems diagnozuojama ŠN, mirs per artimiausius 4 metus, o kita ligonių, sergančių sunkia ŠN forma (IV NYHA funkcinė klasė), dalis mirs per vienerius metus. Beveik 50 proc. mirčių dėl ŠN yra staigios. Staigi mirtis gali ištikti bet kuria ŠN stadija sergantį ligonį [2, 19, 36].

Širdies nepakankamumas pasireiškia 12-25 proc. ūminiu miokardo infarktu sergančių ligonių. Jų hospitalinis mirštamumas siekia 15-40 proc., t. y. 2-4 kartus didesnis negu ligonių, nesergančių širdies nepakankamumu. 25-55 proc. ligonių, kuriems diagnozuotas širdies nepakankamumas, po miokardo infarkto miršta per 1 metus [36].

Tokie fiziniai simptomai, kaip nuovargis, dusulys ir suvokimo susilpnėjimas, yra svarbūs faktoriai, bloginantys ligonių, sergančių širdies nepakankamumu, gyvenimo kokybę [15]. Ligoniai, kuriems nustatyta ryški depresija, irgi turi blogą prognozę. Ligoniams, sergantiems ŠN, depresijos paplitimas po MI svyruoja nuo 9 iki 40 proc., ir tai yra 20 proc. dažniau nei ligoniams, sergantiems tik koronarine širdies liga. Buvo nustatyta, kad depresija dažniau išsivystė ligoniams, sergantiems ūminiu miokardo infarktu ir širdies nepakankamumu. Tokia ryški depresija ŠN grupėje pasireiškė 43 proc., o nesergančių ŠN

grupėje – 36 proc. ligonių. Daroma prielaida, kad ligoniams, sergantiems MI ir ŠN, būtina diagnozuoti depresiją ir ją gydyti, nes depresija blogina ligonio gyvenimo kokybę [27].

Širdies nepakankamumo nustatymas pacientui reiškia ne tik blogą prognozę, bet ir prastėjančią gyvenimo kokybę, kurią labai svarbu įvertinti. Bendrosios praktikos slaugytojos padeda pacientui suvokti sekinančius simptomų pasireiškimus ir ligos eigą.

**Darbo tema:**

Pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, širdies nepakankamumo įtaka gyvenimo kokybei.

**Darbo tikslas:**

Įvertinti širdies nepakankamumo įtaką pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, gyvenimo kokybei.

**Darbo uždaviniai:**

1. Nustatyti, kaip atskiri širdies nepakankamumo simptomai (silpnumas ar dusulys, nerimas ar depresija), jų pasikartojimo dažnis ir sunkumo laipsnis įtakoja skirtingų širdies nepakankamumo funkcinių klasių pacientų gyvenimo kokybę.

2. Palyginti skirtingų širdies nepakankamumo funkcinių klasių pacientų gebėjimą susidoroti su kasdienine veikla.

3. Nustatyti, kaip širdies nepakankamumo sunkumo laipsnis įtakoja pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, gyvenimo kokybę.

4. Patikrinti pacientų žinias apie esamą ligą.

**Tyrimo objektas:**

Tyrimė dalyvavo pacientai, kuriems nustatytas ūminis koronarinis sindromas ir širdies nepakankamumas, besigydantys VŠĮ VUL Santariškių klinikos kardiologijos ir angiologijos centre, I ir II kardiologijos skyriuose.

Pacientai apklausti naudojant standartizuotus „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ bei Kanzaso kardiomiopatijos klausimynus [13, 28].

**Darbo metodologija:**

1. Mokslinės literatūros, leidinių, publikacijų apžvalga.

2. Pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu ir širdies nepakankamumu, apklausa ir anketos pildymas.

3. Gautų rezultatų statistinė analizė, rezultatų aptarimas bei rekomendacijų pateikimas.

**Tyrimo hipotezė:**

Ligonių, sergančių ūminiu koronariniu sindromu ir širdies nepakankamumu, prognozė ir gyvenimo kokybė blogėja. Tačiau daroma prielaida, kad laikantis tinkamo

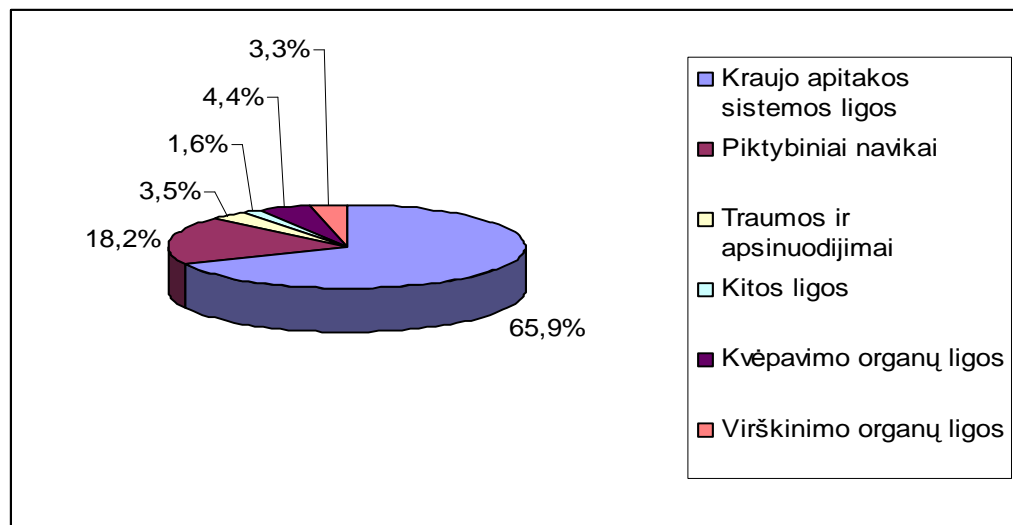
medikamentinio gydymo plano ir nemedikamentinio režimo, gyvenimo kokybę galima pagerinti.

Darbą sudaro 64 puslapiai (be priedų), 11 lentelių, 13 paveikslėlių.

# 1. LITERATŪROS APŽVALGA

## 1. 1. Širdies ir kraujagyslių ligų paplitimas

Pagal sergamumo ir mirtingumo rodiklius Europos valstybės skirstomos į dvi grupes: 1) mažos rizikos ir 2) didelės rizikos. Mažos rizikos šalims yra priskirtos Belgija, Prancūzija, Graikija, Italija, Liuksemburgas, Ispanija, Švedija ir Portugalija. Visos kitos Europos valstybės priklauso didelės rizikos zonai (Lietuva taip pat). Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, mirtingumo rodikliai pagal atskiras ligas Lietuvoje yra nuo 2 iki 6 kartų didesni už atitinkamus Europos Sąjungos rodiklius. Lietuvoje pagrindinės mirtingumo priežastys yra širdies ir kraujagyslių sistemos ligos (55 proc. visų per metus mirusiųjų skaičiaus). Kasmet mūsų šalyje nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų miršta 24 tūkstančiai žmonių. Tokią situaciją labiausiai įtakoja cerebravaskulinės ligos, ūminis miokardo infarktas ir kitos išeminės širdies ligos. Šios ligos yra ir invalidumo priežastis: net 29 proc. ligonių yra ką tik pripažinti invalidai [22].



**1 pav. Pagrindinės mirties priežastis 2007 metais.**

Lietuvos Respublikos Statistikos departamento duomenimis, 2007 metais Lietuvos gyventojų mirtingumo struktūroje (1 pav.) didžiausią dalį sudarė būtent širdies ir kraujagyslių sistemos ligos – 65,9 proc., 2-oje vietoje piktybiniai navikai – 18,2 proc., 3-oje – mirtys dėl išorinių priežasčių (traumų, apsinuodijimų ir kt.) – 12,8 proc. [43].

Pasaulyje daugiau kaip 2,5 mln. žmonių per metus yra gydomi ligoninėje dėl ūminio koronarinio sindromo (ŪKS) be ST pakilimo. ŪKS periodu 6-8 proc. ligonių išsivysto miokardo infarktas arba jie numiršta [25].



Lietuvoje 2007 metais nuo miokardo infarkto mirė 1 352 asmenų, tai sudaro 36/100 tūkstančių gyventojų (1997 metais šis rodiklis buvo 33/100 tūkstančių gyventojų) [9, 43].

Remiantis 2001 metų duomenimis, Europos šalyse ŠN serga apie 10 mln. žmonių. Lietuvoje ŠN nustatomas 0,4-2,0 proc. gyventojų. Pusė visų naujų širdies nepakankamumo atvejų yra dėl IŠL, o iš jų pusė išsivysto ūminio MI metu. Tyrimais nustatyta, kad Jungtinėje Karalystėje iš 65000 naujų ŠN atvejų per metus apie 15000 išsivysto ūminio MI metu. Daugeliui ligonių ŠN išsivysto po persirgto miokardo infarkto (25-50 proc. MI remiantis MI anamneze). Širdies nepakankamumas pasireiškia 12-25 proc. ligonių, sergančių ūminiu miokardo infarktu. Jų hospitalinis mirštamumas siekia 15-40 proc., t. y. 2-4 kartus didesnis negu ligonių, nesergančių širdies nepakankamumu. Po miokardo infarkto su širdies nepakankamumu per 1 metus miršta 25-55 proc. ligonių. Taigi širdies nepakankamumas sergant miokardo infarktu sąlygoja ilgesnę gydymo ligoninėje trukmę, dažnesnę pakartotiną hospitalizaciją, pakartotiną infarktą, insultą, atrioventrikulinę blokadą, skilvelines aritmijas ir didesnę širdies plyšimo riziką. Paradoksalu: pagerėjus ūminio miokardo infarkto gydymui, padaugėjo širdies nepakankamumo atvejų, nes didesnis skaičius pacientų, išgyvenusių ūminiu MI laikotarpiu, gyvena išliekant žymiai miokardo disfunkcijai [9, 29, 33].

## **1.2. Ūminis koronarinis sindromas ir širdies nepakankamumas**

ŪKS apibrėžimas buvo dažnai keičiamas, todėl sukeldavo nemažai keblumų. Šiuo metu siūloma tokia samprata: *ŪKS* – tai spektras klinikinių būklių, pasireiškiančių nuo nestabilios krūtinės anginos iki miokardo infarkto, kurioms būdingi krūtinės skausmai [11]. Ūminius koronarius sindromus sukelia miokardo išemija, kurios priežastis yra deguonies pareikalavimo ir pateikimo miokarde neatitikimas t.y. širdies funkcijos sutrikimas [25].

Širdies funkcijos sutrikimas (disfunkcija) yra sudėtinis klinikinis sindromas. Tai struktūrinė (ar funkcinė) širdies liga, sutrikdanti skilvelių gebą prisipildyti krauju ar išstumti kraują iš širdies. Tokią organizmo būseną apibūdina širdies nepakankamumas.

*Širdies nepakankamumas* – tai simptominės skilvelių disfunkcijos sindromas, sukeliantis funkcijos sutrikimo simptomus ir požymius, būklė, kai širdis nebegali aprūpinti organizmo medžiagų apykaitai reikalingu krauju ir maisto medžiagų kiekiu. Yra skiriamos kelios širdies nepakankamumo klasifikacijos. Viena dažniausiai naudojamų pateikiama šiame darbe [5].

### 1.2.1. Širdies nepakankamumo klasifikavimas

Pagal 2001 metais paskelbtas Amerikos kardiologų kolegijos rekomendacijas, ŠN klasifikuojamas į progresavimo A B C D stadijas (1 lentelė):

A – didelės rizikos ŠN atsiradimo stadija;

B – besimptominės skilvelių disfunkcijos (sistolinės arba/ ir diastolinės) stadija;

C – esamų ar buvusių ŠN požymių stadija;

D – atsparaus gydymui ŠN stadija.

ŠN sunkumas vertinamas atsižvelgiant į Niujorko širdies asociacijos (NŠA, ang. New York Heart Association – NYHA) rekomendacijas, t.y. pagal funkcinės klases (2 lentelė), kurios, esant klinikiniam ŠN simptomams, pritaikomos tik C ir D stadijoms.

**1 lentelė. Širdies nepakankamumo progresavimo stadijų ir funkcinės klasės lyginimas**

Stadijos	ŠN stadijos apibūdinimas	NŠA funkcinės klasė (f. k.)
A	ŠN atsiradimo rizikos veiksniai, nesant struktūrinės širdies pažeidimo.	Nepritaikoma.
B	Struktūrinė širdies liga ir kairiojo skilvelio disfunkcija, nesant simptomų.	I-oji NŠA f. k. – nėra ŠN (nėra ŠN simptomų įprasto fizinio krūvio metu)
C	Širdies liga ir esami ar buvę ŠN simptomai ir požymiai.	II-oji NŠA f. k. (lengvas ŠN) III-oji NŠA f. k. (vidutinis ŠN) IV-oji NŠA f. k. (sunkus ŠN)
D	Atsparus įprastam gydymui ŠN.	IV-oji NŠA f. k. (sunkus ŠN)

**2 lentelė. Širdies ir kraujagyslių funkcinio pajėgumo klasės** (remiantis Niujorko širdies asociacijos – *New York Heart Association* – nuorodomis) [5].

<b>Funkcinė klasė</b>	<b>Požymiai</b>
I (kompensacinė ŠN)	Ligoniai turi neryškių širdies sutrikimų. Jie pakelia įprastą fizinį krūvį ir jo metu bei ramybės būsenoje gerai jaučiasi.
II (lengvas ŠN)	Tik sunkaus fizinio krūvio metu ligoniai patiria nemalonių pojūčių: padažnęjusį širdies plakimą, dusulį, greitą nuovargį. Gerai jaučiasi tik ramybės būsenoje bei dirbdami vidutinio sunkumo fizinį darbą.
III (vidutinio sunkumo ŠN)	Vidutinio fizinio krūvio metu ligoniai jaučia nemalonių pojūčius: padažnęjusį širdies plakimą, dusulį, greitą nuovargį, bet gerai jaučiasi ramybės būsenoje bei nedidelio įprastinio fizinio krūvio metu. Hemodinamika būna ryškiai sutrikusi.
IV (sunkus ŠN)	Fizinis aktyvumas ligoniams sukelia nemalonių pojūčius. Diskomforto reiškiniai: dusulys, tachikardija, krūtinės angina ir kt., kurie ramybės būsenoje gali kartotis arba išlikti.

### **1.3. Nerimo ir depresijos įtaka širdies ir kraujagyslių ligomis sergantiems pacientams**

Nerimas – tai nemaloni emocinė būseną, laukimas kažko negero, vidinė įtampa. Nerimaujant padidėja arterinis kraujospūdis, padažnėja pulsas ir kvėpavimas, išpila prakaitas, atsiranda raumenų drebulys, įtampa, trinka virškinimo sistemos veikla, padažnėja šlapinimas. Visi išvardyti požymiai ypač neigiamai įtakoja asmenis, sergančius širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis.

Nuo 1966 iki 2006 metų atlikti ir publikuoti klinikiniai tyrimai ir jų rezultatai parodė, kad širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis sergantiems pacientams papildomai nustatoma nuo 15 iki 50 proc. depresijos ir nerimo simptomų atvejų. Remiantis kitais tyrimais nustatyta, kad 36 proc. koronarine širdies liga (KŠL) sergančių pacientų atitinka bent vieną nerimo sutrikimo diagnostinį kriterijų, o 45,3 proc. iš jų nerimo sutrikimais sirgo kuriuo nors gyvenimo laikotarpiu. Nerimo sutrikimai daug dažniau nustatyti KŠL sergančių moterų grupėje (58,3 proc., palyginti su 25,5 proc. vyrų grupėje) [38].

Ilgalaikių stebėjimo tyrimų duomenys rodo, kad nerimo ir depresijos simptomai susiję su didesne kardiovaskulinių įvykių rizika, didesniu hospitalizacijų dėl širdies ir kraujagyslių sistemos ligų paūmėjimų dažniu, padidėjusiu bendruoju mirštamumu ir kardiovaskuliniu mirštamumu. Autoriai nurodo dvi galimas priežastis, kai nerimo

sutrikimai didina kardiovaskulinę riziką. Visų pirma, tai su psichologiniais sutrikimais susiję žalingi gyvenimo būdo įpročiai (rūkymas, netaisyklinga mityba). Kita galima priežastis yra sutrikusi pagumburio, hipofizės ir antinksčių sistemos bei suaktyvėjusi simpatinės nervų sistemos veikla, skatinanti aterosklerozę, trombogenezę, aktyvinanti kraujo krešėjimo sistemą [3].

Naujausiais klinikiniais tyrimais buvo vertinama nerimo simptomų įtaka širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis sergantiems asmenims. Daugiau nei 2 000 žmonių (amžius nuo 25 iki 64 metų) buvo stebimi nuo 10 iki 20 metų, siekiant nustatyti, kokią įtaką sergamumui arterine hipertenzija (AH), miokardo infarktu (MI) ir insultu turi nerimo sutrikimai. Tyrimo eigoje buvo registruojami visi nauji MI, AH ir insulto atvejai. Rezultatai parodė, kad 58,7 proc. asmenų, tyrimo metu sirgusių MI, nerimo lygis buvo aukštas, o 41,3 proc. – vidutinis. Santykinė rizika per 5 metus susirgti MI, esant aukštam nerimo lygiui, palyginti su vidutinio nerimo lygio grupe, buvo 2,5, insultu – 6,4, AH – 6 kartus didesnė. Santykinė rizika aukšto nerimo lygio grupėje 10 metų laikotarpiu susirgti MI padidėjo 3,1 karto, insultu – 3,8 karto, AH – 5 kartus. Vis dėlto po 20 stebėjimo metų nustatyta, kad aukšto nerimo lygio įtaka sergamumui širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis mažėja. Taigi autoriai teigia, kad aukštas nerimo lygis labiausiai padidina riziką susirgti širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis vidutinio amžiaus žmonėms [12].

