

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А.А. Несен, В.Л. Шкапо, М.Н. Грунченко, О.В. Чирва
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН
Украины» (Харьков)

Введение

В настоящее время повышенный кардиоваскулярный риск (КВР) и коморбидность не только являются общемировыми медицинскими проблемами и определяют индивидуальный прогноз больного (продолжительность и качество жизни (КЖ), функциональные возможности), но и обуславливают масштабные социально-экономические последствия на семейном и популяционном уровнях. С учетом того, что сегодня смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (как правило, коморбидных) занимает первое место в общей структуре летальности населения Украины - именно высокий КВР и коморбидность выступают первоочередными задачами, требующими немедленного решения [4, 7].

Академик РАМН, НАН и АМН Украины Любовь Трофимовна Малая в своих «Письмах в XXI столетие» отмечала, что «Интегративная методология терапии соответствует тому научному направлению, которое называется интернологией и берет начало в учении выдающихся терапевтических школ - М.Я. Мудрова, С.П. Боткина, Н.Д. Стражеско, А.Л. Мясникова, В.Х. Василенко. Перспективы развития терапии, клиники внутренних болезней определяются не только демографическими изменениями (старение популяции), усиливающимися «прессом» коморбидности и полиморбидности, но и возрастающими требованиями к качеству и уровню медицинской помощи, увеличением стоимости медицинских технологий. Необходим научно обоснованный поиск разумного компромисса в решении этих проблем. Только в этом случае терапия сможет оказаться на высоте, решать важные задачи, способствовать тому, чтобы человек не только «жил дольше», но и «жил дольше, сохраняя при этом достаточный уровень здоровья» [3].

Согласно дефиниции ВОЗ «здоровье индивидуума» - это характеристика физического, психологического, эмоционального и со-

циального функционирования, основанная на его субъективном восприятии [10]. В современной медицинской литературе распространен термин «качество жизни, обусловленное здоровьем» (Health-related Quality life) [9]. КЖ, обусловленное здоровьем, оценивает компоненты, ассоциируемые и неассоциируемые с заболеванием, и позволяет дифференцировано определить влияние болезни и лечение на психологическое, эмоциональное состояние больного, его социальный статус. Показатели КЖ, равно как и характеристики заболевания, изменяются во времени в зависимости от состояния больного, что позволяет осуществить мониторинг лечения, которое проводится, и в случае необходимости, проводить его коррекцию.

В настоящее время существует большое количество опросников КЖ. Они широко используются в клинической практике, позволяя выявить те сферы, которые наиболее пострадали от болезни, определяя тем самым характеристику состояния больного с разнообразной патологией. Все исследования эффективности фармакологических препаратов сегодня проводятся с учетом изучения КЖ [2, 6]. Кроме того, в наши дни разработаны специализированные стандартные опросники для большинства заболеваний, в том числе и для артериальной гипертензии (АГ) [1, 8]. Каждый из опросников отличается объемом исследований, времени, необходимого для заполнения, способами заполнения и количественной оценкой показателей КЖ. Одним из самых распространенных опросников на сегодня является «SF-36 Health Status Survey» [5, 11].

Цель исследования - оценить КЖ у пациентов высокого КВР с коморбидной патологией и установить особенности влияния на КЖ составляющих образа жизни и факторов риска (пол, курение, употребление алкоголя, ожирение - ОЖ).

Материалы и методы исследования

Отделом популяционных исследований были проанализированы данные 95 пациентов с АГ и коморбидной патологией, которые проходили обследование и лечение в ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины». В исследовании приняли участие 35 (36,8 %) мужчин и 60 (63,2 %) женщин, средний возраст, которых составил - (60,5±0,4) лет.

Среди больных преобладали пациенты с избыточной массой тела, о чем свидетельствовал средний индекс массы тела (30,6±0,2) кг/м². Все больные помимо наличия АГ имели сопутствующие заболевания: 72,6 % страдали ишемической болезнью сердца (ИБС),

10,5 % перенесли инфаркт миокарда (ИМ), 35 % имели клинические признаки сердечной недостаточности (СН) на момент обследования, 22,1 % – сахарный диабет (СД), преимущественно 2-го типа, 27,4 % – хроническую болезнь почек (ХБП).

КЖ определяли с помощью общего опросника SF-36 в соответствии с 36 пунктами, сгруппированными в восемь шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) и психическое здоровье (ПЗ). Пациент выбирал ответ на предложенный вопрос. Каждый ответ оценивали в баллах. При формировании той или другой шкалы эти баллы складываются и математически обрабатываются по стандартным формулам. Показатели каждой шкалы принимают значения от 0 до 100, где 100 означает полное здоровье.

