

Качество жизни у больных с заболеваниями системы кровообращения

Г.В. Яновский

Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско АМН Украины, г. Киев

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *качество жизни, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность*

В последние годы оценка качества жизни (КЖ) широко используется для характеристики тяжести патологического процесса, его динамики и эффективности лечебных мероприятий, в том числе у больных с поражением системы кровообращения. Если при изучении эффективности проводимого лечения увеличение продолжительности жизни больных является главной целью, то оценка динамики КЖ считается важной дополнительной целью [14].

Понятие КЖ рассматривают как интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования исследуемого, основанную на его субъективном восприятии.

Концепция КЖ характеризуется следующими признаками.

Многомерность предполагает информацию об основных сферах жизнедеятельности человека – физической, психологической, социальной, духовной и финансовой. КЖ, определяемое здоровьем исследуемого, включает компоненты, связанные и не связанные с заболеванием, и разрешает дифференцированно установить влияние болезни и лечения на состояние пациентов.

Изменяемость во времени динамики ряда эндогенных и экзогенных факторов, обуславливающих изменение состояния больного во времени, отражается на его КЖ. Поэтому наблюдение за изменением этого важного критерия состояния пациента позволяет своевременно корректировать его лечение.

Участие исследуемого в оценке своего состояния. Оценка самим больным показателей КЖ представляет надежную и ценную информацию, которая, наряду с результатами исследования, выполненного врачом, существенно дополняет и объективизирует картину заболевания.

Исследование КЖ больных с сердечно-сосудистой патологией позволяет определить:

– влияние заболевания на физическое, психологическое и социальное функционирование больного;

– эффективность конкретного препарата и лечения в целом;

– прогнозирование течения и исхода заболевания.

Изучение КЖ, предпринятое во второй половине минувшего века, основывалось на результатах довольно несложных опросников и данных анкетирования. Они отражали преимущественно социологические аспекты КЖ и не поддавались количественной оценке [9].

Дальнейшее совершенствование методов оценки КЖ, учитывающих влияние самого заболевания и лечения на состояние функциональных возможностей пациента и его повседневную деятельность, привело к созданию специальных опросников, обладающих следующими свойствами:

– **надежностью (воспроизводимостью)**, проявляющейся в способности опросника давать постоянные и точные измерения;

– **валидностью**, отражающей способность опросника достоверно измерять основную определяемую им характеристику;

– **чувствительностью** – возможностью опросника давать достоверные изменения баллов КЖ соответственно изменениям состояния исследуемого при лечении, в динамике наблюдения и т. д. [5, 15].

Методики, используемые для оценки КЖ у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, разделяются на общие и болезнь-специфические и выполняются с использованием соответствующих опросников.

Общие методики оценки КЖ предполагают определение состояния здоровья пациентов независимо от характера изучаемой популяции, вида заболевания и особенностей применяемых спосо-

бов лечения [7]. Среди общих методик оценки КЖ у больных с сердечно-сосудистой патологией наибольшее распространение получили Siknes Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NHP) и Medical Outcomes Stude 36 – Item Short Form heart survery (SF-36) [7, 18, 23, 24].

Методика SIP включает 136 вопросов, отражающих 12 категорий КЖ. При расчетах полученных данных определяют значение каждой категории и интегральный показатель КЖ [40]. Эта методика хорошо валидизирована для оценки КЖ больных с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, однако не обладает достаточно высокой чувствительностью для характеристики динамики КЖ таких пациентов под влиянием медикаментозного лечения [7, 37].

Методика NHP состоит из 38 вопросов, включающих 6 категорий КЖ. Методика хорошо валидизирована. Суммированием значений положительных ответов в каждом разделе получают величину показателя КЖ. Имеется раздел, отражающий довольно полно болевые ощущения исследуемого, что является основанием для более целесообразного использования этой методики у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) как при наличии хронической сердечной недостаточности (ХСН), так и без таковой [7, 36]. Полученные значения КЖ хорошо коррелируют с функциональным классом ХСН по классификации NYHA. Эта методика довольно популярна, имеет ряд версий, тщательно валидизированных в специальных исследованиях [23, 24].