Dar vieno tyrimo metu buvo siekiama nustatyti ryšį tarp panikos sutrikimų ir sergamumo širdies bei kraujagyslių sistemos ligomis. Tyrime dalyvavo daugiau nei 3 300 moterų po menopauzės. Pacientės buvo stebimos, o kardiovaskulinės išeitys registruojamos vidutiniškai 5,3 metų. Panikos epizodų per pastaruosius 6 mėnesius patyrė maždaug 10 proc. tyrime dalyvavusių moterų. Rezultatai parodė, kad moterų, kurios per pastaruosius 6 mėnesius patyrė panikos epizodų, grupėje buvo daugiau KŠL atvejų. Be to, šioje grupėje nustatytas didesnis bendras KŠL ir insulto atvejų dažnis. Šis rodiklis nustatytas įvertinus visų potencialių veiksnių įtaką. Tyrimo autoriai apibendrinami teigia, kad panikos sutrikimai – dažna klinikinė moterų pomenopauzinė būklė ir yra nepriklausomas sergamumo širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis bei mirštamumo rizikos veiksnys [32].

Kito tyrimo metu buvo vertinama nerimo ir depresijos simptomų įtaka kardiovaskuline patologija sergantiems asmenims. Nerimo ir depresijos simptomai buvo vertinami naudojant Hospitalinę nerimo ir depresijos skalę (angl. *Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS). Mirtini ir nemirtini kardiovaskuliniai įvykiai buvo registruojami 3 metus. Iš visų – 1 052 KŠL sergančių tyrimo dalyvių 8,3 proc. nustatytas nerimo sutrikimams būdingas skalės balų skaičius, o 5,9 proc. – depresijai būdingas skalės

balų skaičius. Per trejus stebėjimo metus mirtini ir nemirtini kardiovaskuliniai įvykiai buvo užregistruoti 73 asmenims (6,9 proc.). Nustatyta, kad nerimo simptomais besiskundžiančių asmenų rizika patirti kardiovaskulinių įvykių buvo statistiškai reikšmingai didesnė, palyginti su nerimo simptomų nejaučiančiais pacientais. Depresijos simptomų ir kardiovaskulinių įvykių ryšys buvo silpnesnis. Buvo nustatytas aiškus tiesioginis tarpusavio ryšys tarp nerimo simptomų ir kūno masės indekso (KMI) bei sistolinio kraujospūdžio. Taigi tyrimo rezultatai patvirtino, kad nerimo simptomai yra reikšmingas KŠL sergančių pacientų prognozę bloginantis veiksnys [30].

Trečiojo tyrimo metu buvo siekiama nustatyti ryšį tarp nerimo simptomų ir KŠL sergančių pacientų mirštamumo bei sergamumo nemirtinu MI. Šiame perspektyviniame tyrime dalyvavo daugiau nei 500 KŠL sergančių pacientų, kurių amžiaus vidurkis buvo 68 metai. Vidutinė stebėjimo trukmė – 3,4 metų. Per šį laikotarpį užregistruoti 44 nemirtino MI atvejai, o 19 pacientų mirė. Įvertinus kitų rizikos veiksnių (amžiaus, lyties, išsilavinimo, rūkymo, arterinės hipertenzijos, cukrinio diabeto, anksčiau persirgto MI, KMI, bendrojo cholesterolio koncentracijos kraujyje) įtaką, nustatyta, kad nerimo simptomai buvo susiję su didesne rizika susirgti MI ir didesniu mirštamumo rodikliu.

Apibendrinami tyrimo rezultatus autoriai teigia, kad aukštas nerimo lygis KŠL sergantiems pacientams didina mirštamumo rodiklius ir riziką susirgti MI [31].

#### **1.4. Širdies nepakankamumo pagrindiniai ankstyvieji simptomai ir požymiai**

Pagrindiniai širdies nepakankamumo simptomai ir požymiai yra svarbūs, nes jie padeda nustatyti šią ligą. *Pagrindiniai ŠN simptomai* yra dusulys, nuovargis ir širdies plakimas. Svarbu šiuos simptomus išsiaiškinti ir įvertinti skirtingomis sąlygomis (pvz., krūvio metu ir naktį).

*Pagrindiniai ŠN požymiai* yra tachikardija, staziniai karkalai, jungo venų spaudimo padidėjimas ir jų išsiplėtimas, kepenų padidėjimas, kulkšnių patinimas, patologinis trečiasis ir/ar ketvirtasis širdies tonai.

Išskiriamos kelios ŠN klinikos dalys:

##### **1. Hemodinamikos sutrikimą rodantys simptomai ir požymiai.**

###### **a) Kvėpavimo nepakankamumo simptomai ir požymiai.**

- *Dusulys* yra pagrindinis kairiojo skilvelio nepakankamumo simptomas. Jis gali atsirasti fizinio krūvio metu. Dažniausiai iš pradžių jis atsiranda tik didelio fizinio krūvio metu, o vėliau fizinio krūvio slenkstis mažėja. Įsisenėjus ŠN, dusulys būna ramybės metu.

- Ortopnėja, t.y. priverstinė sėdėseną esant dusuliui, kuris palengvėja/praeina sėdint ar pavaikščiojus. Šie pacientai miega pusiau sėdomis, o sunkiais atvejais – sėdėdami šalia lovos, – tada mažėja kraujo pritekėjimas į dešinią skilvelį ir mažėja spaudimas mažajame kraujo apytakos rate, lengviau dirba kairysis skilvelis.
- Sausas (neatkosint skreplių) kosulys gali būti dusulio atitikmuo, nes atsiranda fizinės įtampos metu ar gulint ir palengvėja gydant ŠN.
- Paroksizminis naktinis dusulys, dar vadinamas širdies astma, dažnai pažadina ligonį iš miego, sukelia baimę, nerimą, prakaito pylimą. Trunka apie pusvalandį, palengvėja atsisėdus, pavaikščiojus, gali kartotis. Jei paroksizminis naktinis dusulys nepraeina pakeitus kūno padėtį, o veninė stazė didėja, atsiranda dusulys, sukiantis ryškia plaučių stazę – plaučių edemą.

*Tachipnėja* iš pradžių būdinga tik po fizinio krūvio, o vėliau – jau ir ramybės metu.

Sutrikus dujų difuzijai, prasideda Čeino ir Stokso tipo kvėpavimas. Tada stebima priverstinė kūno padėtis, o gulėdami ligoniai „gaudo orą“. *Odos spalvos pokyčiai*. Pradžioje stebima pilkšva odos spalva, o vėliau melsva (cianozė), o galutinėse stadijose – gelsva. Cianozė dažniausiai stebima lūpose, nosies gale, ausų kaušeliuose.

#### **b) Fizinio pajėgumo mažėjimas.**

Fizinis pajėgumas mažėja dėl kvėpavimo nepakankamumo. Išstumiamam tūriui sumažėjus, kraujotakos nepakankamumas lemia per mažą griaučių raumenų aprūpinimą deguonimi. Greičiau atsiranda *nuovargis* ir jaučiamas *silpnumas*, kojų „sunkumas“ – tai rodo pablogėjusią griaučių raumenų perfuziją ir mažą išstumiamąjį širdies tūrį. Fizinis pajėgumo mažėjimas nustatomas pamatuojant deguonies suvartojimą fizinio krūvio metu. Šis rodiklis vertingas nustatant ŠN sunkumą, progresavimą, gydymo veiksmingumą.

#### **2. Inkstų veiklos sutrikimo simptomai ir požymiai.**

*Nikturija* – ankstyvas ŠN simptomas, o jam ryškėjant sukeliama net *oligurija*.

Pagrindinis inkstų veiklos sutrikimo požymis – *pabrinkimai*, kurie ypač ryškūs būna vakare. Jie rodo skysčių kaupimąsi organizme ir atsiranda, kai skysčio susikaupia > 5 litrų. Ilgainiui atsiranda viso kūno pabrinkimas – anasara. Jei edemos išlieka ilgai, pasikeičia odos trofika: prasideda hiperpigmentacija, oda sustorėja. ŠN ryškėjant skysčiai kaupiasi vidaus organuose: krūtinplėvės ertmėje – hidrotoraksas, širdiplėvės ertmėje – hidroperikarditas, pilvo ertmėje – ascitas.

Laboratoriniai tyrimai: didėja savitasis šlapimo svoris, atsiranda proteinurija, ilgainiui – hipoalbuminemia. Didėja šlapalo ir kreatinino koncentracija. Keičiasi natrio koncentracija – ji mažėja.

### **3. Smegenų veiklos sutrikimo simptomai.**

Pablogėjimas gali pasireikšti atminties sutrikimais, *nerimu*, galvos skausmu, svaigimu, *nemiga*. ŠN ryškėjant galimi košmarai, net haliucinacijos, ypač senyvo amžiaus ligoniams [5, 6, 36].

### **1.5. Širdies nepakankamumo nemedikamentinis gydymas**

Per pastaruosius 10–15 metų labai smarkiai pasikeitė terapinis požiūris į širdies nepakankamumą. Šiuo metu siekiama ne tik palengvinti simptomus, bet ir mažinti mirtingumą bei užkirsti kelią simptomams, kuriuos sukelia širdies nepakankamumas.

Gydymo tikslas:

1. mažinti simptomus, pagerinti funkcinę ligonių būklę ir gyvenimo kokybę, t. y. mažinti sergamumą;
2. lėtinti ŠN progresavimą ir išlaikyti klinikinį stabilumą, t. y. retinti hospitalizavimą ir pailginti gyvenimą;
3. sumažinti staigios mirties riziką;
4. mokyti pacientą ir jo artimuosius.

#### **1. Paciento ir jo šeimos mokymas**

Labai dažnai ŠN sergantys pacientai pakartotinai paguldomi į ligoninę. Dažniausiai taip yra dėl to, kad pacientai nepakankamai prisižiūri ir jiems yra sunku laikytis mitybos apribojimų. Daugelio pacientų artimųjų žinios yra per prastos [14].

Europos šalyse ligonių mokymu rūpinamasi ambulatorinėse ŠN klinikose, kuriose ligonius moko ir prižiūri specialiai parengti bendrosios praktikos slaugytojai.

**3 lentelė. Sąrašas temų, kurias reikėtų aptarti su sergančiuoju širdies nepakankamumu ir jo šeima [36].**

<b>Bendri patarimai</b>
<p>Paaiškinimas, kas tai yra širdies nepakankamumas ir kodėl pasireiškia simptomai.          Širdies nepakankamumo priežastys.          Simptomų atpažinimas.          Ką daryti, pasireiškus simptomams.          Svorio kontrolė.          Pulso kontrolė.          Gydomo pagrindimas.          Farmakologinių ir nefarmakologinių paskyrimų laikymosi svarba.          Rūkymo metimas.          Prognozė.</p>
<b>Konsultavimas vaistų vartojimo klausimais</b>
<p>Poveikis.          Dozė ir vartojimo laikas.          Šalutinis ir nepageidaujamas poveikis.          Ką daryti, pamiršus išgerti dozę.          Savarankiškas gydymasis.</p>
<b>Ramybė ir fizinis krūvis</b>
<p>Ramybė.          Su darbu susijęs fizinis krūvis ir veikla.          Kasdieninė fizinė veikla.          Lytinis gyvenimas.          Reabilitacija.</p>
<b>Skiepai, kelionės</b>
<b>Mitybos ir socialiniai įpročiai</b>
<p>Suvartojamo natrio kiekio kontrolė.          Suvartojamo skysčio kiekio kontrolė.          Vengti alkoholio vartojimo.</p>



## 2. *Kitos priemonės, mažinančios širdies pažeidimo riziką:*

- Alkoholis ir rūkymas.

a) Venkite alkoholio vartojimo (< nei 2-3 standartiniai alkoholio vienetai per savaitę). Vienas standartinis alkoholio vienetas sudaro 12 g alkoholio, kuris prilygsta 1 alaus skardinei (~ 340 ml), 1 taurei vyno (100 ml) ar 1 taurei (50 ml) spiritinio gėrimo. Alkoholio vartojimą būtina uždrausti įtariant alkoholinę kardiomiopatiją.

b) Atsisakykite rūkymo.

- Dieta.

### *a) Riebalai*

Rekomenduojama apriboti riebalų kiekį maiste, padidinti produktų, turinčių daug polinesočiųjų riebiųjų rūgščių kiekį. Tai saulėgražų, rapsų, sojos aliejus, jūros žuvies patiekalai.

### *b) Mikroelementai*

Vartojant šlapimo išsiskyrimą skatinančius vaistus, netenkama kalio bei magnio. Daug kalio turi šie maisto produktai: džiovinti abrikosai, razinos, slyvos, vynuogės, pupelės, migdolai, figos, datulės, kmynai, bulvės, burokai. Magnio šaltiniai: bazilikas, kmynai, kakao, migdolai, sojos pupelės, ryžiai, fermentinis sūris, salotos.

### *c) Valgomoji druska*

Druskos kiekį reikia riboti; per dieną galima suvartoti ne > 3000 mg (atitinka 2-3 g) natrio, t. y. 1 arbatinį šaukštelį druskos. Norint sumažinti suvartojamo natrio kiekį, reikėtų laikytis 4 pagrindinių taisyklių:

1. neberti druskos į maistą;
2. pasirinkti tokį mėgstamą maistą, kuriame yra mažai natrio;
3. rinktis maistą, kuriame natūraliai yra mažai natrio;
4. skaityti maisto produktų etiketėje pateiktą informaciją.

### *d) Skysčiai*

Tikslių skysčių vartojimo normų nėra nustatyta. Bendra rekomendacija – 1,5 litro parai. Šiam skysčių kiekiui priklausytų sriubos, sultiniai, sultingi vaisiai, daržovės.

### *e) Kūno svorio kontrolė:*

1. esant viršsvoriui, būtina jį mažinti;
2. svertis reikia kiekvieną rytą tuo pačiu laiku, tomis pačiomis svarstyklėmis, nevalgius, negėrus, pasišlapinus ir pasituštinus (prieš vaistų vartojimą);
3. registruoti savo svorį kiekvieną dieną;
4. svorio padidėjimas 2 kg per 2-3 dienas gali reikšti skysčių susilaikymą organizme;

5. stabilizuojantis svoriui ir išnykus patinimams, toliau būtina svertis bent 2 kartus per savaitę.

- Pacientai turi išmokti savikontrolės (savikontrolės dienynas):

1. įvertinti pulso reguliavimą ir dažnį;
2. savarankiškai pasimatuoti arterinę kraujospūdį;
3. stebėti skysčių pusiausvyrą (matuoti išgeriamų skysčių ir išsiskiriančio šlapimo kiekį);
4. atlikti bei įvertinti 6 minučių ėjimo mėginį.

- Patarimai apie vaistų vartojimą:

1. skatinti savarankišką diuretikų dozės koregavimą, paremtą simptomų pokyčiais ir skysčių balansu;
2. išaiškinti visų vaistų poveikį ir šalutinius jų poveikius;
3. išaiškinti vaistų dozes ir vartojimo laiką (vaistų vartojimo dienynas);
4. paaiškinti, kad po liežuvio vartojami ar purškiami nitratai gali būti laikinas simptomų gydymas, ištikus ūminiam dusulio priepuoliui ar skausmui.

- Vaistai, kurių reikėtų vengti ar saugotis:

1. nesteroidiniai uždegimą malšinantys vaistai;
2. kalcio kanalų blokatoriai;
3. antiaritminiai vaistai.

- Skiepai.

Pacientams, sergantiems ŠN, rekomenduojama pasiskiepyti nuo hepatito B ir gripo virusų, nes bet kuri infekcija pablogina širdies nepakankamumą, o dažnas hospitalizavimas yra susijęs su invaziniais tyrimais.

- Kelionės:

1. reikia vengti šalių, kuriose karštas ir drėgnas klimatas;
2. kai ŠN toli pažengęs, kelionės labai rizikingos;
3. būtina pasitarti su gydytoju dėl vaistų dozės pakeitimo prieš kelionę ir kelionės metu [18,19,26, 38,].

- Lytinis gyvenimas:

1. rekomenduotina prieš lytinį aktą pavartoti po liežuvio vartojamų nitratų ir vengti didelio emocinio susijaudinimo;
2. pokalbio su pacientu intymaus gyvenimo temomis metu būtina paklausti ir apie jo sveikatą, kitus jo rūpesčius bei problemas [18].

Lytinio akto sukeltos širdies dekomensacijos rizika yra vidutinio laipsnio II funkcinės NYHA klasės pacientams, bet didelio laipsnio – III-IV funkcinės klasės pacientams [10].

### **3. Fizinį pajėgumą gerinančios priemonės:**

- reguliarus fizinis aktyvumas gali padėti jaustis geriau, sumažinti simptomus ir pagerinti širdies veiklą;
- fizinį aktyvumą patartina didinti palaipsniui;
- rekomenduotini pasivaikščiojimai gryname ore vidutiniu tempu;
- reikia pažymėti nueitą atstumą ir apie atsiradusius pojūčius pasakyti gydytojui ar slaugytojai;
- rekomenduotini ir pasyvūs pratimai kojų giliųjų venų trombozės apsaugai.

### **Nesimankštinkite ir nedidinkite fizinio aktyvumo, kai:**

- atsiranda dusulys ramybės metu ar daugiau simptomų nei įprasta;
- jaučiatės išsekęs;
- karščiuojate;
- atsiradęs skausmas krūtinėje;
- kardinaliai pakeičiami vartojami vaistai [5, 19, 36].

## **1.6. Gyvenimo kokybės samprata ir širdies nepakankamumas**

Žmogaus gyvenimą, jo kokybę lemia daugelis ypatybių. Esminės iš jų yra sveikata ir materialinė gerovė. Pastaroji sudaro sąlygas tenkinti būtiniausius gyvenimo poreikius, sveikatos bei socialines paslaugas, galimybę mokytis, tobulėti ir kt. [16].