ФФ отображает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, перемещение тяжелых вещей, и др.); низкие показатели по этой шкале означают, что физическая активность пациента значительно ограничена состоянием его здоровья. Ролевое физическое функционирование (РФФ) – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей); низкие показатели по этой шкале означают, что повседневная деятельность значительно ограничена состоянием пациента. Б – влияние боли на повседневную активность, включая возможность выполнять домашнюю работу; низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента. ОЗ – оценка пациентом своего состояния здоровья на текущий момент и в перспективе лечения; чем ниже является показатель, тем более низкая оценка состояния здоровья. Ж – отображает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, бессильным; низкий показатель свидетельствует об усталости пациента, снижении его Ж. СФ – определяет в какой мере физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение); низкий показатель означает значительное ограничение социальных контактов, снижения уровня общения, в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. Ролевое функционирование, обусловлено эмоциональным состоянием (РЭФ) – позволяет оценивать в какой мере эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной де-

ятельности (включая большие расходы времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества); низкий показатель по этой шкале интерпретируют как ограничения в исполнении повседневной работы, связанные с ухудшением эмоционального состояния. ПЗ – характеризует настроение, наличие депрессии, обеспокоенности; этот показатель является общим показателем позитивных эмоций, его низкое значение свидетельствует о существовании депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Все шкалы формируют два общих показателя: душевное и физическое благополучие. Физический компонент здоровья (ФКЗ) охватывает шкалы ФФ, РФФ, Б, ОЗ. Психологический компонент здоровья (ПКЗ) – шкалы ПЗ, РЭФ, СФ, Ж. В настоящее время разработаны нормы показателей здоровья [12]. Так, общие показатели должны быть больше 50.

Для более детального анализа влияния коморбидности на КЖ все больные были распределены на 4 группы. В первую группу (n=35) вошли больные с гипертонической болезнью (ГБ) и ИБС. Во вторую (n=21) – больные с ГБ, ИБС и СД. Третью группу (n=13) составили больные с ГБ и сердечно-сосудистыми осложнениями (ССО) (ИМ, инсульт, мультиинфарктная болезнь мозга, нарушения сердечного ритма). В четвертую группу (n=26) вошли больные с ГБ и ХБП.

Статистическую обработку результатов проводили после создания баз данных в системах Microsoft Office Excel и Access. Средние показатели обследованных пациентов определяли с помощью пакета анализа в системе Microsoft Office Excel. Все другие статистические расчеты осуществляли с помощью программ Statistica 8 и SPSS 20. Достоверность разницы средних между группами определяли по методу t-теста для независимых показателей средних.

Полученные результаты и их обсуждение

Обследованные больные имели значительное, в сравнении со здоровой популяцией, снижение оценок по всем шкалам. Особенно низкими были показатели по шкалам, которые характеризовали РФФ (42,1±4,6) и РЭФ (49,5±3,2). Это указывает на то, что у пациентов наблюдались значительные ограничения в исполнении повседневной деятельности, обусловленные как физическим, так и психическим состоянием. Общие показатели ФКЗ и ПКЗ были значительно меньшими от нормального для популяции значения (42,0±5,1) и (40,8±2,7) соответственно. Таким образом, у пациентов, привлеченных в исследование, наблюдалось значительное ухудшение КЖ.

Нами было проведено сравнение показателей КЖ у больных с коморбидной патологией по полу, курению и употреблению алкоголя. У женщин наблюдались достоверно худшие показатели ФФ (58,9±3,4), Б (50,4±2,6), Ж (45,2±2,3), ПЗ (50,9±2,2) и ФКЗ (40,0±1,2), чем аналогичные показатели у мужчин (79,6±3,0); (62,5±4,3), (53,3±3,4), (63,1±2,95); (45,5±1,4) соответственно ($p < 0,05$). Показатели РФФ, РЭФ и СФ имели тенденцию к ухудшению. Также достоверно худшим был показатель ФКЗ у женщин (40,0±1,2), чем у мужчин (45,5±1,4) ($p < 0,05$). ПКЗ достоверно не отличался.

В зависимости от курения, показатели КЖ у обследованных пациентов достоверно не отличались. Также было установлено, что у лиц, которые употребляли умеренные дозы алкоголя достоверно лучшим был показатель ФКЗ, - 45,0±1,3, чем у пациентов, которые не употребляли алкоголь, - 39,7±1,3 ($p = 0,004$), что нуждается в последующем анализе.