Среди общих методик, применяемых для оценки КЖ больных с сердечно-сосудистой патологией, чаще всего используют **опросник SF-36**, состоящий из 36 вопросов, разделенных на 8 категорий. Расчеты дают значения каждой категории КЖ от 0 до 100 баллов, отражающих уровень КЖ больного по возрастающей. Эта методика тщательно валидизирована в исследованиях КЖ пациентов различной популяции [7, 24, 41, 42]. Она обладает более высокой чувствительностью по сравнению с NHP [21]. В настоящее время методику SF-36 рассматривают как «золотой» стандарт общих методик оценки КЖ больных с поражением системы кровообращения [7, 19, 41]. К ее недостаткам относят определенную сложность при заполнении опросника, что несколько ограничивает применение этой методики у пожилых больных. Создана более короткая версия опросника SF-36, состоящая из 12 вопросов (SF-12), отражающих два аспекта КЖ: физический и психологический [7, 40]. Эта методика сопоставима с SF-36, но не обладает необходи-

мой чувствительностью при динамических наблюдениях больных кардиологического профиля [25].

Сравнительная характеристика результатов исследований с применением общих методик оценки КЖ пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы свидетельствует, что пока нет общей методики с достаточно высокой чувствительностью для определения изменений КЖ таких больных в результате медикаментозных и немедикаментозных вмешательств. Наиболее близки к таким требованиям результаты работ, выполненных с применением методики SF-36, в сочетании с данными болезнью-специфических методик [7, 8, 25].

К болезнью-специфическим методикам изучения КЖ больных с патологией системы кровообращения относят методические подходы, позволяющие определить выраженность того или иного признака заболевания, в том числе способ визуально-аналоговых шкал. Эти шкалы представляют собой отрезки прямой определенной длины, начало которой соответствует минимальной выраженности определенного признака, а конец – максимальной его величине [8, 27]. Больной самостоятельно отмечает точку на прямой, которая отражает выраженность определенного симптома (Visual analog Scale of Beathlessness) [28]. К таким методикам, позволяющим количественно определить выраженность проявлений болезни (одышки, отеков, общей утомляемости и др.), относят опросники как более раннего периода исследований КЖ [7, 26], так и результаты последних лет [7, 32].

Из болезнью-специфических опросников для оценки КЖ больных кардиологического профиля, включающих широкие стороны этого критерия, используют преимущественно так называемый **Миннесотский опросник** – Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), считающийся «золотым» стандартом для подобных опросников [20, 33, 38]. Он обладает достаточной валидностью и довольно высокой чувствительностью [39]. Миннесотский опросник включает 21 вопрос, отражающий различные проявления КЖ больного, чаще всего с ХСН. Для ответа на каждый вопрос используют шкалу Ликерта, состоящую из 6 пунктов. Опросник заполняется самим пациентом и отражает его КЖ в течение последнего месяца. Вычисляют общий показатель КЖ, а также его составляющие по 6 категориям: симптомы болезни, ограничение в повседневной жизни, качество сна, социальные последствия болезни, сексуальные нарушения и психологические последствия болезни.

В заключение следует отметить, что, помимо данных англоязычной литературы, существуют методические подходы к оценке КЖ больных с поражением сердечно-сосудистой системы, выполненные в России, среди которых имеются как адаптированные к местным условиям зарубежные варианты [5, 8, 11, 14], так и оригинальные [2, 8].

Больные с патологией сердечно-сосудистой системы стали одной из первых групп пациентов с хроническими заболеваниями, послуживших объектом исследования КЖ [4, 34]. В дальнейшем такие работы были расширены и совершенствованы [4, 23]. Получены дополнительные признаки эффективности лечебных мероприятий, установлена высокая прогностическая информативность изменения параметров КЖ.

Оценка КЖ у больных с гипертонической болезнью (ГБ) позволила судить как о его снижении в целом, так и, в определенной мере, о причинах этого снижения. Выявлена корреляция параметров КЖ с показателями психологических тестов. Так, КЖ находится в прямой зависимости от волевого контроля пациента и в обратной – от эмоциональной лабильности, недоверчивости, беспокойства, социального контроля поведения и напряженности. Более низким показателям КЖ больных с ГБ характерно угнетенное, подавленное настроение, фиксация внимания на состоянии своего здоровья [1, 4, 35]. Выявлено благоприятное влияние ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента на работоспособность, физическую и психическую активность таких пациентов [4, 35]. Показано, что диуретики ухудшают соматический статус: усиливается слабость, сонливость, головокружение и возникает сексуальная дисфункция. Антагонисты кальция улучшают эмоциональное состояние, социальную адаптацию и психологический статус больных с ГБ [4, 30]. Установлена существенная зависимость эффективности антигипертензивных средств от экономических, социальных и психологических составляющих КЖ больных с ГБ [13, 15].