Gyvenimo kokybė Lietuvoje yra dar gana nauja mokslinio tyrinėjimo sfera. Oficialiai ja padėta domėtis tik 1998 m., kai Seimo nutarimu Nr. VIII 833 GK Lietuvos sveikatos programoje pripažinta prioritetine problema. 1999 m. LR sveikatos apsaugos ministerija parengė gyvenimo kokybės gerinimo programą. Prognozuojama, kad Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę galima pagerinti, jeigu bus pradėtas ir nuolat vykdomas jos stebėjimas, suaktyvės individų dalyvavimas visuomenės gyvenime bei vystoma sveikatos politika. Besikeičiant ekonominiams santykiams, sveikatos priežiūros, mokslo ir švietimo sistemoms, individams susidarė skirtingos galimybės patenkinti pagrindinius gyvenimo poreikius, naudotis įvairiomis paslaugomis, gyventi visavertį gyvenimą. Todėl būtinos sveikatos ir gyvenimo kokybės studijos bei galimų priežasčių aiškinimas ir įvertinimas. Tokie darbai atliekami daugelyje Europos ir pasaulio šalių [24].

1993 metais PSO pasiūlė tokį Gyvenimo kokybės (GK) apibrėžimą: *Gyvenimo kokybė* – tai individualus savo gyvenimo paskirties vertinimas individo gyvenamoje kultūros ir vertybių sistemoje, kurioje jo požiūriai yra susiję su jo paties tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiskai veikiama asmens fizinės

sveikatos ir psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių ryšių bei ryšių su aplinka [16].

B. Haas, išanalizavusi naujausią mokslo literatūrą apie gyvenimo kokybę, atliko jos koncepcijos analizę. Ji pateikė „gyvenimo kokybės“ sąvoką apibūdinančius kriterijus. Remiantis šiais kriterijais, suformuluotas *GK apibrėžimas*: tai įvairiapusis kiekvieno žmogaus esamų gyvenimo aplinkybių įvertinimas. Pirmiausia GK – tai subjektyvus gerovės suvokimas, apimantis fizinį, psichologinį, socialinį ir dvasinį lygmenis [16].

Medicinoje dažniausiai nagrinėjama su sveikata susijusi GK. Ji tiriama siauresniu aspektu, t.y. tiriami fizinis, psichologinis ir socialinis sveikatos lygmenys, kuriems darė įtaką asmens patirtis, įsitikinimai, lūkesčiai ir pojūčiai [35]. Daugelio mokslininkų nuomone, lėtinės ligos yra vienas svarbiausių veiksnių, lemiančių žmonių gyvenimo kokybę bei psichosocialines problemas. Taigi visame pasaulyje, kaip ir Lietuvoje, šia kryptimi atliekama vis daugiau mokslinių tyrimų, nagrinėjama įvairių ligų įtaka gyvenimo kokybei bei siekiama visomis priemonėmis – medikamentiniu gydymu, reabilitacija, psichoterapija teikti socialinę paramą ir užtikrinti visavertį gyvenimą bei geresnę gyvenimo kokybę [4, 7, 16].

Ligoniai, sergantys širdies nepakankamumu, turi kontroliuoti simptomų atsiradimą. Tokiu būdu palaiptiesiems jie tampa priklausomi nuo aplinkinių kasdieniniame gyvenime. Keletą studijų buvo nagrinėjamas ligonių, sergančių LŠN, supratimas apie ligą iš jų gyvenimo praktikos. Ligoniai, suvokę ligą kaip silpnumą, kentėjo ne tik nuo simptomų, bet ir nuo kompromituojančios padėties visuomenėje. Jie nesugebėjo dalyvauti kasdieninėje veikloje, jie tarsi save individualizuoja, todėl kyla aibė emocinių problemų. Mokslininkai padarė išvadą, kad pasireiškiantys fiziniai simptomai, tokie, kaip nuovargis, dusulys ir suvokimo susilpnėjimas, yra svarbūs faktoriai, bloginantys jų gyvenimo kokybę [15].

Kitos studijos, tyrusios ligonių, sergančių LŠN, gavo panašius duomenis (Riegel & Carlson 2002, Europe & Tyni-Lenne´ 2004) [15].

Martensson et al. (1997, 1998) studijoje tyrė, kaip ligoniai – vyrai ir moterys – sergantys LŠN, suvokia savo būsenos situaciją. Vyresni vyrai ir moterys skundėsi fiziniu, protiniu ir socialiniu ribotumu bei giliu bejėgiškumo jausmu. Martensson atkreipė dėmesį, kad tik moterys ligonės geriau suprato esamą padėtį, o vyrai ligos atžvilgiu buvo nusiteikę pesimistiškai ir netikėjo pagerėjimu. Šias išvadas taip pat patvirtino Rhodes ir Bowles (2002) ir Evangelista et al. (2001) studijos [15].

Nedaug duomenų apie ligonių, sergančių ŠN, psichologines problemas. ENRICHD klinikiniame tyrime tyrėjai palygino depresijos paplitimą tarp ligonių sergančių MI su ŠN ir tarp ligonių sergančių MI be ŠN. Ligoniams, po MI sergantiems ŠN, depresijos

paplitimas svyruoja nuo 9 iki 40 proc., ir tai yra 20 proc. dažniau nei ligoniams, sergantiems tik koronarine širdies liga. Buvo nustatyta, kad depresija dažniau išsivystė ligoniams, sergantiems ūmiu miokardo infarktu ir širdies nepakankamumu. Tokia ryški depresija ŠN grupėje siekė 43 proc., o nesergančių ŠN grupėje depresija pasireiškė 36 proc. ligonių. Daroma prielaida, kad ligoniams, sergantiems MI ir ŠN, būtina diagnozuoti ir gydyti depresiją, nes ji blogina ligonio gyvenimo kokybę [27].

Pagal patvirtintą gyvenimo kokybės klausimyną SF-36 vienoje Vokietijos studijoje buvo atliktas pacientų, sergančių širdies nepakankamumu, ir pacientų, sergančių kitomis lėtinėmis ligomis, gyvenimo kokybės palyginimas. Tyrimo rezultatai parodė, kad ŠN sergančių pacientų gyvenimo kokybė yra labai sumažėjusi. Kiekvienas gyvenimo kokybės rodiklis sumažėja didėjant NYHA funkciniai klasei. Gyvenimo kokybės sumažėjimas labiausiai susijęs su funkcinio pajėgumo sumažėjimu [17].

2002–2003 metais atliktoje studijoje „Interdisciplinary Network for Heart Failure“ buvo nagrinėjama depresijos ir nerimo simptomų įtaka sergančiųjų ŠN gyvenimo kokybei. Šioje studijoje dalyvavo pacientai, sergantys KŠL (43 proc.), dilatacine kardiomiopatija (22 proc.), hipertenzija (14 proc.) ir kitomis ligomis (21 proc.). Tiriamųjų amžiaus vidurkis – 64,5 m. (70 proc. vyrų). Širdies nepakankamumo sunkumo laipsnis buvo įvertintas pagal Niujorko širdies asociacijos (NYHA) funkcinio pajėgumo klasę. Depresijos ir nerimo simptomų įtaka gyvenimo kokybei buvo analizuojama naudojant Kanzaso kardiomiopatijos klausimyną. Remdamiesi tyrimo rezultatais, mokslininkai nustatė, kad tiek širdies nepakankamumo paūmėjimas, tiek širdies nepakankamumą lydinti depresija pablogina pacientų gyvenimo kokybę [38].

Nagrinėjant atskiras gyvenimo kokybės sferas, atkreipiamas dėmesys ir į miego sutrikimus. Miegas sudaro apie trečdalį žmogaus gyvenimo, todėl jis yra labai svarbus fiziniam, protiniam bei emociniam organizmo funkcionavimui ir yra tiesiogiai susijęs su gyvenimo kokybe. Asmenims, turintiems miego sutrikimų, gyvenimo kokybę trikdo ne tik fizinės ligos, bet ir daugybė psichosocialinių sunkumų. Psichoemocinės būklės, miego sutrikimai sąlygoja gyvenimo kokybės blogėjimą, ypač veiklos apribojimą dėl fizinių ar psichinių problemų. Asmenų, kuriems būdingi miego sutrikimai ir kurie papildomai varginami nerimo ir depresijos, gyvenimo kokybė blogiausia [40].

Lietuvoje yra nedaug mokslinių tyrimų, įvairiais aspektais nagrinėjančių IŠL ir ŠN įtaką gyvenimo kokybei. Vienas iš tyrimų skirtas įvertinti susijusią su sveikata gyvenimo kokybę, t.y. depresijos ir nerimo įtaką sergantiems IŠL. Tyrimo rezultatai parodė, kad sergantiesiems IŠL nerimas ir depresija nustatomi pakankamai dažnai. Su sveikata susijęs gyvenimo kokybės vertinimas priklauso nuo nerimo ir depresijos sunkumo: kuo stipresnis

nerimas ir depresija, tuo blogesnė su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, ypač blogesnė psichikos sveikata [34].

Kito tyrimo metu tyrėjai nagrinėja depresijos ir nerimo simptomų įtaką sergančiųjų IŠL fiziniam pajėgumui ir judėjimo funkcijos ribotumui. Buvo ištirtas 141 pacientas, sergantis IŠL: 48 – krūtinės angina, 93 – po MI. Tiriamųjų amžiaus vidurkis – 56 metai. Pagal Niujorko širdies asociacijos (NYHA) funkcinio pajėgumo klases tiriamieji pasiskirstė taip: II funkcinė klasė – 89,4 proc., III funkcinė klasė – 10,6 proc. ligonių. Remiantis tyrimo rezultatais nustatyta, kad depresijos ir nerimo simptomai tiesioginės įtakos fiziniam pajėgumui neturėjo, tačiau reikšmingai ribojo judėjimo funkcijas, susijusias su kasdienia veikla, kuria nulemia asmens gyvenimo kokybę [39].

Taip pat buvo atliktas tyrimas, nagrinėjantis fizinio treniravimo poveikį sergančiųjų ŠN gyvenimo kokybei. Buvo padarytos išvados, kad ilgalaikis fizinis treniravimas turi teigiamą poveikį II-III NYHA funkcinės klasės lėtiniu širdies nepakankamumu sergančiųjų klinikinei būklei: pailgėjo atstumas, nueitas 6 minučių mėginio metu. Ilgalaikis fizinis treniravimas turi teigiamą poveikį ir gyvenimo kokybei: padidėjo gyvenimo kokybės indeksas ir pagerėjo bendros sveikatos būklė (EQ-5D klausimyno duomenimis) bei sumažėjo gyvenimo kokybės balas (Minesotos klausimyno duomenimis) [23].

Kiti tyrėjai įvertino ilgalaikio reabilitacinio gydymo poveikį sergančiųjų lėtiniu širdies nepakankamumu lėtiniam nuovargiui ir kardiorespiraciniams rodmenims. Ištirta 170 III–IV funkcinės klasės ligonių, sergančiųjų LŠN. Atrinktos dvi tiriamųjų grupės: ilgalaikės reabilitacijos ir kontrolinė grupė. Jiems atlikti spiroergometrijos tyrimai ir lėtinio nuovargio tyrimas. Padarytos tokios išvados: sergančiųjų III–IV funkcinės klasės lėtiniu širdies nepakankamumu lėtinis nuovargis yra didelio laipsnio, blogina motyvaciją ir sunkina savirūpą; ilgalaikė kompleksinė reabilitacija gerina visus lėtinio nuovargio rodiklius, kvėpavimo efektyvumą ir prognozinį lėtinio širdies nepakankamumo žymenį – anglies dioksido ventiliacinį ekvivalentą [42].

Atliktas tyrimas, kurio metu tyrėjai vertino pacientų, sergančių širdies nepakankamumu, mokymo įtaką. Tyrime dalyvavo 65 pacientai, sergantys širdies nepakankamumu. Jų amžiaus vidurkis – 62 metai. Pacientų žinios buvo vertinamos prieš mokymą, užbaigus gydymą stacionare ir praėjus 1 mėnesiui po mokymo. Tyrimo metu nustatyta, kad daugiau nei pusės sergančiųjų žinios apie širdies nepakankamumą prieš mokymą buvo nepakankamos, o užbaigus gydymą ligoninėje ir praėjus 1 mėnesiui po mokymo – vidutinės. Prieš mokymą ir praėjus 1 mėnesiui po mokymo jaunesnio amžiaus pacientų žinios buvo geresnės nei vyresnio amžiaus pacientų. Tačiau, užbaigus gydymą ligoninėje, vyresnio amžiaus pacientų žinios buvo geresnės nei jaunesnio amžiaus

pacientų. Prieš mokymą ligoniai blogiausiai žinojo apie svėrimosi dažnį ir širdies nepakankamumo paūmėjimo priežastis. Mokymo poveikis praėjus mėnesiui turėjo teigiamą įtaką pacientų žinioms apie pagrindines ŠN priežastis, druskos ribojimą, svėrimosi svarbą ir dažnį bei profilaktiką troškinant ir padidėjus svoriui [21].

Širdies nepakankamumu serga labai daug žmonių visame pasaulyje. Tai viena iš nedaugelio kardiovaskulinių ligų, kurios paplitimas auga. Jau pats ligos pavadinimas ligoniams sukelia baimę, nerimą ir neaiškumą. Bendrosios praktikos slaugytojos padeda pacientui suvokti sekinančius simptomų pasireiškimus ir ligos eigą.

Ūminiu koronariniu sindromu sergantys ligoniai, kuriems išsivysto širdies nepakankamumas, yra mažai ištirti, mažai žinoma apie jų gyvenimo kokybę. Ligoniai trumpai gydomi stacionare, todėl jų paruošimas ir mokymas trumpas. Naujai atsirandančių simptomų (skausmo, depresijos, dusulio, patinimų ir t.t.) išsiaiškinimas, efektyvus širdies nepakankamumo nemedikamentinis gydymas yra reikšmingas paciento gyvenimo kokybei. Nuo pat ūminio koronarinio sindromo gydymo pradžios labai svarbu su pacientu aptarti simptomų pasikartojimo galimybę, pirmąją pagalbą atsinaujinus simptomams, jo gydymo perspektyvas, vaistų vartojimą, jų pašalinius poveikius. Todėl būtina surasti galimybes įvertinti gyvenimo kokybę, jos pokyčius bei įtaką širdies nepakankamumui.

## 2. TYRYMO MEDŽIAGA IR METODAI

### **Tyrimo kontingentas.**

Tyrimė dalyvavo pacientai, besigydantys VŠĮ VUL Santariškių klinikos kardiologijos ir angiologijos centre, I ir II kardiologijos skyriuose. Respondentų atranka buvo tikslinė: tyrimė dalyvavo tik pacientai, sergantys ūminiu koronariniu sindromu ir širdies nepakankamumu. ŠN sunkumas vertinamas atsižvelgiant į Niujorko širdies asociacijos (NŠA, ang. New York Heart Association – NYHA) rekomendacijas, t.y. pagal funkcinės klases (2 lentelė), kurios buvo pritaikytos tik C ir D stadijoms, esant klinikiniams ŠN simptomams.

Tiriamąjį darbą sudarė anketavimas, naudojant standartizuotus „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ bei Kanzaso kardiomiopatijos klausimynus, medicininių dokumentų ir tyrimo rezultatų analizė.

### **Tyrimo imtis.**

Tyrimas atliktas 2007-2009 metais VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninėje, Santariškių klinikose, anketų išdalinta kardiologijos ir angiologijos centre, I ir II kardiologijos skyriuose. Tyrimė dalyvavo 120 respondentų. 60 pacientų buvo panaudota žodinė apklausa. Likusiems 60 pacientų buvo išdalintos anketos ir iš jų surinktos tik 49 (81,7 proc.) užpildytos anketos. 4 iš jų atsisakė dalyvauti apklausoje, 1 pacientas jautė didelį nuovargį, 6 anketos užpildytos netiksliai, todėl statistiniam apdorojimui buvo panaudota 109 anketos. Visiems respondentams buvo paaiškintas anketų užpildymo tikslas.

### **Tyrimo metodai.**

Tyrimo metu taikyta anketinė apklausa, žodinė apklausa, medicininių dokumentų analizė ir statistinė duomenų analizė.

### **Anketinė apklausa.**

Anketinis tyrimo metodas buvo pasirinktas, kadangi turi privalumų, reikalingų statistinio pobūdžio moksliniams darbams [20, 37]:

- per trumpą laiko tarpą galima apklausti daug žmonių;
- lengva užtikrinti anketų anonimiškumą;
- duomenų apdorojimui galima pasitelkti informacines sistemas.

Pagal išsimokslinimą respondentai buvo suskirstyti į penkias grupes: aukštasis, nebaigtas aukštasis, aukštesnysis, vidurinis, pagrindinis. Vidutinis pacientų amžius buvo 63,29±10,37 metai.

„Minesotos gyvenimas sergant širdies nepakankamumu“ klausimyną sudarė 21 klausimas. Respondentai įvertino kiek ŠN trukdė įprastai gyventi per praėjusį mėnesį (4 savaites) nuo 0 iki 5 balų: 1 balas – ne; 2 balai – labai mažai; 3 balai – mažai; 4 balai –



daug; 5 balai – labai daug. Klausimynas apie tai, kiek širdies nepakankamumas įtakojo pacientų gyvenimą (žr. 1 priedo 1-21 klausimus).

Kanzaso kardiomiopatijos klausimyną sudarė 18 klausimų. Klausimynas įvertina penkias gyvenimo kokybės sritis: fizinį pajėgumą, simptomų pastovumą, socialinį ribojimą, savarankišką veiklą ir gyvenimo kokybės pokyčius. Klausimynas apie tai, kaip širdies nepakankamumas gali įtakoti pacientų gyvenimą (žr. 2 priedo 1-18 klausimus).

#### **Statistinė duomenų analizė.**

Statistinė analizė atlikta naudojant „Microsoft Office Excel 2003“ ir SPSS 16.0 (version for Windows) statistinę programą. Kiekybiniams kintamiesiems aprašomoji statistika pateikiama vidurkių – standartinių nuokrypių pavidalu, kokybiniams kintamiesiems – dažnių lentelių pavidalu. Kelių grupių palyginimui kiekybinio kintamojo atžvilgiu taikyta vienfaktorinė dispersinė analizė (angl. ANOVA). Poriniams palyginimams naudotos LSD arba Tamhane statistikos. Kokybinių kintamųjų atveju palyginimai atlikti chi kvadrat testo pagalba. Reikšmingumo lygmuo fiksuotas ir laikomas lygiu 0,05. Visur pateikiamos dvipusės p reikšmės.

Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėmis ir diagramomis.