При анализировании результатов, установлено, что у больных с ожирением II степени качество жизни статистически не отличалось от КЖ при ожирении I степени, но была несколько ниже по таким показателям, как: ФФ (на 4,62%), ОЗ (на 6,54%), СФ (на 5,27%), ПЗ (на 3,38%) ($p > 0,05$). При сравнении КЖ больных с ожирением II и III степени было обнаружено незначительное снижение показателей по всем шкалам во второй категории больных. КЖ больных с ожирением III степени было достоверно ниже по таким шкалам, как - ФФ на (9,46%), РФФ на (6,27%), ОЗ на (9,35%), СФ на (6,74%), ПЗ на (12,84%), по сравнению с КЖ больных с ожирением I степени ($p < 0,05$). Такой показатель, как Б, независимо от степени ожирения, практически не изменялся. Таким образом, больные с ожирением III степени чувствуют трудности, как при выполнении физических нагрузок, так и при общении с людьми (друзьями, родственниками), в результате ухудшения физического и эмоционального состояния здоровья.

Следует отметить, что у пациентов высокого КРВ с коморбидностью патологий (наличие АГ, СД, ХБП, ИБС, ОЖ) отмечается снижение показателей практически по всем шкалам КЖ, а особенно - значительные ограничения при выполнении повседневной деятельности, обусловленной как физическим, так и психическим состоянием (РФФ и РЭФ). КЖ этой категории больных также существенно зависит от степени ОЖ; увеличение степени ОЖ приводит к прогрессирующему снижению оценки КЖ, как ФКЗ так и ПКЗ.

У обследованных пациентов с АГ и коморбидной патологией в группах обнаружено значительное, в сравнении со здоровой попу-

ляцией, снижение оценок по всем показателям КЖ, которая приводит к значительным ограничениям в выполнении повседневной деятельности, обусловленной как физическим, так и психическим состоянием. Общие показатели физического и психического здоровья также были значительно сниженными по сравнению с нормальными для популяции табл. 1.

Таблица 1

Среднее значение показателей КЖ у больных с коморбидной патологией

Показник	АГ+ИБС, n=35	АГ+ИБС+СД, n=21	АГ+ССО, n=13	АГ+ХБП, n=26
ФФ	74,7±3,7	68,1±5,6	46,2±6,5	64,3±6,2
РФФ	39,3±6,7	42,9±9,2	13,5±8,3	51,1±9,6
Б	58,9±4,1	58,8±5,3	44,4±2,9	48,0±4,8
ОЗ	61,3±3,5	56,8±3,6	48,6±2,9	53,3±3,7
Ж	47,7±3,7	52,1±3,8	38,1±4,6	46,1±3,0
СФ	60,4±4,4	65,5±4,9	57,7±6,1	65,2±3,8
РЭФ	42,9±6,9	66,7±9,2	23,1±10,9	53,6±9,3
ПЗ	56,8±3,1	58,3±3,0	45,5±4,4	53,7±3,8
ФКЗ	44,6±1,6	41,6±1,9	35,5±1,5	41,1±2,1
ПКЗ	39,1±1,8	44,3±1,9	36,6±2,0	41,2±2,0

Следует отметить, что показатели РФФ и РЭФ были ниже нормальных в первых трех группах, что также подтверждало низкое КЖ у этих больных. Такие показатели, как ФКЗ и ПКЗ были снижены во всех четырех группах. При сравнении показателей КЖ между группами наиболее низкие показатели обнаружены в группе, где АГ сочеталась с ССО - ФКЗ и ПКЗ соответственно составили (35,5±1,5) и (36,6±2,0) ($p < 0,05$). Почти по всем показателям КЖ отличались вторая и третья группы. Таким образом, ухудшение качества жизни у больных АГ с коморбидной патологией существенно зависит от наличия сердечно-сосудистых осложнений (ИМ, инсульт, мультиинфарктная болезнь мозга, нарушения сердечного ритма).

Выводы

1. У пациентов высокого КРВ и коморбидностью выявлено значительное, по сравнению со здоровой популяцией, снижение оценок по всем показателям КЖ, а особенно, существенные ограничения в выполнении повседневной деятельности, обусловленной как физическим, так и психическим состоянием (ролевое функционирование).

2. У женщин, страдающих АГ и коморбидностью патологий достоверно худшими были показатели ФФ, Б, Ж, ПЗ и ФКЗ по сравнению с теми же показателями у мужчин соответствующей категории.

3. У больных с ожирением III степени имелись существенные трудности, как при выполнении физических нагрузок, так и при общении с друзьями, родственниками, вследствие ухудшения физического и эмоционального состояния здоровья. КЖ этой категории больных в значительной степени зависит от степени ОЖ и при увеличении степени ОЖ приводит к прогрессирующему снижению оценки КЖ, как ФКЗ так и ПКЗ.

4. Ухудшение КЖ у пациентов с АГ и коморбидностью кардинально зависит от наличия сердечно-сосудистых осложнений.