У больных с ИБС КЖ в 2–2,5 раза ниже, чем у здоровых. Это обусловлено как тяжестью патологического процесса, так и выраженностью эмоционально-личностных нарушений, которые определяются почти у половины таких больных [12]. Нарушение КЖ в целом и его параметров зависит от вариантов ишемии миокарда. Оно снижено незначительно у больных с «немой» ишемией миокарда, в отличие от снижения КЖ при выраженном сердечно-болевом синдроме, как по частоте, так и по степени [2, 17].

У больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) оценку КЖ проводили в динамике на различных этапах развития болезни, что позволило уловить изменения ее различных параметров [9]. Так, на острой стадии заболевания основными показателями снижения КЖ являются синдромы тревоги и кардиофобии, а в постинфарктный период – астении, ипохондрии и депрессии. Однако четкой взаимосвязи между соматическими и психологическими составляющими КЖ не обнаружено [17].

Анализ показателей КЖ у пациентов, перенесших ОИМ в течение двух лет после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ), выявил более значительное улучшение как КЖ в целом, так и физических, психологических и социальных ее составляющих по сравнению с больными, подвергшимся в этот период только медикаментозному лечению [16]. Обнаружена четкая зависимость результатов АКШ от возраста таких пациентов. Так, увеличение выживаемости в сроки от трех месяцев до двух лет после вмешательства у больных пожилого возраста и у лиц моложе 60 лет существенно не различались, при этом улучшение КЖ у более молодых пациентов было существенно большим [15].

Более высокие показатели КЖ в течение 6 мес выявлены у больных с ИБС, которым были выполнены АКШ и коронарная ангиопластика, чем у пациентов, получавших медикаментозное лечение [4]. Улучшение параметров КЖ у больных, перенесших неосложненный ОИМ, было более значительным при ускоренном темпе реабилитации, что послужило основанием для более ранней активации таких пациентов [15].

Нарастание тяжести патологического процесса и у больных с ГБ, и особенно у пациентов с ИБС, приводит в большинстве случаев к развитию ХСН.

Оценка КЖ у пациентов с ХСН приобретает важное значение и при характеристике выраженности этого осложнения, и при определении прогноза и эффективности лечебных мероприятий. У всех больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, и у пациентов с ХСН в частности, такие ее симптомы, как одышка, отеки, слабость, бессонница, снижение толерантности к физической нагрузке, пожилой возраст, существенно влияют на физический статус и восприятие ими своего состояния, что, в свою очередь, усугубляет симптоматику болезни. У женщин с ХСН депрессивный и тревожный синдром выражены больше, чем у мужчин с этим заболеванием. Такие социально-экономические факторы, как высшее образование и высокие доходы, способствуют повышению КЖ больных с ХСН [3].

Снижение КЖ у больных с ХСН зависит от тяжести этого осложнения. Так, на более ранних этапах развития ХСН снижение КЖ обусловлено необходимостью лечиться, ограничивать свою трудовую деятельность, уменьшать активность в повседневной жизни, а на поздних ее этапах оно проявляется значительным ограничением всех параметров КЖ [4, 14]. При этом снижение КЖ у больных с ХСН в большей степени зависит от выраженности клинических симптомов декомпенсации, чем от изменения показателей центральной гемодинамики и психологического статуса пациентов [1, 7, 9, 40, 41, 42]. Влияние генеза ХСН на снижение КЖ выявляют на ранних этапах этого осложнения: снижение КЖ при ХСН более выражено у больных с ИБС, чем у пациентов с дилатационной кардиомиопатией и пороками сердца. По мере нарастания декомпенсации это различие исчезает [4, 7, 11].

Оценку КЖ у больных с сердечно-сосудистой патологией в последнее время рассматривают как самостоятельный объективный показатель состояния таких пациентов при проведении медико-социальной экспертизы, установлении группы инвалидности, учитываемой при определении прогноза и при создании реабилитационных программ [10, 39].

Таким образом, суммированная оценка КЖ и ее составляющих значительно дополняет характеристику патологического процесса у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, его динамику под влиянием лечебных мероприятий, представляя ценную информацию о реакции пациента на болезнь и проводимую терапию, чем способствует индивидуализации лечебного подхода и уточнению прогноза. Дальнейшие исследования КЖ у таких больных являются перспективными для проведения дифференцированного анализа ее параметров во взаимосвязи с показателями клинического и специальных методов исследований как в лечебном, так и в прогностическом аспектах.