### 3. TYRIMO REZULTATAI

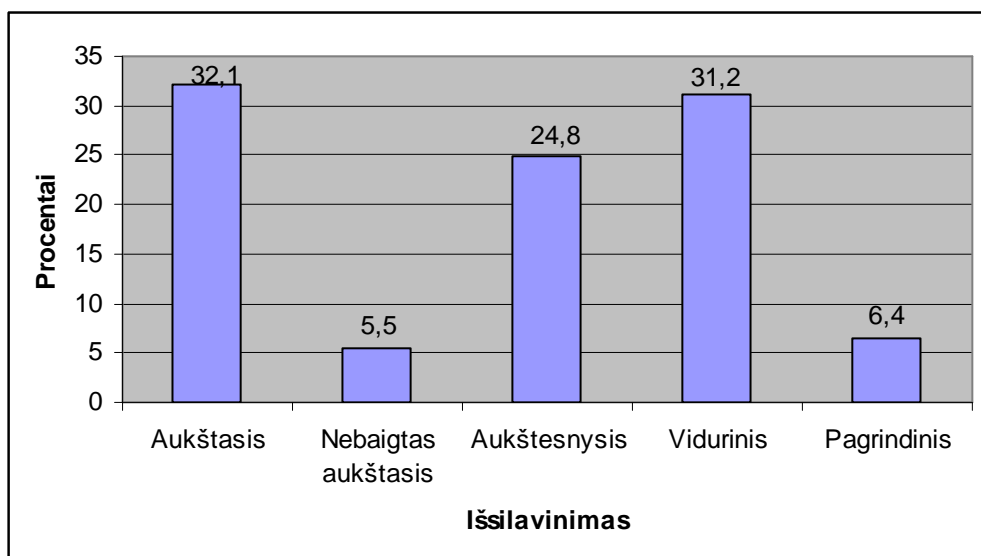
#### 3.1. Bendroji tiriamųjų charakteristika

Tyrimė dalyvavo 109 respondentai, kurie gydėsi VŠĮ VUL Santariškių klinikos kardiologijos ir angiologijos centre, I ir II kardiologijos skyriuose. 78 pacientai buvo vyriškos lyties ir 31 – moteriškos (4 lentelė).

4 lentelė. Tiriamųjų pacientų charakteristika pagal lytį

Lytis	Pacientų skaičius	Procentai
Moteris	31	28,4
Vyrai	78	71,6
<b>Iš viso</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

Pagal išsilavinimą respondentai skirstyti į 5 grupes: aukštąjį išsilavinimą turėjo 35 (32,1 proc.), nebaigtą aukštąjį – 6 (5,5 proc.), aukštesnįjį – 27 (24,8 proc.), vidurinį - 34 (31,2 proc.) ir pagrindinį – 7 (6,4 proc.) visų tyrime dalyvavusių respondentų. Tirtų pacientų skirstinys išsilavinimo atžvilgiu pateiktas 2 paveikslėlyje.



2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

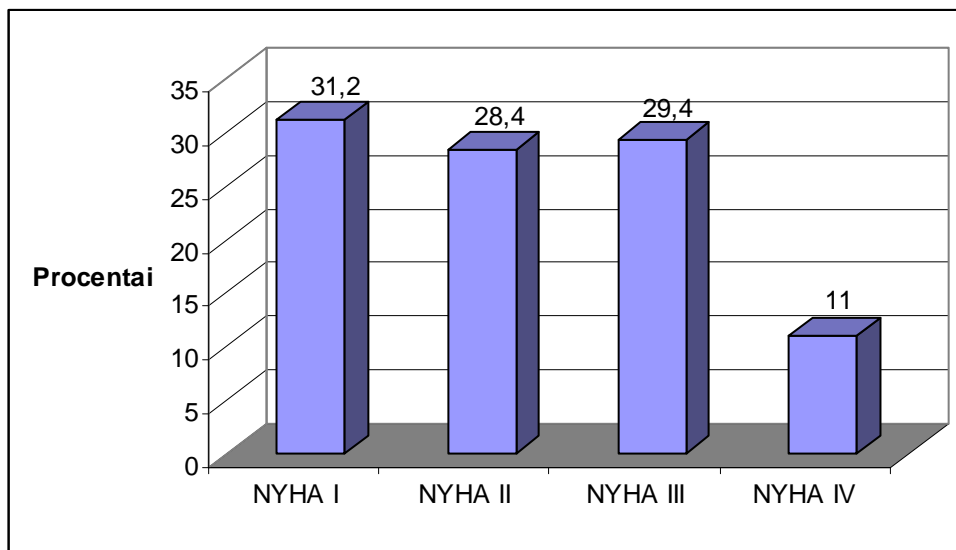
Vidutinis pacientų amžius buvo 63,29+/-10,37 metai. Vidutinis pacientų amžius lyties grupėse ir funkcinio pajėgumo klasėse pateikiamas lentelėje 5.

**5 lentelė. Tiriamųjų pacientų charakteristika pagal lytį ir širdies nepakankamumo funkcinio pajėgumo klases (remiantis Niujorko širdies asociacijos -NYHA – nuorodomis)**

		Amžius
		Vidurkis $\pm$ SN*
<b>Lytis</b>	Moteris	62,90 $\pm$ 9,42
	Vyras	63,45 $\pm$ 10,78
	<b>Iš viso</b>	<b>63,29 <math>\pm</math> 10,37</b>
<b>Širdies nepakankamumo funkcinio pajėgumo klasės</b>	I	55,76 $\pm$ 8,53
	II	65,00 $\pm$ 10,70
	III	66,97 $\pm$ 9,01
	IV	70,42 $\pm$ 4,32
	<b>Iš viso</b>	<b>63,29 <math>\pm</math> 10,37</b>

\* Pastaba. SN\* - standartinis nuokrypis

Analizuojant respondentų pasiskirstymą pagal širdies nepakankamumo funkcinio pajėgumo klasę (remiantis Niujorko širdies asociacijos - NYHA – nuorodomis) gauti tokie rezultatai: I funkcinė klasė – 34 (31,2 proc.) respondentų, II funkcinė klasė – 31 (28,4 proc.) respondentų, III funkcinė klasė – 32 (29,4 proc.) respondentų, o IV funkcinė klasė - 12 (11 proc.) respondentų (3 pav.).



**3 pav. Tiriamųjų pacientų pasiskirstymas pagal širdies nepakankamumo funkcinio pajėgumo klases (remiantis Niujorko širdies asociacijos -NYHA – nuorodomis)**

### 3.2. Širdies nepakankamumo sunkumo laipsnio įtaka pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, gyvenimo kokybei remiantis „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimynu

Širdies nepakankamumo sunkumo laipsnis buvo įvertintas pagal Niujorko širdies asociacijos (NYHA) funkcinio pajėgumo klasę (žr. 2 lentelė). Analizuodami sunkumo laipsnio įtaką gyvenimo kokybei, taikėme tokią schemą. Pacientus suskirstėme į tris grupes pagal funkcinę pajėgumo klasę. Pirmą grupę sudarė pacientai, kurie priklausė pirmajai (NYHA) funkciniai pajėgumo klasei, antrą – tie, kurie priklausė antrajai (NYHA) funkciniai pajėgumo klasei, trečią – tie, kurie priklausė trečiajai arba ketvirtajai (NYHA) funkciniai pajėgumo klasei. Į paskutinę grupę sujungėme pacientus iš trečiosios ir ketvirtosios (NYHA) funkciniai pajėgumo klasių, nes tokių pacientų, kurie priklausė ketvirtajai (NYHA) funkciniai pajėgumo klasei, buvo nedaug (12 žmonių).

Toliau lyginome tarp šių trijų grupių kiekvieno „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimyno klausimo visų ligonių atsakymų vidurkius. Rezultatai pateikiami 6 lentelėje.

**6 lentelė. Skirtingų NYHA funkciniai grupių palyginimas pagal atskirus „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimyno klausimus\***

Grupė Klausimai	Funkcinių klasių grupės (NYHA)			P reikšmė
	I grupė (n = 34)	II grupė (n = 31)	III ir IV grupė (n = 44)	
1	2	3	4	5
1. Ar tino kulkšnys ir kojos?	0,24 ± 0,82	0,77 ± 1,36	2,79 ± 1,86	<0,001
2. Ar privertė jus sėdėti ar gulėti dienos metu?	0,24 ± 0,74	1,39 ± 1,50	3,52 ± 1,72	<0,001
3. Ar sunku buvo vaikščioti ar lipti laiptais?	0,76 ± 1,16	2,45 ± 1,63	4,14 ± 1,21	<0,001
4. Ar sunku dirbti namuose ar kieme?	0,88 ± 1,15	1,61 ± 1,52	4,05 ± 1,35	<0,001
5. Ar sunku buvo keliauti toliau nuo namų?	0,88 ± 1,39	2,13 ± 1,54	4,16 ± 1,22	<0,001
6. Ar sunku buvo miegoti naktį?	0,74 ± 1,26	1,55 ± 1,50	3,68 ± 1,41	<0,001

Lentelės tęsinys 37 puslapyje

1	2	3	4	5
7. Ar buvo sunku bendrauti ar ką nors veikti su draugais ar namiškiais?	0,26 ± 0,75	0,77 ± 0,84	2,55 ± 1,92	<0,001
8. Ar sunku buvo atlikti darbą, kuris Jums būtinas pragyvenimui?	0,74 ± 1,14	1,42 ± 1,20	3,55 ± 1,70	<0,001
9. Ar sunku buvo naudotis laisvalaikiu, sportuoti ar užsiimti kitais mėgstamais užsiėmimais?	0,38 ± 0,85	1,71 ± 1,47	3,81 ± 1,67	<0,001
10. Ar apsunkino Jūsų seksualinį aktyvumą?	1,00 ± 1,52	1,48 ± 1,48	3,89 ± 1,59	<0,001
11. Ar trukdė Jums daugiau suvalgyti mėgstamo maisto?	0,56 ± 1,11	0,32 ± 0,75	3,16 ± 2,09	<0,001
12. Ar sunku buvo kvėpuoti (trūko oro)?	0,76 ± 1,16	1,65 ± 1,60	3,95 ± 1,5	<0,001
13. Ar jautėtės pavargęs, buvo silpna, trūko energijos?	1,50 ± 1,38	2,58 ± 1,52	4,20 ± 1,3	<0,001
14. Ar buvote priverstas gulėti ligoninėje?	0,94 ± 1,35	2,35 ± 1,87	4,02 ± 1,42	<0,001
15. Ar turėjote išlaidų gydymui?	0,94 ± 1,25	1,84 ± 1,49	3,39 ± 1,82	<0,001
16. Ar kentėjote nuo gydymo šalutinių poveikių?	0,09 ± 0,38	0,50 ± 0,94	1,09 ± 1,46	<0,001
17. Ar jautėtės našta savo šeimai ir draugams?	0,29 ± 0,80	0,35 ± 0,61	1,27 ± 1,19	<0,001
18. Ar jautėte, kad prarandate savitvardą gyvenime?	0,24 ± 0,55	1,23 ± 1,54	2,27 ± 1,82	<0,001
19. Ar vertė Jus išgyventi, nerimauti?	0,82 ± 0,97	1,97 ± 1,60	3,48 ± 1,58	<0,001
20. Ar sunku buvo susikaupti ir atsiminti įvairius dalykus?	0,47 ± 1,08	1,23 ± 1,28	3,34 ± 1,82	<0,001
21. Ar jautėte depresiją?	0,56 ± 1,08	1,35 ± 1,76	3,57 ± 1,77	<0,001

\* Pastaba. \* - kiekvienam klausimui pateikiamas vidurkis ± SN atskiroje NYHA funkcinės klasės grupėje; p reikšmės skirtos tikrinti hipotezei „ar yra skirtumas tarp visų grupių“.

Nustatyta, kad trečios grupės pacientai net 11,6 kartų dažniau nei pirmos ir 3,6 kartų dažniau nei antros grupės pastebėjo pėdų, kulkšnių arba kojų patinimus.

Dusulys vargino trečios grupės pacientus 5,2 ir 2,4 kartų daugiau nei pirmos ir antros grupės pacientus. Dėl dusulio trečios grupės 5 ir 2,4 kartų daugiau pacientų kiekvieną naktį turėjo miegoti atsisėdę ar atsigulę aukščiau (ant 3-4 pagalvių), o prisėsti ar prigulti pailsėti turėjo net 14,7 ir 2,5 kartų dažniau.

Silpnumas, nuovargis ar energijos trūkumas vargino 30,0 proc. pirmos grupės, 51,6 proc. – antros grupės, 84,0 proc. – trečios grupės pacientų ( $p < 0,001$ ; 6 lentelė).

Panašūs ir kitų klausimų rezultatai.

Iš 6 lentelės rezultatų matyti, jog didėjant NYHA funkcinėi klasei blogėja pacientų gyvenimo kokybė.

7 lentelėje pateikiami porinių palyginimų rezultatai.

Palyginus I grupę su II grupe statistiškai patikimi rezultatai gauti šiuose klausimuose:

1. Ar sunku buvo vaikščioti ar lipti laiptais?
2. Ar sunku buvo keliauti toliau nuo namų?
3. Ar sunku buvo naudotis laisvalaikiu, sportuoti ar užsiimti kitais mėgstamais užsiėmimais?
4. Ar jautėtės pavargęs, buvo silpna, trūko energijos?
5. Ar buvote priverstas gulėti ligoninėje?
6. Ar jautėte, kad prarandate savitvardą?
7. Ar vertė Jus išgyventi, nerimauti?

Palyginus I ir II grupes su III ir IV grupėmis, visais klausimais gauti statistiškai patikimi rezultatai. Mūsų tyrimas parodė, jog kuo didesnė NYHA funkcinė klasė, tuo blogesnė gyvenimo kokybė.

**7 lentelė. Skirtingų NYHA funkcinų grupių palyginimas pagal atskirus „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimyno klausimus – porinių palyginimų p reikšmės.**

Grupė Klausimai	Funkcinių klasių grupės (NYHA)		
		II grupė (n = 31)	III ir IV grupė (n = 44)
1	2	3	4
1. Ar tino kulکشnys ir kojos?	I grupė (n = 34)	0,174	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001
2. Ar privertė jus sėdėti ar gulėti dienos metu?	I grupė (n = 34)	0,010	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001
3. Ar sunku buvo vaikščioti ar lipti laiptais?	I grupė (n = 34)	0,000	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001
4. Ar sunku darbuotis namuose ar kieme?	I grupė (n = 34)	0,031	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001
5. Ar sunku buvo keliauti toliau nuo namų?	I grupė (n = 34)	0,000	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001
6. Ar sunku buvo miegoti naktį?	I grupė (n = 34)	0,021	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001
7. Ar buvo sunku bendrauti ar ką nors veikti su draugais ar namiškiais?	I grupė (n = 34)	0,039	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001
8. Ar sunku buvo atlikti darbą, kuris Jums būtinas pragyvenimui?	I grupė (n = 34)	0,065	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001
9. Ar sunku buvo naudotis laisvalaikiu, sportuoti ar užsiimti kitais mėgstamais užsiėmimais?	I grupė (n = 34)	0,000	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001

Lentelės tęsinys 40 puslapyje

1	2	3	4
10. Ar apsunkino Jūsų seksualinį aktyvumą?	I grupė (n = 34)	0,021	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001
12. Ar sunku buvo kvėpuoti (trūko oro)?	I grupė (n = 34)	0,170	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001
13. Ar jautėtės pavargęs, buvo silpna, trūko energijos?	I grupė (n = 34)	0,003	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001
14. Ar buvote priverstas gulėti ligoninėj?	I grupė (n = 34)	0,003	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001
15. Ar turėjote išlaidų gydymui?	I grupė (n = 34)	0,023	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001
16. Ar kentėjote nuo gydymo šalutinių poveikių?	I grupė (n = 34)	0,093	<0,001
	II grupė (n = 31)		0,108
17. Ar jautėtės našta savo šeimai ir draugams?	I grupė (n = 34)	0,980	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001
18. Ar jautėte, kad prarandate savitvardą gyvenime?	I grupė (n = 34)	0,005	<0,001
	II grupė (n = 31)		0,027
19. Ar vertė Jus išgyventi, nerimauti?	I grupė (n = 34)	0,004	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001
20. Ar sunku buvo susikaupti ir atsiminti įvairius dalykus?	I grupė (n = 34)	0,039	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001
21. Ar jautėte depresiją?	I grupė (n = 34)	0,101	<0,001
	II grupė (n = 31)		<0,001



Po to išskyrėme tris „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimyno dalis.

Pirmą dalį sudarė klausimai, susiję su dusuliu ar bendru silpnumu, nuovargiu:

1. Ar tino kulkšnys ir kojos?
2. Ar sunku buvo vaikščioti ar lipti laiptais?
3. Ar priverstė jus sėdėti ar gulėti dienos metu?
4. Ar sunku buvo miegoti naktį?
5. Ar sunku buvo kvėpuoti (trūko oro)?
6. Ar jautėtės pavargęs, buvo silpna, trūko energijos?
7. Ar sunku buvo keliauti toliau nuo namų?
8. Ar buvo sunku bendrauti ar ką nors veikti su draugais arba namiškiais?

Antrą dalį sudarė klausimai, susiję su nerimu, depresija:

9. Ar jautėtės našta savo šeimai ir draugams?
10. Ar jautėte, kad prarandate savitvardą gyvenime?
11. Ar vertė Jus išgyventi, nerimauti?
12. Ar sunku buvo susikaupti ir atsiminti įvairius dalykus?
13. Ar jautėte depresiją?