5. В перспективе планируется изучить КЖ у данной категории больных в динамике антигипертензивной терапии.

Литература

1. Качество жизни у больных гипертонической болезнью на фоне терапии рилменидином в сравнении с атенололом / Ю.Р. Кашерининов, А.А. Шаваров, С.В. Виллевальде [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2004. – Т. 10, № 4. – С. 211–214.

2. Косенкова О.И. Проблема качества жизни в современной медицине / О.И. Косенкова, В.И. Макарова // Экология человека. – 2007. – № 11. – С. 29–31.

3. Малая Л.Т. Интегрирующая роль клиники внутренних болезней на современном этапе развития медицины / Л.Т. Малая // Украинский терапевтический журнал. – 2000. – Том 2, № 1. – С. 6–8.

4. Несен А.А. Высокий кардиоваскулярный риск и коморбидность / А.А. Несен // Актуальные вопросы полиморбидной патологии в клинике внутренних болезней: материалы 5-й Международ. науч.-практ. конф., 19 апреля 2013 г. Белгород (Россия). – Белгород, 2013. – С. 83–84.

5. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М.: ОЛМА МЕДИА ГРУПП, 2007. – 320 с.

6. Петров В.И. Базисные принципы и методология доказательной медицины / В.И. Петров // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2011. – Т. 38, № 2. – С. 3–9.

7. Фадеенко Г.Д. Развитие профилактической медицины: отечественный и международный опыт (итоги Всероссийской научно-практической конференции "Неинфекционные заболевания и здоровье населения России" / Г.Д. Фадеенко, А.А. Несен // Украинский терапевтический журнал. – 2013. – № 2. – С. 130–140.

8. Korhonen P. Health-related quality of life and awareness of hypertension / P. Korhonen, S. Kivela, H. Kautiainen // J. Hypertens. – 2011. – Vol. 29. – P. 2070–2074.

9. World Health Organization. Measurement of health: Report of study group // WHO Technical Report Series. – 1957. – R.137.

10. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? // Wid. Hth. Forum. – 1996. – V.1. – P. 29.

11. WHOQOL Group. World Health Organization Quality Life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization // Soc. Sci. Med. – 1995. – Vol. 41. – P. 1403–1409.

12. Questionnaire of the SF-36® Health Survey [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.sf-36.com>

Резюме

Несен А.А., Шкапо В.Л., Грунченко М.Н., Чирва О.В. Качество жизни больных высокого кардиоваскулярного риска с коморбидной патологией.

В работе проведено исследование влияния на качество жизни составляющих образа жизни и таких факторов риска, как пол, курение, употребление алкоголя, ожирение у пациентов высокого кардиоваскулярного риска с коморбидной патологией. Показано снижение оценок по всем показателям качества жизни, а особенно, значительные ограничения в выполнении повседневной деятельности, обусловленной как физическим, так и психическим состоянием. Выявлено, что ухудшение качества жизни у пациентов с коморбидной патологией существенно зависит от наличия сердечно-сосудистых осложнений.

Ключевые слова: качество жизни, факторы риска, коморбидная патология, опросник Sf-36.

Резюме

Несен А.О., Шкапо В.Л., Грунченко М.М., Чирва О.В. Якість життя хворих високого кардиоваскулярного ризику з коморбідною патологією.

В роботі наведено дослідження впливу на якість життя складових способу життя та факторів ризику - статі, паління, вживання алкоголю, ожиріння у пацієнтів високого кардиоваскулярного ризику з коморбідною патологією. Показано зниження оцінок за всіма показниками якості життя, а особливо, значні обмеження при виконанні повсякденної діяльності, обумовленої як фізичним, так і психічним, станом. Виявлено, що погіршення якості життя у пацієнтів з коморбідною патологією суттєво залежить від наявності серцево-судинних ускладнень.

Ключові слова: якість життя, фактори ризику, коморбідна патологія, опитувальник Sf-36.

Summary

Nesen A.A., Shkapo V.L., Grunchenko M.N., Chyrva O.V. Quality of life the patients high cardiovascular risk with comorbidity pathologies.

Presently, an increased cardiovascular risk and comorbidity not only are world medical problems and determine the individual prognosis of patient (duration and quality of life, functional possibilities) but also stipulate scale socio-economic consequences on family and population levels. For the patients of high cardiovascular risk with comorbidity pathology the considerable, as compared to a healthy population, decline of estimations is educed on all indexes quality of life, and especially, substantial limitations in implementation the everyday activity, conditioned by both physical and psychical, by the state (role functioning). Worsening quality of life for patients with arterial hypertension and comorbidity cardinally depends on the presence of cardiovascular complications.

Key words: quality of life, high cardiovascular risk, comorbidity, Sf-36.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М. Іванова