Литература

1. Айвазян Т.А., Зайцев В.П. Исследование качества жизни больных гипертонической болезнью // Кардиология. – 1989. – № 9. – С. 43-46.
2. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 2002. – № 5. – С. 92-95.
3. Власова А.В., Лямина Н.П. Качество жизни и факторы его определяющие у больных с хронической сердечной недостаточностью, развившейся после перенесенного инфаркта миокарда // Сердечн. недостаточн. – 2002. – № 5. – С. 226-228.
4. Гельцер Б.И., Фрисман М.В. Современные подходы к оценке качества жизни кардиологических больных // Кардиология. – 2002. – № 9. – С. 4-9.
5. Гендлик Г.Е., Самсонова Е.В., Бухало О.В. и др. Методика исследования качества жизни у больных хронической недостаточностью кровообращения // Сердечн. недостаточн. – 2000. – № 4. – С. 1-12.
6. Гилеревский С.Р., Орлов В.А. Оценки качества жизни больных ревматическими митральными пороками сердца: методические подходы // Кардиология. – 1992. – № 6. – С. 49-52.
7. Гилеревский С.Р., Орлов В.А., Бенделиана Н.Г. и др. Изучение качества жизни с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы // Рус. кардиол. журн. – 2001. – № 3. – С. 58-72.
8. Гладков А.П., Зайцев В.П., Аронов Д.М. и др. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 1982. – № 2. – С. 100-103.
9. Коц Я.И., Либис Р.А. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 1993. – № 5. – С. 66-72.
10. Кром И.Л., Лившиц Л.Я., Ребров П. и др. Характеристика качества жизни больных ишемической болезнью сердца при проведении медико-социальной экспертизы // Материалы Междунар. конф. по качеству жизни в медицине. – СПб., 2002. – С. 171-172.
11. Либис Р.А., Коц Я.И. Показатели качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. – 1995. – № 11. – С. 13-17.
12. Линчанская Т.П., Герасимова Е.В. Психологические особенности и качество жизни у больных коронарной болезнью сердца // Материалы международной конференции качества жизни в медицине. – СПб., 2002. – С. 185-186.
13. Метелица В.И., Дуда С.Г., Островская Т.П. и др. Многоцентровое исследование «каптоприл и качество жизни»: влияние антигипертензивных средств основных групп на качество жизни больных различных популяций // Терапевт. арх. – 1993. – № 1. – С. 33-35.
14. Недошвин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н. и др. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью // Сердечн. недостаточн. – 2000. – № 4. – С. 1-7.
15. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Нева, М.: Олма-Пресс, 2002. – 315 с.
16. Следзевська І.К., Бабій Л.М., Руденко А.В. и др. Аналіз результатів АКШ протягом двох років у хворих з постінфарктним кардіосклерозом з урахуванням клінічного перебігу якості життя і особливостей медикаментозного лікування // Серц.-судин. хірургія. – К., 2003. – С. 339-342.
17. Хадзегова А.Б., Айвазян Г.А., Померанцев В.П. и др. Динамика психологического статуса исследования качества жизни больных инфарктом миокарда в зависимости от тяжести течения постинфарктного периода // Кардиология. – 1997. – № 1. – С. 37-40.
18. Albanese M., Plewka M., Fusco C. et al. Use of medical resous and quality of lif of patients with chronic heart failure: a prospective surveg in a large Italiun commynity hospital // Eur. J. Heart Failure. – 1999. – Vol. 4. – P. 411-417.
19. Apolone G., Mosconi P. The Italian SF-36 Health Survey trantslation, vulidution and norming // J. Clin. Epidemiology. – 1998. – Vol. 11. – P. 1025-1036.
20. Auriechio A., Klin H., Spinelli J. Pacing for heart failure sejetcon of patients techniques and benefits // Eur. J. Heart Failure. – 1999. – Vol. 3. – P. 275-279.
21. Brazier J., Harper R., Jones N. Validaing the SF-36 health survey questionnaire new ontcome for primary care // Brit. Med. J. – 1992. – Vol. 305. – P. 160-164.
22. Berry C., Mc Murrey J. A review of quality of life evolutions in patients with congestive heart failure // Pharmacoeconomics. – 1999. – Vol. 3. – P. 247-271.
23. Beryher M., Bobbett R., Carter W. et al. The Siekness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure // Medical Care. – 1981. – Vol. 19. – P. 785-805.
24. Cline C., Wellenheimer R., Erhard L. et al. Israelsson FI Health-related quality of life in elderly patients with heart failure // Scand. Cardiovasc. J. – 1999. – Vol. 5. – P. 278-285.