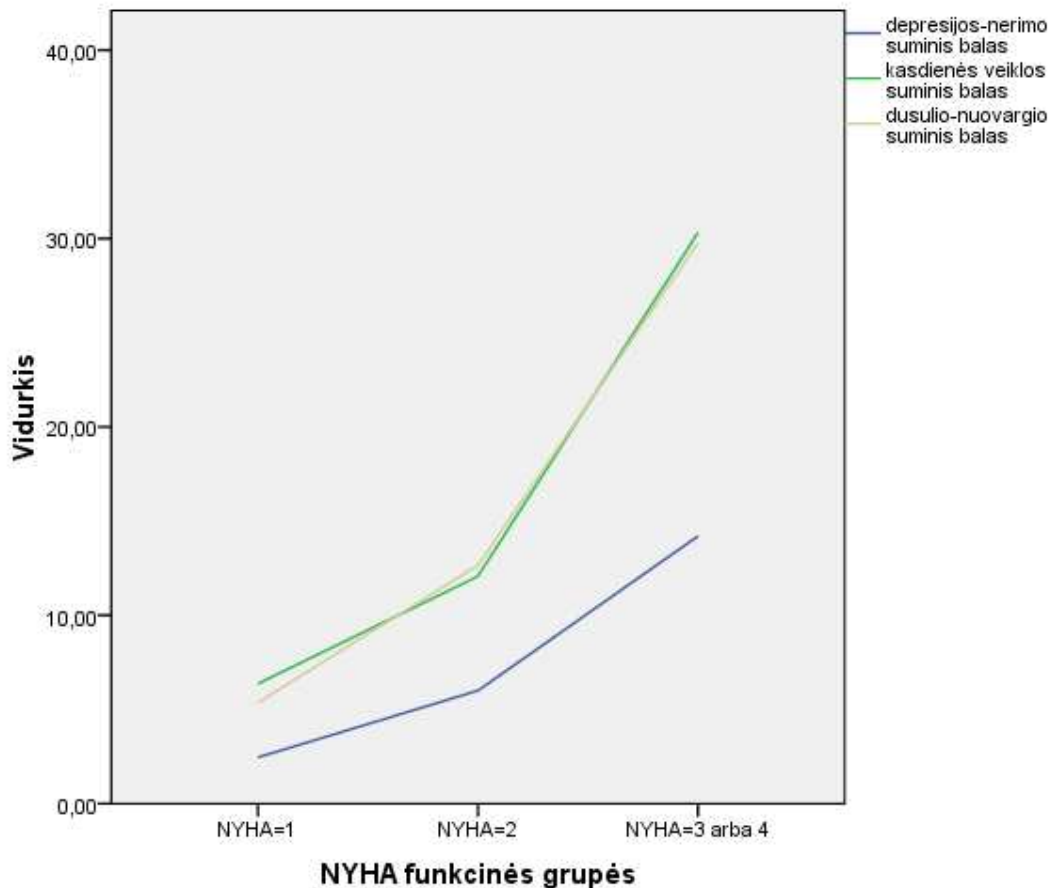
Trečią dalį sudarė klausimai, susiję su kasdiene veikla:

14. Ar sunku buvo atlikti darbą, kuris Jums būtinas pragyvenimui?
15. Ar sunku buvo naudotis laisvalaikiu, sportuoti ar užsiimti kitais mėgstamais užsiėmimais?
16. Ar trukdė Jums daugiau suvalgyti mėgstamo maisto?
17. Ar sunku darbuotis namuose ar kieme?
18. Ar sunku buvo keliauti toliau nuo namų?
19. Ar apsunkino Jūsų seksualinį aktyvumą?
20. Ar buvote priverstas gulėti ligoninėje?
21. Ar turėjote išlaidų gydymui?

Apskaičiavome kiekvieno paciento atskiros „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimyno dalies atsakymų į klausimus balų sumą. Tokiu būdu gavome balus, atspindinčius kiekvieno paciento dusulį ir bendrą nuovargį, depresiją-nerimą ir kasdienę veiklą. Tada apskaičiavome kiekvienos pacientų grupės balų sumos vidurkį ir palyginome tarpusavyje tris minėtas grupes šių suminių balų atžvilgiu. Palyginimų rezultatai pateikiami 8 lentelėje ir 4 pav. Iš jų matome, kad ir šiuo atveju bendri grupių rezultatai kokybiškai nesiskyrė nuo atskirų klausimų analizės (7 lentelė): grupė, kurią sudarė III-IV funkcinės klasės pacientai, atrodė prasčiausiai.

**8 lentelė. Skirtingų NYHA funkcinų pajėgumo klasių palyginimas pagal atskirus „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimyno skyrius.**

Grupė Skyriai	Funkcinių klasių grupės (NYHA)			P reikšmė
	I grupė (n = 34)	II grupė (n = 31)	III ir IV grupė (n = 44)	
Depresija, nerimas	2,38 ± 3,22	6,13 ± 5,30	13,93 ± 6,64	<0,001
Kasdieninė veikla	6,36 ± 7,28	12,20 ± 5,87	30,31 ± 8,88	<0,001
Dusulys, silpnumas- nuovargis	5,38 ± 5,90	13,37 ± 7,64	29,05 ± 9,82	<0,001



**4 pav. Funkcinių grupių palyginimas tarp dusulio-nuovargio, kasdienės veiklos ir depresijos-nerimo suminių balų atžvilgių\***

\* Paveikslėlis vaizduoja vidurkius.

4 pav. yra palyginama, kokią įtaką gyvenimo kokybei priklausomai nuo NYHA funkcinės klasės turėjo dusulys ar bendras nuovargis, nerimas-depresija, kasdienės veiklos apribojimai. Nustatyta, kad pirmos grupės dusulio ar nuovargio suminis balas

buvo  $5,38 \pm 5,90$ , antros grupės –  $13,37 \pm 7,64$ , o trečios grupės –  $29,05 \pm 9,82$  pacientų. Pirmos grupės nerimo-depresijos suminis balas buvo  $2,38 \pm 3,22$ , antros grupės –  $6,13 \pm 5,30$ , o trečios grupės –  $13,93 \pm 6,64$  pacientų. Pirmos grupės kasdieninės veiklos apribojimo suminis balas buvo  $6,36 \pm 7,28$ , antros grupės –  $12,20 \pm 5,87$ , o trečios grupės –  $30,31 \pm 8,88$  pacientų. Tyrimo rezultatai parodo, jog pacientų, priklausančių NYHA III-IV funkicinei klasei, gyvenimo kokybė buvo blogiausia, lyginant su pacientais, priklausančiais I arba II NYHA funkicinei klasei (  $p < 0,001$ ; 4 pav.).

**9 lentelė. Skirtingų NYHA funkcinų pajėgumo klasių palyginimas pagal atskirus „Minnesota gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimyno skyrius – porinių palyginimų p reikšmės.**

Skyriai	Grupė	Funkcinių klasių grupės (NYHA)		
			II grupė (n = 31)	III ir IV grupė (n = 44)
1. Depresija, nerimas	I grupė (n = 34)		0,004	<0,001
	II grupė (n = 31)			<0,001
2. Kasdieninė veikla	I grupė (n = 34)		0,003	<0,001
	II grupė (n = 31)			<0,001
3. Dusulys, silpnumas- nuovargis	I grupė (n = 34)		0,001	<0,001
	II grupė (n = 31)			<0,001

Porinių palyginimų rezultatai buvo kitokie: visos grupės skyrėsi tarpusavyje visų suminių balų atžvilgiu (9 lentelė).

### 3.3. Širdies nepakankamumo sunkumo laipsnio įtaka pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, gyvenimo kokybei, remiantis Kanzaso kardiomiopatijos klausimynu

Kanzaso kardiomiopatijos klausimyno analizės atveju taikėme tokią pat schemą, kaip analizuodami „Minnesota gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimyną. Visus pacientus suskirstėme į tris grupes: pirmą grupę sudarė pacientai, priklausantys pirmajai (NYHA) funkciniai pajėgumo klasei, antrą – antrajai (NYHA) funkciniai pajėgumo klasei, trečią – tie, kurie priklausė trečiajai arba ketvirtajai (NYHA) funkciniai pajėgumo klasei.

Tada vėl palyginome šias grupes kiekvieno Kanzaso kardiomiopatijos klausimyno klausimo atžvilgiu. Rezultatai pateikiami lentelėje 10 ir 11.

**10 lentelė. Skirtingų funkcinų grupių kasdieninės veiklos palyginimas, remiantis Kanzaso kardiomiopatijos klausimynu.**

Klausimai	Funkcinių klasių grupės (NYHA)				P reikšmė
	Atsakymai	I grupė	II grupė	III ir IV grupė	
		(n = 34)	(n = 31)	(n = 44)	
		%(n)	%(n)	%(n)	
1	2	3	4	5	6
a) rengimasis	Ypač riboja	-	6,5(2)	47,7(21)	<0,001
	Labai stipriai riboja	-	3,2(1)	4,5(2)	
	Vidutiniškai riboja	-	22,6(7)	31,8(14)	
	Mažai riboja	8,8(3)	12,9(4)	6,8(3)	
	Neriboja	91,2(31)	54,8(17)	6,8(3)	
	Ribojama dėl kitų priežasčių	-	-	2,3(1)	
b) prausimasis, maudymasis duše ar vonioje	Ypač riboja	-	3,2(1)	47,7(21)	<0,001
	Labai stipriai riboja	-	3,2(1)	4,5(2)	
	Vidutiniškai riboja	2,9(1)	25,8(8)	27,39	
	Mažai riboja	11,8(4)	12,9(4)	11,4(5)	
	Neribojama	85,3(29)	54,8(17)	6,8(3)	
	Ribojama dėl kitų priežasčių	-	-	2,3(1)	

Lentelės tęsinys 45 puslapyje

1	2	3	4	5	6
c) lipimas laiptais žemyn vieną aukštą	Ypač riboja	-	-	38,6(17)	<0,001
	Labai stipriai riboja	-	-	2,3(1)	
	Vidutiniškai riboja	2,9(1)	16,1(5)	36,4(16)	
	Mažai riboja	23,5(8)	19,4(6)	11,4(5)	
	Neribojama	73,5(25)	64,5(20)	9,1(4)	
	Ribojama dėl kitų priežasčių	-	-	2,3(1)	
d) namų ruošos, sodo, daržo darbai, pirkinių nešimas	Ypač riboja	-	6,5(2)	50,0(22)	<0,001
	Labai stipriai riboja	2,9(1)	3,2(1)	18,2(8)	
	Vidutiniškai riboja	11,8(4)	29,0(9)	22,7(10)	
	Mažai riboja	23,5(8)	32,3(10)	2,3(1)	
	Neribojama	61,8(21)	29,0(9)	2,3(1)	
	Ribojama dėl kitų priežasčių	-	-	4,5(2)	
e) lipimas laiptais aukštyn vieną aukštą	Ypač riboja	-	-	52,3(23)	<0,001
	Labai stipriai riboja	2,9(1)	32,3(10)	22,7(10)	
	Vidutiniškai riboja	5,9(2)	25,8(8)	18,2(8)	
	Mažai riboja	29,4(10)	19,4(6)	2,3(1)	
	Neribojama	61,8(21)	22,6(7)	2,3(1)	
	Ribojama dėl kitų priežasčių	-	-	2,3(1)	
f) skubėjimas ar bėgimas trumpą atstumą (pvz., skubant į autobusą)	Ypač riboja	5,9(2)	12,9(4)	70,5(31)	<0,001
	Labai stipriai riboja	8,8(3)	35,5(11)	20,5(9)	
	Vidutiniškai riboja	23,5(8)	48,4(15)	4,5(2)	
	Mažai riboja	44,1(15)	-	2,3(1)	
	Neribojama	17,6(16)	3,2(1)	-	
	Ribojama dėl kitų priežasčių	-	-	2,3(1)	
g) aktyvus poilsis, pomėgiai	Labai riboja	5,9(2)	12,9(4)	70,5(31)	<0,001
	Ribojama	5,9(2)	41,9(13)	13,6(6)	
	Vidutiniškai riboja	14,7(5)	19,4(6)	13,6(6)	
	Šiek tiek riboja	41,2(14)	12,9(4)	2,3(1)	
	Neribojama	29,4(10)	6,5(2)	-	
	Klausimas man netinka	2,9(1)	6,5(2)	-	
j) svečiavimas pas draugus ar artimuosius	Labai riboja	2,9(1)	9,7(3)	65,9(29)	<0,001
	Ribojama	2,9(1)	12,9(4)	11,4(5)	
	Vidutiniškai riboja	23,5(8)	19,4(6)	11,4(5)	
	Šiek tiek riboja	32,4(11)	41,9(13)	6,8(3)	
	Neribojama	35,3(12)	12,9(4)	4,5(2)	
	Klausimas man netinka	2,9(1)	3,2(1)	-	
i) intymūs (lytiniai) santykiai	Labai riboja	11,8(4)	12,9(4)	36,4(16)	<0,001
	Ribojama	8,8(3)	22,6(7)	6,8(3)	
	Vidutiniškai riboja	2,9(1)	12,9(4)	6,8(3)	
	Šiek tiek riboja	23,5(8)	25,8(8)	6,8(3)	
	Neribojama	35,3(12)	12,9(4)	-	
	Klausimas man netinka	17,6(6)	12,9(4)	43,2(19)	

Nustatyta, kad rengimasis kasdieninę veiklą ypač ribojo 47,7 proc. ir labai stipriai ribojo 4,5 proc. trečios grupės, 6,5 proc. ir 3,2 proc. antros grupės pacientams, o pirmos grupės pacientams šių apribojimų nebuvo. Kasdieninės veiklos neribojo 91,2 proc. pirmos grupės, 54,8 proc. – antros grupės ir 6,8 proc. trečios grupės pacientų.

Prausimasis kasdieninę veiklą ypač ribojo 47,7 proc. ir labai stipriai ribojo 4,5 proc. trečios grupės, labai stipriai 3,2 proc. ir ypač ribojo 3,2 proc. antros grupės pacientų, o pirmos grupės pacientams šių apribojimų nebuvo. Kasdieninės veiklos neribojo 85,3 proc. pirmos grupės, 54,8 proc. antros grupės ir 6,8 proc. trečios grupės pacientų.

Namų ir sodo ruošos kasdieninę veiklą ypač ribojo 50,0 proc. ir labai stipriai ribojo 18,2 proc. trečios grupės, 6,5 proc. ir 3,2 proc. antros grupės pacientų, 2,9 proc. pirmos grupės pacientų labai stipriai ribojo. Neribojo kasdieninės veiklos 61,8 proc. pirmos grupės, 29,0 proc. antros grupės ir 2,3 proc. trečios grupės pacientų.

Lipimas laiptais žemyn vieną aukštą kasdieninę veiklą ypač ribojo 38,6 proc. ir labai stipriai ribojo 2,3 proc. trečios grupės pacientų, o pirmos ir antros grupės pacientams šių apribojimų nebuvo. Neribojo kasdieninės veiklos 73,5 proc. pirmos grupės, 64,5 proc. antros grupės ir 9,1 proc. trečios grupės pacientų.

Lipimas laiptais aukštyn vieną aukštą kasdieninę veiklą ypač ribojo 52,3 proc. ir labai stipriai ribojo 22,7 proc. trečios grupės pacientų, pirmai ir antrai grupei labai stipriai ribojo atitinkamai 2,9 proc. ir 32,3 proc. pacientų. Neribojo kasdieninės veiklos 61,8 proc. pirmos grupės, 22,6 proc. antros grupės ir 2,3 proc. trečios grupės pacientų.

Skubėjimas ar bėgimas trumpą atstumą ypač ribojo 70,5 proc. ir labai stipriai ribojo 20,5 proc. trečios grupės, 5,9 proc. ir 8,8 proc. pirmos grupės, 12,9 proc. ir 35,5 proc. antros grupės pacientus. Neribojo - 61,8 proc. pirmos grupės, 22,6 proc. – antros grupės ir 2,3 proc. trečios grupės pacientus.

Aktyvus poilsis, pomėgiai kasdieninę veiklą ypač ribojo 70,5 proc. ir labai stipriai ribojo 13,6 proc. trečios grupės pacientų, ypač ir labai stipriai ribojo 5,9 proc. pirmos grupės, 12,9 proc. ir 41,9 proc. antros grupės pacientų. Neribojo 29,4 proc. pirmos grupės, 6,5 proc. antros grupės pacientų ir visai nebuvo tokių pacientų trečioje grupėje.

Rezultatai parodė, kad intymus santykiai ribojo kasdieninę veiklą visose grupėse, atitinkamai 20,6 proc., 35,5 proc., 42,2 proc. Dalis pirmos, antros ir trečios grupių pacientų ( 17,6 proc., 12,9 proc., 43,2 proc.) nurodė, kad klausimas jiems netinka (  $p < 0,001$ ; 10 lentelė).

**11 lentelė. Skirtingų funkcinių grupių širdies nepakankamumo simptomų sunkumo laipsnio ir simptomų dažnumo palyginimas, remiantis Kanzaso kardiomiopatijos klausimynu.**

Klausimai	Funkcinių klasių grupės (NYHA)				
	Atsakymai	I grupė	II grupė	III ir IV grupė	P reikšmė
		(n = 34)	(n = 31)	(n = 44)	
		%(n)	%(n)	%(n)	
1	2	3	4	5	6
1. Kiek kartų pastebėjote pėdų, kulkšnių arba kojų patinimus?	Kiekvieną rytą	2,9(1)	12,9(4)	43,2(19)	<0,001
	3 ar daugiau kartų per sav., tačiau ne kiekvieną dieną	-	-	6,8(3)	
	1-2 kartus per sav.		9,7(3)	9,1(4)	
	Mažiausiai 1 kartą per sav.	5,9(2)	6,5(2)	9,1(4)	
	Nebuvo pastarąsias 2 sav.	91,2(31)	71,0(22)	31,8(14)	
2. Kaip reikėdavo miegoti sėdomis ar atsigulus aukščiau (ant 3-4 pagalvių)?	Kiekvieną naktį	-	9,7(3)	48,8(21)	<0,001
	3 ir daugiau kartų per sav., tačiau ne kiekvieną naktį	-	12,9(4)	20,9(9)	
	1-2 kartus per sav.	5,9(2)	3,2(1)	9,3(4)	
	Mažiausiai 1 kartą per sav.	8,8(3)	6,5(2)	14,0(6)	
	Miegoti sėdomis ar atsigulus aukščiau nereikėjo	85,3(29)	67,7(21)	7,0(3)	
3. Ar pėdų, kulkšnių, kojų patinimai vargino ?	Ypatingai vargino	-	3,2(1)	43,2(19)	<0,001
	Labai vargino	-	-	6,8(3)	
	Vidutiniškai vargino	-	12,9(4)	6,8(3)	
	Šiek tiek vargino	5,9(2)	9,7(3)	20,5(9)	
	Nevargino	44,1(15)	32,3(10)	11,4(5)	
	Nebuvo patinę	50,0(17)	41,9(13)	11,4(5)	
4. Ar silpnumas, nuovargis vargino?	Ypatingai	-	6,5(2)	34,9(15)	<0,001
	Labai	-	9,7(3)	37,2(16)	
	Vidutiniškai	26,5(9)	51,6(16)	23,3(10)	
	Mažai	23,5(8)	9,7(3)	2,3(1)	
	Nevargino	17,6(6)	22,6(7)	-	
	Nebuvo silpna	32,4(11)	-	2,3(1)	
5. Ar dusulys vargino?	Ypatingai	2,9(1)	3,2(1)	47,7(21)	<0,001
	Labai	2,9(1)	9,7(3)	25,0(11)	
	Vidutiniškai	5,9(2)	9,7(3)	20,5(9)	
	Šiek tiek	17,6(6)	29,0(9)	4,5(2)	
	Nevargino	38,2(13)	35,5(11)	2,3(1)	
	Nedusino	32,4(11)	12,9(4)	-	

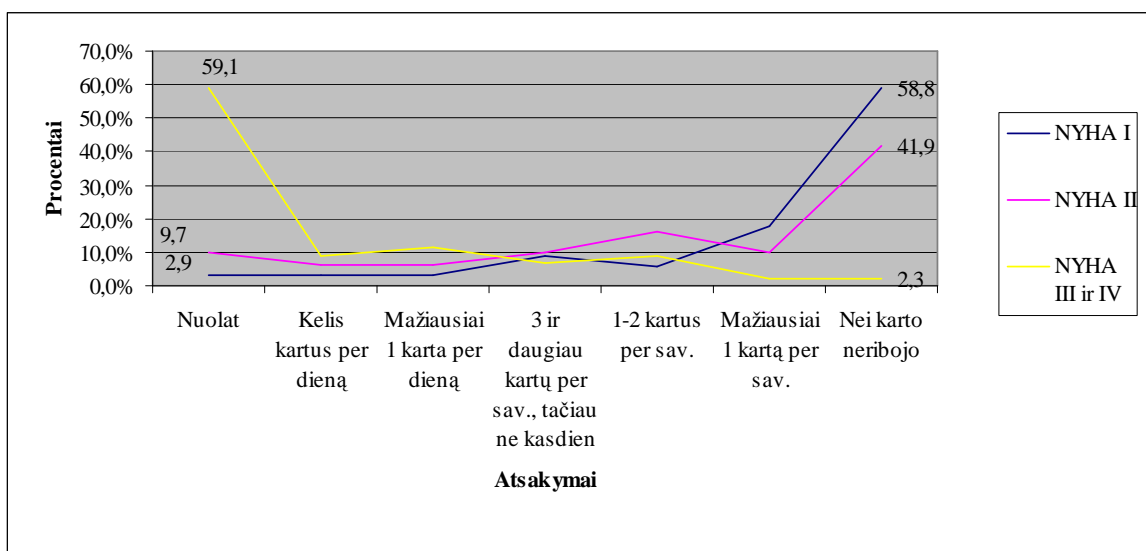
Pėdų, kulkšnių arba kojų patinimus kiekvieną rytą pastebėjo 2,9 proc. pirmos, 12,9 proc. antros, 43,2 proc. trečios grupės pacientų. Patinimų nebuvo pastebėta 91,2 proc. pirmos grupės, 71,1 proc. antros grupės, 31,8 proc. trečios grupės pacientų. Kojų patinimai ypatingai ir labai vargino 3,2 proc. ir 6,8 proc. trečios grupės pacientų, 3,2 proc. antros grupės pacientų tik labai vargino, o pirmos grupės pacientų visai nevargino.

Dusulys ypatingai ir labai vargino trečią grupę pacientų ( 47,7 ir 25,0 proc.), labiau nei pirmą ( 2,9 ir 2,9 proc.) ir antrą ( 3,2 ir 9,7 proc.) pacientų grupes. Dėl dusulio 48,8 proc. trečios grupės ir 9,7 proc. antros grupės pacientų kiekvieną naktį turėjo miegoti atsisėdę ar atsigulę aukščiau ( ant 3-4 pagalvių ), o pirmoje grupėje tokių pacientų visai nebuvo.

Silpnumas, nuovargis ypatingai ir labai vargino 34,9 proc. ir 37,2 proc. trečios grupės pacientų, antroje grupėje – 6,5 proc. ir 9,7 proc., o pirmoje grupėje tokių pacientų nebuvo visai. (  $p < 0,001$ ; 11 lentelė).

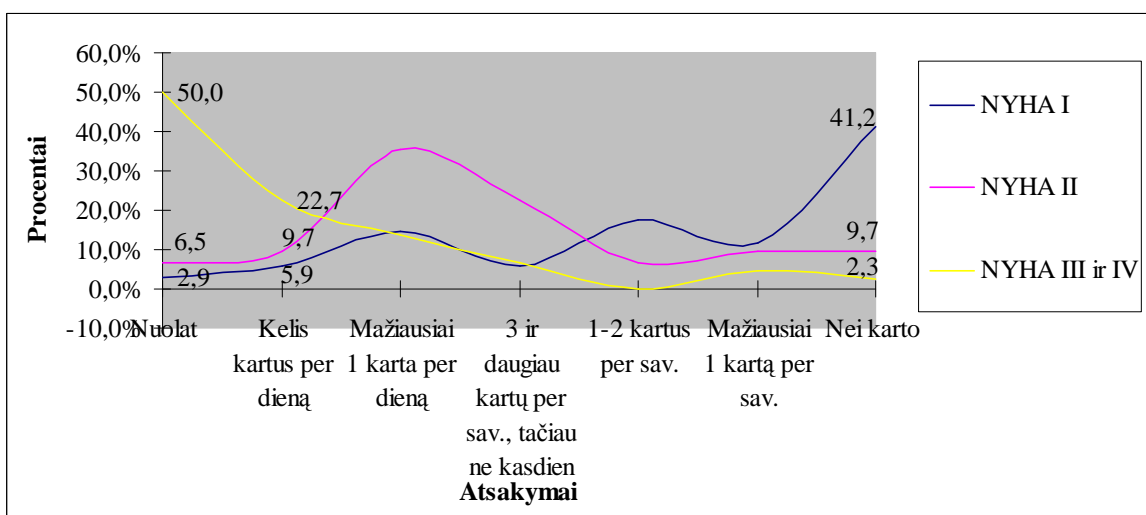
Tyrimo rezultatai parodo, kad pacientai, kurie priklausė I NYHA funkciniai klasei, gyvenimo kokybė žymiai geresnė nei pacientų, priklausančių II ir III NYHA funkciniai klasei.





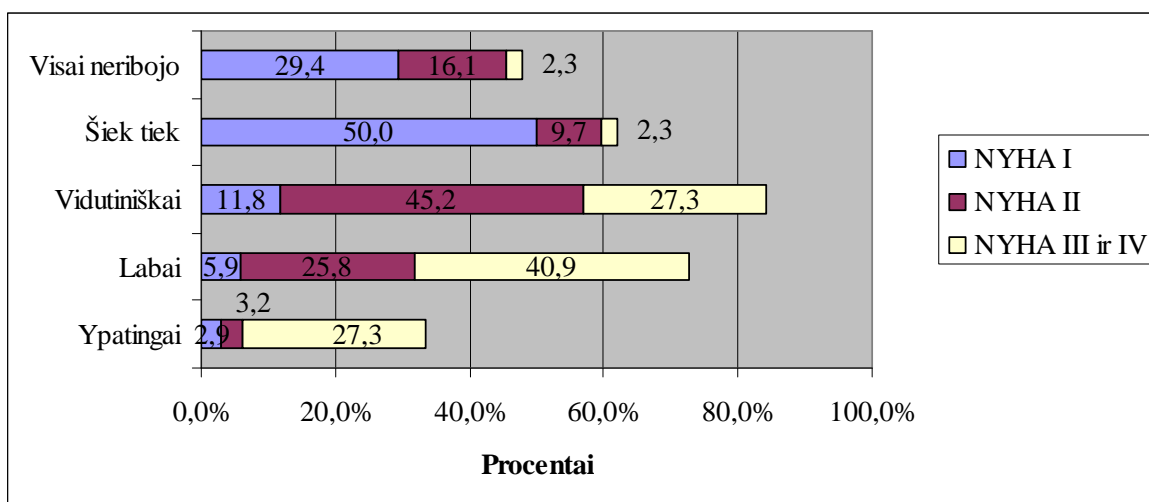
### 5 pav. Kaip dusulys riboja įvairių funkcinių klasių grupių pacientų kasdieninę veiklą

Dusulys nuolat riboja kasdieninę veiklą 2,9 proc. pirmos grupės, 9,7 proc. antros grupės ir 59,1 proc. trečios grupės pacientų ( $p < 0,001$ ; 5 pav.).



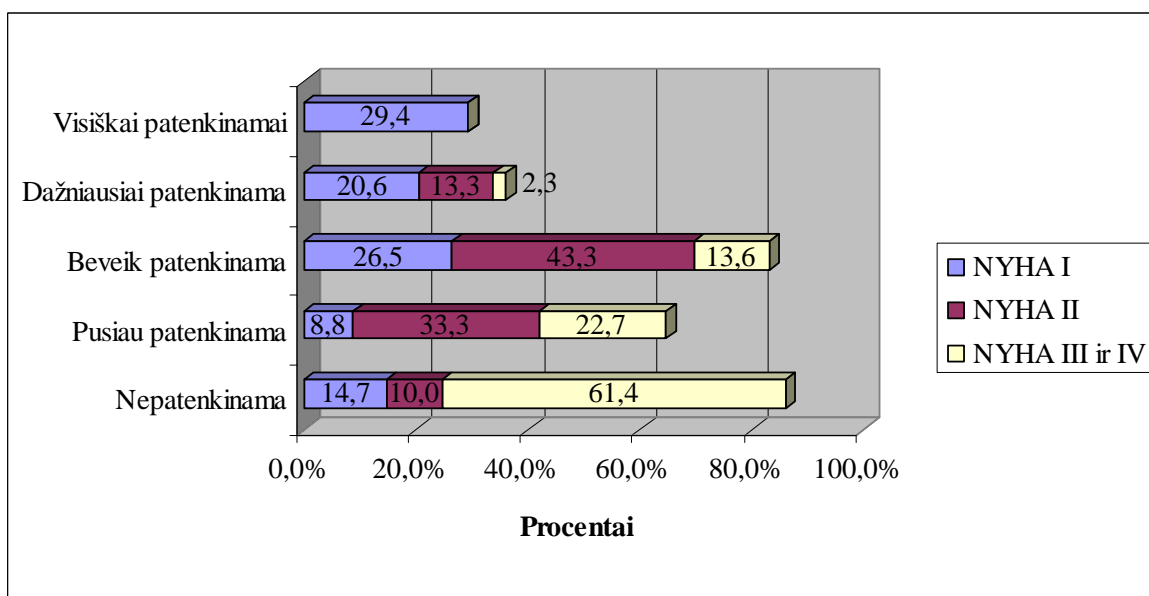
### 6 pav. Kaip silpnumas ir nuovargis riboja įvairių funkcinių klasių grupių pacientų kasdieninę veiklą

Silpnumas ir nuovargis nuolat ar kelis kartus per dieną riboja pacientų kasdieninę veiklą pirmai grupei 2,9 ir 5,9 proc., antrai grupei 6,5 ir 9,7 proc. ir trečiai grupei 50,0 ir 22,7 proc. ( $p < 0,001$ ; 6 pav.).



**7 pav. Kiek širdies nepakankamumas riboja skirtingų funkcinių grupių pacientų gyvenimo pilnatvę**

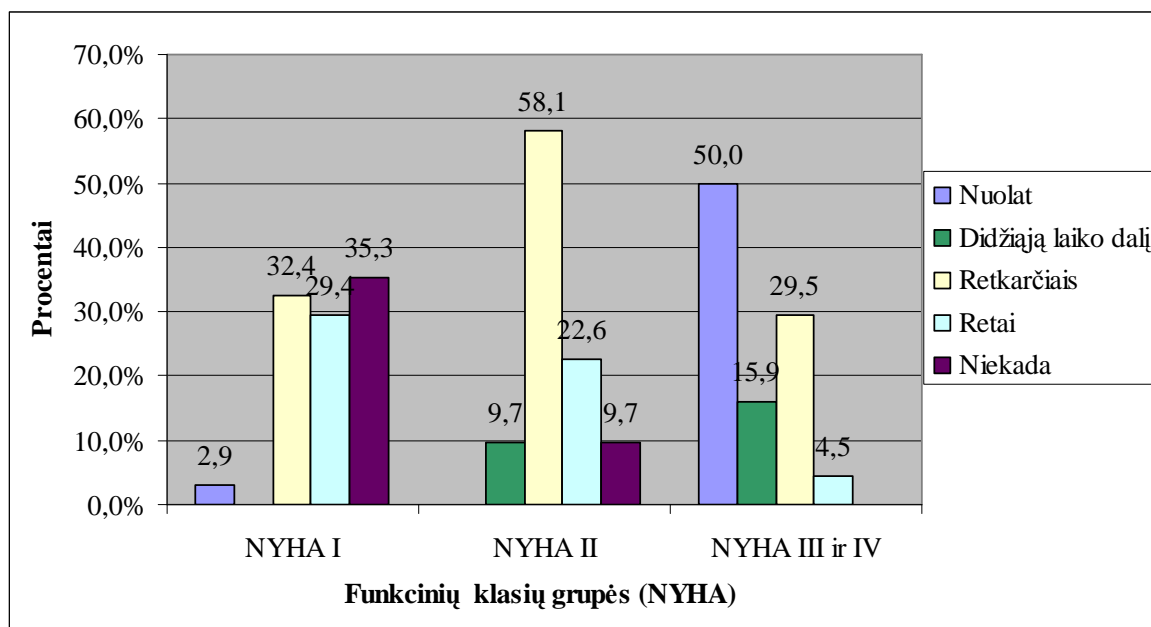
Širdies nepakankamumas labai ir ypatingai gyvenimo pilnatvę daugiau riboja trečiai grupei (68,2 proc.) nei pirmai (8,8 proc.) ir antrai grupei (29,0 proc.) pacientų. Gyvenimo pilnatvės visai neribojo 29,4 proc. pirmos, 16,1 proc. antros, ir 2,3 proc. trečios grupės pacientų. Šiek tiek riboja 50,0 proc. pirmos, 9,7 proc. antros, 2,3 proc. trečios grupės pacientams. Vidutiniškai riboja 11,8 proc. pirmos, 45,2 proc. antros, 27,3 proc. trečios grupės pacientams ( $p < 0,001$ ; 7 pav.).



**8 pav. Skirtingų funkcinių klasių grupių (NYHA) pacientų gyvenimo kokybės palyginimas**

Pacientai teigė, kad jei širdies nepakankamumas liktų toks, koks yra dabar, jų gyvenimo kokybė būtų visiškai ir dažniausiai nepatenkinama 29,4 ir 20,6 proc. pirmos,

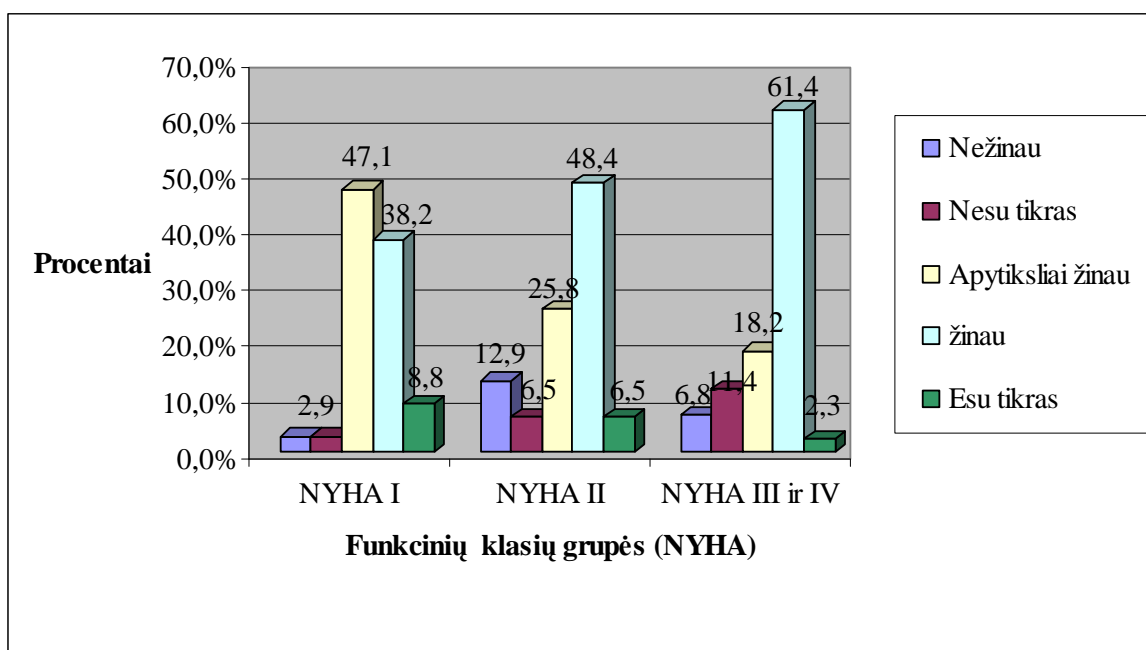
13,3 proc. antros ir tik 2,3 proc. trečios grupės. Beveik patenkinama gyvenimo kokybė būtų 26,5 proc. pirmos, 43,3 proc. antros, 13,6 proc. trečios grupės. Gyvenimo kokybė būtų pusiau patenkinama ir nepatenkinama 8,8 ir 14,7 proc. pirmos grupės, 33,3 ir 10,0 proc. antros grupės, 22,7 ir 61,4 proc. trečios grupės (  $p = 0,099$ ; 8 pav.).