25. Ekeberg O., Klemsdal T., Kjeldsen S. Quality of life on enalapril after acute myocardial infarction // *Eur. Heart J.* – 1994. – Vol. 8. – P. 1135-1139.
26. Feinstein A., Fisher M., Pigeon J. Changes in dyspnea-fatigue ratings as indicators of quality of life in the treatment of congestive heart failure // *Amer. J. Cardiology.* – 1984. – Vol. 85. – P. 751-758.
27. Goldman L. Classification systems for the serial assessment of cardiac functional status // *Pract. Cardiology.* – 1993. – Vol. 3. – P. 40-57.
28. Goodyer L., Miskelly F., Milligan P. Does encouraging good compliance improve patients clinical condition in heart failure // *Brit. J. Clin. Pract.* – 1995. – Vol. 4. – P. 173-176.
29. Hansfeld S., Roberts R., Foot S. Assessing the validity of the SF-36 General Health Survey // *Qual Life Res.* – 1997. – Vol. 3. – P. 217-224.
30. Hansson L., Dahlof B. Calcium antagonists in the treatment of hypertension: state of the art // *J. Cardiovasc. Pharmacology.* – 1990. – Vol. 15. – P. 71-75.
31. Hunt S., McKenna S., Williams J. A quantitative approach to perceived health status: validation study // *J. Epidemiol. Commun. Health.* – 1980. – Vol. 4. – P. 281-286.
32. Jaarama T., Halfens R., Huijter A. et al. Quality of life in older patients with systolic and diastolic heart failure // *Eur. J. Heart Failure.* – 1999. – Vol. 2. – P. 151-160.
33. Klaus L., Beniaminovitz A., Choi L. et al. Pilot study of guided imagery use in patients with severe heart failure // *Amer. J. Cardiology.* – 2000. – Vol. 1. – P. 101-104.
34. Kohlmann T., Buitlinger M., Kirchberger-Blumstein J. German version of Nottingham Health Profile (NHP): translation and psychometric validation // *Saz. Praventivmed.* – 1997. – Vol. 3. – P. 175-185.
35. Kostis J. Angiotensin-converting enzyme inhibitors // *Amer. Heart J.* – 1988. – Vol. 116. – P. 1580-1605.
36. Marwick T., Zuchowski C., Zauer M. et al. Functional status and quality of life patients with heart failure undergoing coronary bypass surgery after assessment of myocardial viability // *J. Amer. Coll. Cardiology.* – 1999. – Vol. 3. – P. 750-758.
37. Rector T., Francis G., Cohn L. Patients left-ventricular assessment their congestive heart failure // *Cardiology.* – 1987. – Vol. 3. – P. 198-209.
38. Rector T., Tschumperlin L., Kubo S. et al. Use of the Living with heart failure questionnaire to ascertain patients perspective on improvement in quality of life versus risk of drug-induced // *J. Cardiology. Fail.* – 1995. – Vol. 3. – P. 201-206.
39. Rector T., Cohn L. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire reliability and validity during randomized double blind, placebo-controlled trial pirofenetan // *Amer. Heart J.* – 1992. – Vol. 124. – P. 1017-1025.
40. Ware J., Kosinski M., Keller S. A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity // *Med. Care.* – 1995. – Vol. 34. – P. 220-223.
41. Ware J., Gandek B., Kosinski M. et al. The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and control-specific health in 10 countries from JOOZA Project // *J. Clin. Epidemiology.* – 1998. – Vol. 11. – P. 1167-1170.
42. Ware J., Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) // *Projekt J. Clin. Epidemiology.* – 1998. – Vol. 11. – P. 903-912.

Поступила 29.12.2004 г.

Quality of life in patients with diseases of circulation system

G.V. Yanovsky

The concept of quality of life appeared on the basis of results of contemporary research. This concept allows to estimate the status of patients with diseases of blood circulation better. The comparative characteristics of general and disease-specific techniques of estimation of quality of life is provided. The characteristics of quality of life in patients with arterial hypertension, ischemic disease and chronic heart failure as factor essentially supplementing diagnostic and medical opportunities and improving the prognosis of disease is included. Perspectives of the further studying of parameters of quality of life together with other clinical and special research methods in cardiological patients.