### 9 pav. Skirtingų funkcinių klasių grupių (NYHA) pacientų nerimo palyginimas

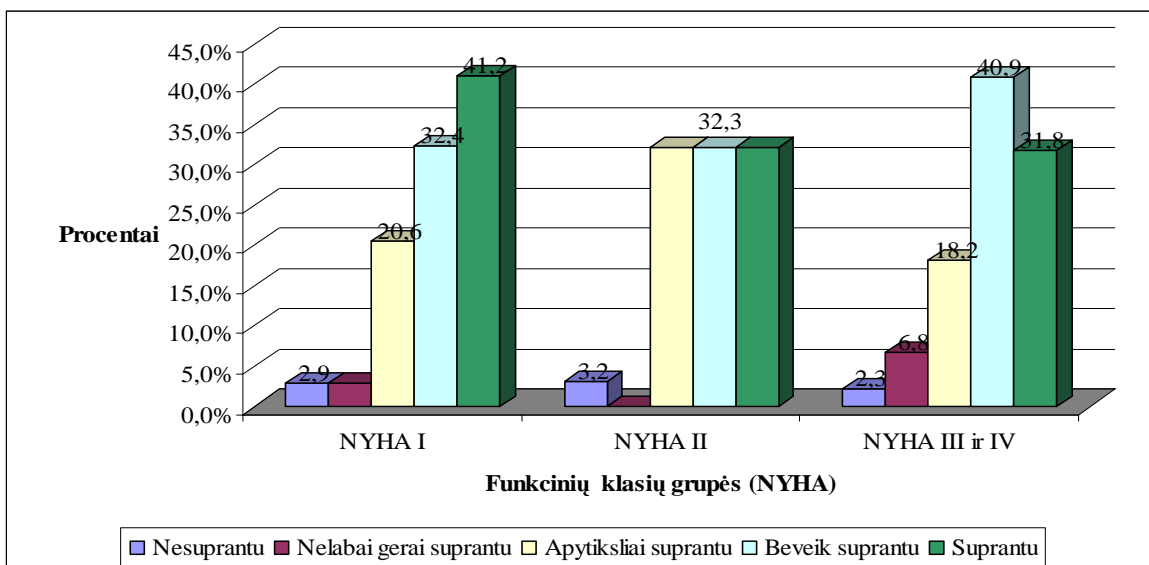
Pacientai, priklausantys pirmai grupei, teigė, kad prislėgti ir nusiminę būna retkarčiais, retai, niekada arba nuolat – atitinkamai 32,4; 29,4; 35,3; 2,9 proc. Antra grupė pacientų teigė: retkarčiais 58,1 proc., retai 22,6 proc., didžiąją laiko dalį ir niekada 9,7 proc., trečia grupė – net 50,0 proc. teigė, kad jaučia nerimą nuolat, 29,5 proc. – retkarčiais, 15,9 proc. – didžiąją laiko dalį, 4,5 proc. – retai ( $p < 0,001$ ; 9 pav.).

### 3.4. Pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu ir širdies nepakankamumu, žinių patikrinimas



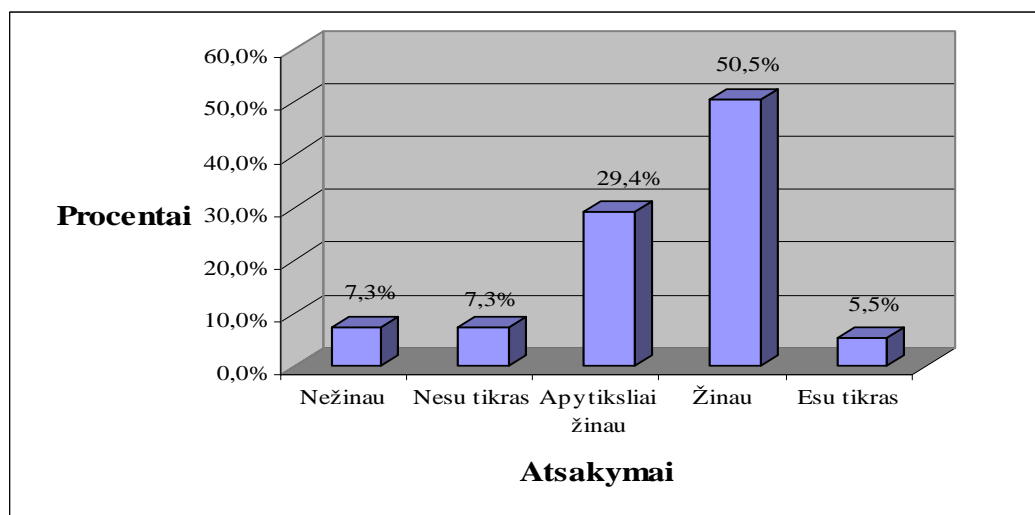
#### 10 pav. Pacientų žinių palyginimas, atsižvelgiant į funkcinių klasių grupes (NYHA)

38,2 proc. pirmos grupės, 48,4 proc. antros grupės ir 61,4 proc. trečios grupės pacientų teigė, kad žino, ką reikia daryti ar kur reikia kreiptis paūmėjus širdies nepakankamumui. 47,1 proc. pirmos grupės, 25,8 proc. antros grupės ir 18,2 proc. trečios grupės pacientų apytiksliai žino, ką reikia daryti ar kur reikia kreiptis paūmėjus širdies nepakankamumui. Kai kurie pacientai, priklausantys pirmai (2,9 proc.), antrai (6,5 proc.) ir trečiai grupei (14,4 proc.) nėra tikri, ką reikia daryti ar kur reikia kreiptis, paūmėjus širdies nepakankamumui. Pacientai, priklausantys pirmai (8,8 proc.), antrai (6,5 proc.) ir trečiai grupei (2,3 proc.), yra tikri, kad žino, ką reikia daryti ar kur reikia kreiptis paūmėjus širdies nepakankamumui. Nežino, ką reikia daryti ar kur reikia kreiptis, paūmėjus širdies nepakankamumui, pacientai, priklausantys pirmai grupei (2,9 proc.), antrai grupei (12,9 proc.) ir trečiai grupei (6,8 proc.) (  $p = 0,099$ ; 10 pav.).



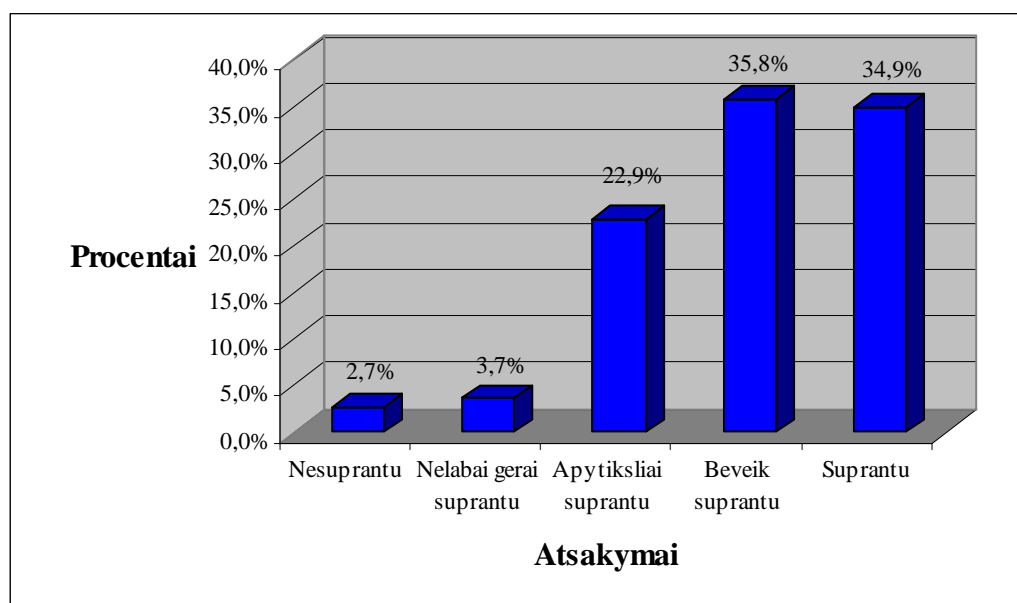
**11 pav. Kaip pacientai supranta, ką reikia daryti, norint išvengti širdies nepakankamumo pablogėjimo**

41,2 proc. pacientų, priklausančių pirmai grupei, 32,3 proc. – antrai grupei ir 31,8 proc. – trečiai grupei, supranta, kad norėdami išvengti ŠN pablogėjimo turi sekti savo svorį, laikytis druską ribojančios dietos. 2,9 proc. pacientų, priklausančių pirmai grupei ir 6,8 proc. – trečiai grupei, nelabai gerai supranta, ką gali daryti, kad išvengtų ŠN pablogėjimo. 20,6 proc. pirmos, 32,3 proc. antros ir 18,2 proc. trečios grupės pacientų nurodė, kad apytiksliai supranta, ką gali daryti, siekdami išvengti ŠN pablogėjimo. 2,9 proc. pirmos grupei, 3,2 proc. antros grupės ir 2,3 proc. trečios grupės pacientų nurodė, kad nesupranta, ką gali daryti, kad išvengtų ŠN pablogėjimo (  $p = 0,732$ ; 11 pav.).



**12 pav. Kaip pacientai žino, ką reikia daryti ar kur reikia kreiptis paūmėjus širdies nepakankamumui nepriklausomai nuo NYHA funkcinės klasės**

56 proc. pacientų, nepriklausomai nuo NYHA funkcinės klasės, teigė, kad žino, ką reikia daryti ar kur reikia kreiptis paūmėjus širdies nepakankamumui. 29,4 proc. pacientų apytiksliai žino, ką reikia daryti ar kur reikia kreiptis paūmėjus širdies nepakankamumui. 7,3 proc. pacientų nėra tikri, ką reikia daryti ar kur reikia kreiptis, paūmėjus širdies nepakankamumui. 7,3 proc. pacientų nežino, ką reikia daryti ar kur reikia kreiptis, paūmėjus širdies nepakankamumui (12 pav.).



### 13 pav. Kaip pacientai supranta, ką reikia daryti, norint išvengti širdies nepakankamumo pablogėjimo nepriklausomai nuo NYHA funkcinės klasės

34,9 proc. pacientų, nepriklausomai nuo NYHA funkcinės klasės, supranta, kad norėdami išvengti ŠN pablogėjimo turi sekti savo svorį, laikytis druską ribojančios dietos. 35,8 proc. pacientų beveik supranta, ką gali daryti, kad išvengtų ŠN pablogėjimo. 3,7 proc. pacientų nelabai gerai supranta, ką gali daryti, kad išvengtų ŠN pablogėjimo. 22,9 proc. pacientų nurodė, kad apytiksliai supranta, ką gali daryti, siekdami išvengti ŠN pablogėjimo. 2,7 proc. pacientų nurodė, kad nesupranta, ką gali daryti, kad išvengtų ŠN pablogėjimo (13 pav.).

Pacientų žinios nepriklausomai nuo NYHA funkcinės klasės yra panašios.

#### 4. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

Širdies kraujagyslių ligos visame pasaulyje yra didelė sveikatos priežiūros problema [1]. Lietuvoje mažai žinoma apie ligonių, sergančių ūminiu koronariniu sindromu ir širdies nepakankamumu, gyvenimo kokybę. Gyvenimo kokybė buvo vertinama pagal patvirtintą „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ ir Kanzaso kardiomiopatijos klausimynus [13, 28].

Atliekant šį tyrimą, buvo siekta ištirti pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, širdies nepakankamumo sunkumo laipsnio įtaką gyvenimo kokybei. Išnagrinėjus gautus apklausos rezultatus, buvo stebimas bendras gyvenimo kokybės sumažėjimas, vertinant tiek pagal „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimą, tiek ir pagal Kanzaso kardiomiopatijos klausimyno dalį. Kiekvienas gyvenimo kokybės rodiklis sumažėja, didėjant NYHA funkcinėi klasei. Tai patvirtino Juenger J. ir kt. tyrėjai [17].

Mūsų tyrimo metu, vertinant pagal Kanzaso kardiomiopatijos klausimą, nustatyta, kad pacientų, priklausančių III-IV NYHA funkcinėms klasėms, kasdieninei veiklai, statistiškai patikimai daugiausia įtakos turėjo šie veiksmi: rengimasis, prausimasis (52,3 proc.), namų ir sodo ruošos (68,2 proc.), lipimas laiptais žemyn (40,9 proc.) arba aukštyn vieną aukštą (75,0 proc.), svečiavimas pas draugus ir artimuosius (77,3 proc.), skubėjimas ar bėgimas trumpą atstumą (91,0 proc.), aktyvus poilsis, pomėgiai (84,1 proc.). II NYHA funkcinės klasės pacientams kasdieninę veiklą riboja rengimas (9,7 proc.), prausimas (3,2 proc.), namų ir sodo ruošos (9,7 proc.), lipimas laiptais aukštyn vieną aukštą (32,3 proc.), svečiavimas pas draugus ir artimuosius (22,6 proc.), skubėjimas ar bėgimas trumpą atstumą (48,4 proc.), aktyvus poilsis, pomėgiai (54,8 proc.), o I NYHA funkcinės klasės kasdieninei veiklai įtakos mažiausiai turėjo namų ir sodo ruošos (2,9 proc.), lipimas laiptais aukštyn vieną aukštą (2,9 proc.), svečiavimas pas draugus ir artimuosius (5,8 proc.), skubėjimas ar bėgimas trumpą atstumą (14,7 proc.), aktyvus poilsis, pomėgiai (11,8 proc.) ir visai neturėjo įtakos kasdieninei veiklai rengimas, prausimas, lipimas laiptais žemyn.

Intymius santykius širdies nepakankamumas riboja visose grupėse - atitinkamai 20,6 proc., 35,5 proc., 42,2 proc.

Analizuojant pacientus, sergančius širdies nepakankamumu, pagal „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimą, galima teigti, kad statistiškai patikimai kasdieninei veiklai turėjo įtakos aktyvaus poilsio, pomėgių ribojimas, seksualinio aktyvumo, namų ir sodo ruošos, lipimo laiptais, mėgstamo maisto valgymo apribojimai,

gulėjimas ligoninėje bei išlaidos gydymui daugiau III ir IV NYHA funkcinės klasės pacientams ( $30,31 \pm 8,88$  balo), nei I ir II NYHA funkcinės klasės pacientams (atitinkamai  $6,36 \pm 7,28$  ir  $12,20 \pm 5,87$  balų).

Nagrinėjant pacientų širdies nepakankamumo simptomų, jų sunkumo įtaką gyvenimo kokybei, remiantis Kanzaso kardiomiopatijos klausimynu, nustatyta, kad, statistiškai patikimai pėdų, kulkšnių arba kojų patinimai (43,2 proc.), silpnumas ir nuovargis (50,0 proc.), dusulys (59,1 proc.) daugiau riboja III ir IV NYHA funkcinės klasės pacientus nei I ir II NYHA funkcinės klasės pacientus. II NYHA funkcinės klasės pacientus riboja pėdų, kulkšnių arba kojų patinimai (12,9 proc.), silpnumas ir nuovargis (6,5 proc.), dusulys (9,7 proc.), o I NYHA funkcinės klasės pacientus riboja pėdų, kulkšnių arba kojų patinimai (2,9 proc.), silpnumas ir nuovargis (2,9 proc.), dusulys (2,9 proc.). Silpnumas, nuovargis (72,1 proc.), dusulys (72,7 proc.) vargino III ir IV NYHA funkcinės klasės pacientus, II NYHA funkcinės klasės pacientus – atitinkamai 16,2 proc. ir 12,9 proc. I NYHA funkcinės klasės pacientus vargino dusulys (11,8 proc.), silpnumas, nuovargis nevargino visai. Pagal „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimyną nustatyta, kad, statistiškai patikimai, pacientai pastebėjo pėdų, kulkšnių arba kojų patinimus (55,8 proc.), silpnumą, nuovargį ar energijos trūkumą (84,0 proc.), dusulį (79,0 proc.) daugiau III ir IV NYHA funkcinės klasės pacientai, nei I (atitinkamai 4,8; 30,0; 15,2 proc.) ir II (atitinkamai 15,4; 51,6; 33,0 proc.) NYHA funkcinės klasės pacientai. Literatūros duomenimis, Calvert M.J. ir kiti tyrėjai, gyvenimo kokybės vertinimui naudoję „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimyną, taip pat nustatė, kad daugiausia pacientų patyrė dusulį, nuovargį, vaikščiojimo ar lipimo laiptais sunkumus [8]. Yu D.S.F. ir kiti mokslininkai tyrime nustatė, kad tokie pasireiškiantys fiziniai simptomai kaip nuovargis, dusulys ir suvokimo susilpnėjimas yra svarbūs faktoriai, bloginantys pacientų gyvenimo kokybę [15].

Miegas – būtina mūsų gyvenimo dalis, jis yra viena iš pagrindinių sąlygų, kad žmogus jaustųsi žvalus, darbingas. Jo metu vyksta sudėtingi biocheminiai procesai. Trečdalį gyvenimo žmogus pramiega, tad miegas labai svarbus fiziniam, protiniam ir emociniam organizmo funkcionavimui ir yra tiesiogiai susijęs su gyvenimo kokybe. Mūsų tyrimo metu nustatyta, kad didėjant NYHA funkcinės klasei, daugėjo miego sutrikimų ir tai neigiamai veikė pacientų gyvenimo kokybę. Pagal Kanzaso kardiomiopatijos klausimyną nustatyta, kad, statistiškai patikimai, miego sutrikimai buvo 48,8 proc. pacientų, sergančių III ir IV NYHA funkcinės klasės širdies nepakankamumu, o apklausiant „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimynu, nustatyta, kad net 73,6 proc. III ir IV NYHA funkcinės klasės pacientų turėjo miego sutrikimų. Kiti



autoriai nurodo, kad sergantiesiems KŠL reikšmingai blogėja miego kokybė (apie 45 – 47 proc.) [40, 41].

Nerimas ir depresija pakankamai dažnai nustatomi sergantiesiems širdies nepakankamumu. Su sveikata susijęs gyvenimo kokybės vertinimas priklauso nuo nerimo ir depresijos sunkumo: kuo stipresnis nerimas ir depresija, tuo blogesnė su sveikata susijusi gyvenimo kokybė [34]. Nagrinėjant širdies nepakankamumu sergančiųjų depresijos ir nerimo įtaką gyvenimo kokybei buvo nustatyta, kad nerimo ir depresijos simptomai pasireiškia visose NYHA funkcinėse klasėse. Pagal „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimyną nustatyta, kad statistiškai patikimai, pacientai praranda savitvardą gyvenime, išgyvena, nerimauja. Jie teigė, kad sunku susikaupti ir atsiminti įvykius. Pacientai, priklausantys III ir IV NYHA funkcinėms klasėms, jaučia depresiją 2,27 karto daugiau nei II pagal NYHA funkcinės klasės ir 5,85 karto daugiau nei I pagal NYHA funkcinės klasės pacientai.

Dauguma apklaustųjų pacientų teigė, kad jie nesijautė našta savo šeimai ir draugams ir tik 25,7 proc. III ir IV NYHA funkcinės klasės pacientų jautėsi našta savo šeimai ir draugams. Pagal Kansaso kardiomiopatijos klausimyną nustatyta, kad I (32,4 ir 29,4 proc.) ir II (58,1 ir 22,6 proc.) NYHA funkcinėse klasėse pacientai būna retkarčiais ir retai prislėgti ir nusiminę. Net 50,0 proc. III ir IV NYHA funkcinės klasės pacientų nuolat jaučia nerimą.

Galima teigti, kad tiems, kuriems buvo nerimo ir depresijos simptomų, kasdieninės veiklos ribojimas didesnis nei tiems, kuriems šių simptomų nebuvo, ir tai blogina pacientų gyvenimo kokybę. Tyrimo rezultatai parodė, kad didėjant NYHA funkcinėi klasei, pacientams, sergantiems ūminiu koronariniu sindromu ir širdies nepakankamumu, didėja nerimas – depresija. Gauti panašūs kitų autorių rezultatai. ENRICHD klinikiniame tyrime tyrėjai nustatė, kad depresija dažniau išsivystė ligoniams, sergantiems ūmiu miokardo infarktu ir širdies nepakankamumu (43 proc.). Daroma prielaida, kad būtina ligoniams, sergantiems MI ir ŠN, diagnozuoti depresiją ir ją gydyti, nes depresija blogina ligonio gyvenimo kokybę [27]. Todaro J. F. ir kt. mokslininkai nustatė, kad tiek širdies nepakankamumo paūmėjimas, tiek širdies nepakankamumą lydinti depresija pablogina pacientų gyvenimo kokybę [38]. Rothenbacher D. ir kt. tyrėjai patvirtino, kad nerimo simptomai yra reikšmingas KŠL sergančiųjų pacientų prognozę bloginantis veiksnys [30]. Vasiliauskas D. ir kt. autoriai nustatė, kad depresijos ir nerimo simptomai tiesioginės įtakos fiziniam pajėgumui neturėjo, tačiau reikšmingai riboja judėjimo funkcijas, susijusias su kasdienia veikla, kuri nulemia asmens gyvenimo kokybę [42]. Remiantis mūsų tyrimo

duomenimis, dusulys ar bendras nuovargis, kasdieninės veiklos apribojimai turėjo didesnę įtaką pacientų gyvenimo kokybei nei nerimas – depresija.

Patikrinant sergančiųjų širdies nepakankamumu žinias, buvo nustatyta, kad, visų NYHA funkcinų klasių pacientai žino, ką reikia daryti ar kur reikia kreiptis paūmėjus širdies nepakankamumui (56,0 proc.) ir supranta, kad turi sekti savo svorį, laikytis druską ribojančios dietos, kad išvengtų širdies nepakankamumo pablogėjimo (34,9 proc.). Bet 44,0 proc. ir 65,1 proc. pacientų nežino, ką reikia daryti ar kur reikia kreiptis, paūmėjus širdies nepakankamumui ir nesupranta, ką gali daryti, kad išvengtų ŠN pablogėjimo. Tai parodo, kad daugiau nei pusės sergančiųjų asmenų žinios apie širdies nepakankamumą buvo nepakankamos. Kriukelytė D. ir kt. tyrėjai pateikia analogiškus rezultatus. Bet mokymo poveikis turėjo teigiamą įtaką pacientų žinioms apie pagrindines širdies nepakankamumo priežastis, druskos ribojimą, svėrimosi svarbą ir dažnį bei profilaktiką, troškinant ir padidėjus svoriui [21].

Atliktų tyrimų duomenys įrodė, kad pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu ir širdies nepakankamumu, gyvenimo kokybės blogėjimas priklauso nuo širdies nepakankamumo sunkumo laipsnio didėjimo.

## IŠVADOS

1. Remiantis Kanzaso kardiomiopatijos ir „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ klausimynais, nustatyta, kad III ir IV NYHA funkcinės klasės pacientų simptomų sunkumo laipsnis ir pasikartojimo dažnis buvo didesnis lyginant su I ir II NYHA funkcinų klasių pacientais. Nerimo ir depresijos simptomai pasireiškė visose NYHA funkcinėse klasėse. Didėjant NYHA funkcinėi klasei didėja nerimas – depresija ir blogėja gyvenimo kokybė.
2. Remiantis „Minesotos gyvenimo sergant širdies nepakankamumu“ ir Kanzaso kardiomiopatijos klausimynais nustatyta, kad su kasdieninei veiklai įtakos turėjusiais veiksniais (rengimasis, prausimasis, aktyvaus poilsio, pomėgių ribojimas, seksualinio aktyvumo, namų ir sodo ruošos, lipimo laiptais, mėgstamo maisto valgymo apribojimai, gulėjimas ligoninėje bei išlaidos gydymui) sunkiausiai buvo susidoroti III ir IV NYHA funkcinės klasės pacientams, o I NYHA funkcinės klasės pacientų kasdieninė veikla buvo mažai apribota. Pacientams, kurie turėjo nerimo ir depresijos simptomų, nepriklausomai nuo funkcinės klasės kasdieninės veiklos ribojimas buvo didesnis nei tiems, kuriems šių simptomų nebuvo, ir tai blogina pacientų gyvenimo kokybę.
3. Nustatyta, kaip širdies nepakankamumo sunkumo laipsnis įtakoja pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, gyvenimo kokybę. Pacientų, priklausančių NYHA III-IV funkcinėi klasei, gyvenimo kokybė buvo blogiausia, lyginant su pacientais, priklausančiais I arba II NYHA funkcinėi klasei.
4. Pacientų žinios apie savo ligą, jos simptomus, faktorius, kurie galėtų paūminti ligą, yra nepakankamos.

## PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Taikyti gyvenimo kokybės įvertinimo klausimynus kasdieninėje praktikoje kiekvienam pacientui, sergančiam ūminiu koronariniu sindromu. Įvertinimo tyrimą galėtų atlikti bendrosios praktikos slaugytoja, nes tai neužima daug laiko. Įdiegti gyvenimo kokybės tyrimai gydytojui ar slaugos personalui gali padėti nustatyti svarbiausias paciento problemas. Bendravimas su ligoniu, jo šeima dažnai suteikia papildomos informacijos apie socialines problemas, slaugos galimybes, gyvenimo namuose sąlygas, ligonio fizinius ir psichologinius poreikius. Toks bendras klinikinių sprendimų priėmimo kelias pagerintų gydymo rekomendacijų laikymąsi ir ligonių pasitenkinimą gydymu.
2. Bendrosios praktikos slaugytojas turi nuo pat ūminio koronarinio sindromo gydymo pradžios su pacientu aptarti simptomų pasikartojimo galimybę, pirmąją pagalbą atsinaujinus simptomams, jo nemedikamentinio gydymo perspektyvas, vaistų vartojimą, jų pašalinius poveikius.

## LITERATŪRA

1. Aidietienė S, Zakarkaitė D, Davidavičius G. Metodinės rekomendacijos širdies ir kraujagyslių ligų specialistams. Vilnius: UAB „Vaisių žinios“; 2007. p. 5.
2. Aidietis A, Janavičienė S, Kairevičiūtė D. Vilnius: Kardiologijos vadovas: gydytojui praktikui; 2005. p. 57-58; 64-72.
3. Alboni P, Alboni M. Psychosocial factors as predictors of atherosclerosis and cardiovascular events: contribution from animal models. *G Ital Cardiol* 2006;7(11):747-10.
4. Alekna V, Tamulaitienė M, Būtenaitė V. Sergančiųjų osteoporoze kaulų lūžių įtaka gyvenimo kokybei. *Sveikatos mokslai* 2003;7: 22-26.
5. Antušėvas A, Babarskienė R, Bakšytė G. Širdies ligos. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2009. p. 318-41.
6. Babarskienė R, Bandzaitienė RD, Benetis R. Širdies ligos. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2001. p. 224-39.
7. Bulotienė G, Praleikienė L, Vesėliūnas J. Krūties vėžiu sergančių ligonių gyvenimo kokybės vertinimas. *Sveikatos mokslai* 2003;7: 26-31.
8. Calvert MJ, Freemantle N et al. The impact of Chronic heart Failure on Health-Related quality of life data acquired in the Baseline Phase of the CARE-HF Study. *The European Journal of Heart Failure* 2005; 7:243-51.
9. Cowie MR, Lacey L. Heart failure after myocardial infarction: a neglected problem? *Br J Cardiol* 2005;12:205-8.
10. De Busk R, Drory Y, Goldstein I. et al. Management of sexual dysfunction in patient with cardiovascular disease: recommendations of The Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol* 2000;86: 175-81.
11. Fisher N. Pažangioji kardiologija. Vilnius: UAB „Vaisių žinios“; 2007. p. 1-11.
12. Gafarov VV, Gromova HA, Gagulin IV. Arterial hypertension, myocardial infarction and stroke: risk of development and psychosocial factors. *Alaska Med* 2006; 49 (2 Suppl):117-9.
13. Green CP, Porter CB, Bresnahan DR et al. Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2000;35:1245-55.
14. Hallbjorg A. Klinikinė slauga (I tomas) Vilnius: Charibdė; 1999. p. 359-64.
15. Yu D SF, Lee DTE, Kwong ANT. Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people. *J of Advanced Nursing* 2008;61(5): 474-82.

16. Jankauskas JP, Jatulienė N. Vilniaus universiteto studentų gyvenimo kokybė. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla; 2008. p. 9-11.
17. Juenger J, Schellberg D, Kraemer S et al. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Cardiovascular medicine* 2002; 87; 235-41.
18. Kalibatienė D. Slaugos standartai. Vilnius: Vilniaus Universiteto leidykla; 2004. p. 109-110.
19. Kalibatienė D, Čepanauskienė R, Markevičius N. Klinikinė slauga // Mokomoji knyga. Vilnius: UAB „Greita spauda“; 2008, p. 351-63.
20. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Šiauliai: Liucijus; 2005. p. 187-97.
21. Kriukelytė D, Skirpstūnaitė R. Širdies nepakankamumu sergančiųjų pacientų mokymo vertinimas. *Sveikatos mokslai* 2007;5: 1204-8.
22. Laucevičius A, Nemickas R, Petrulionienė Ž. Vilnius: Klinikinės kardiologijos pagrindai; 2008. p. 31-61.
23. Leimonienė L, Tumynienė V, Vasiliauskas D. Fizinio treniravimo poveikis sergančiųjų širdies nepakankamumu gyvenimo kokybei ir klinikiniams rodikliams. *Sveikatos mokslai* 2008;5: 1860-5.
24. Luneckaitė Ž, Skorupskienė D, Šuškevičius A. Onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybės ir pasitenkinimo sąsajos paliatyviojoje priežiūroje. *Sveikatos mokslai* 2007;5: 1175-79.
25. Petrauskienė B. Ūminių koronarinių sindromų be ST pakilimo (nestabili krūtinės angina ir miokardo infarktas) diagnostika ir gydymas. Vilnius: Mokomoji priemonė; 2008. p. 5-7.
26. Petrulionienė Ž. Mažinkime širdies ligų riziką. Vilnius; 1999. p. 10-25, 121-3.
27. Powell LH, Catellier D, Freedland E. Depression and heart failure in patients with a new myocardial infarction. *Am Heart J* 2005;149:851-4.
28. Rector TS, Cochn JN. Assessment of patients outcome with the Minnesota Living With Heart failure questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. *Am Heart J* 1992;124:1017-25.
29. Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Pascual CR. Health-Related Quality of Life as a Predictor of Hospital Readmission and Death Among Patients With Heart Failure. *Arch Intern Med* 2005;165:1274-9.

30. Rothenbacher D, Hahman H, Koenig W. Symptoms of anxiety and depression in patients with stable coronary heart disease: prognostic value and consideration of pathogenetic links. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14 (4): 547-54.
31. Shibeshi WA, Young-Xu Y, Blatt CM. Anxiety worsens prognosis in patients with coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 2007; 22;49(20): 2021-7.
32. Smoller JW, Pollack MH, Sheps D. Panic attacks and risk of incident cardiovascular events among postmenopausal women in the Women's Health Initiative Observational Study. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64 (10): 1153-60.
33. Steg G, Himbert D. Unmet medical needs and therapeutic opportunities in stable angina. *Circulation*; 2004. p. 109.
34. Staniūtė M, Varoneckas G. Nerimo ir depresijos įtaka sergančiųjų išemine širdies liga su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija* 2007; 1(9): 14-17.
35. Staniūtė M, Varoneckas G. Sergančiųjų išemine liga gyvenimo kokybės priklausomybė nuo funkcinės būklės ilgalaikės reabilitacijos metu. *Sveikatos mokslai* 2003;7: 11-14.
36. Swedberg K, Cleland J, Dargie H. Lėtinio širdies nepakankamumo diagnostikos ir gydymo gairės (atnaujinta 2005 m.). Vilnius: Vilniaus krašto kardiologų draugija; 2006. p. 7-79.
37. Tidikis R. Socialinių mokslų tyrimo metodologija. Vilnius; 2003. p. 475-9.
38. Todaro JF, Shen BJ, Niaura R. Prevalence of anxiety disorders in men and women with established coronary heart disease. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2007; 27(2): 86-91.
39. Vaičiūnienė B, Brožaitienė J, Bunevičius R. Sergančiųjų širdies liga depresijos ir nerimo simptomų sąsajos su fiziniu pajėgumu ir judėjimo funkcija. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija* 2007; 1(9): 11-13.
40. Varoneckas G, Blavieščiūnienė L, Čepukienė L ir kt. Ligonių su miego sutrikimais ir depresija gyvenimo kokybė. *Sveikatos mokslai* 2003;7: 39-44.
41. Varoneckas G, Alonderis A, Duonėlienė I. Miego kokybės ir struktūros pokyčiai sergantiesiems išemine širdies liga. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija* 2007; 1(9): 7-10.
42. Vasiliauskas D, Kavoliūnienė A, Jasiukevičienė L. Ilgalaikio reabilitacinio gydymo poveikis lėtiniam nuovargiui ir kardiorespiraciniams rodmenims sergant širdies nepakankamumu. *Kaunas: Medicina* 2008; 44 (12): 911-9.
43. Lietuvos Sveikatos Informacijos Centras. Prieiga per internetą: <http://www.lsic.lt>

1 PRIEDAS. „MINESOTOS GYVENIMO SERGANT ŠIRDIES NEPAKANKAMUMU“

KLAUSIMYNAS

Žemiau išdėstyti klausimai yra apie tai, kiek širdies nepakankamumas (širdie būklė) įtakoja Jūsų gyvenimą. Po kiekvieno klausimo apveskite ratuku 0,1,2,3,4 arba 5, kad nurodytumėte, kiek tai turi įtakos jūsų gyvenimui.

<b>Ar širdies nepakankamumas Jums trukdė įprastai gyventi:</b>	<b>Ne</b>	<b>Labai mažai</b>				<b>Labai daug</b>
1. Ar tino kulkšnys ir kojos?	0	1	2	3	4	5
2. Ar priverstė jus sėdėti ar gulėti dienos metu?	0	1	2	3	4	5
3. Ar sunku buvo vaikščioti ar lipti laiptais?	0	1	2	3	4	5
4. Ar sunku dirbuotis namuose ar kieme?	0	1	2	3	4	5
5. Ar sunku buvo keliauti toliau nuo namų?	0	1	2	3	4	5
6. Ar sunku buvo miegoti naktį?	0	1	2	3	4	5
7. Ar buvo sunku bendrauti ar ką nors veikti su draugais ar namiškiais?	0	1	2	3	4	5
8. Ar sunku buvo atlikti darbą, kuris jums būtinas pragyvenimui?	0	1	2	3	4	5
9. Ar sunku buvo naudotis laisvalaikiu, sportuoti ar užsiimti kitais mėgstamais užsiėmimais?	0	1	2	3	4	5
10. Ar apsunkino Jūsų seksualinį aktyvumą?	0	1	2	3	4	5
11. Ar trukdė Jums daugiau suvalgyti mėgstamo maisto?	0	1	2	3	4	5
12. Ar sunku buvo kvėpuoti (trūko oro)?	0	1	2	3	4	5
13. Ar jautėtės pavargęs, buvo silpna, trūko energijos?	0	1	2	3	4	5
14. Ar buvote priverstas gulėti ligoninėje?	0	1	2	3	4	5
15. Ar turėjote išlaidų gydymui?	0	1	2	3	4	5
16. Ar kentėjote nuo gydymo šalutinių poveikių	0	1	2	3	4	5
17. Ar jautėtės našta savo šeimai ir draugams?	0	1	2	3	4	5
18. Ar jautėte, kad prarandate savitvardą gyvenime?	0	1	2	3	4	5
19. Ar vertė Jus išgyventi, nerimauti?	0	1	2	3	4	5
20. Ar sunku buvo susikaupti ir atsiminti dalykus?	0	1	2	3	4	5
21. Ar jautėte depresiją?	0	1	2	3	4	5