

УДК 616.24-036.12:616.053.9:616.12-008.1-005.4

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 75 ЛЕТ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**И.В.Сосновских¹, С.П.Синицын²**¹МБУЗ Городская клиническая поликлиника №8, 454085, г. Челябинск, ул. Проспект Ленина, 3;²ГБОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Минздрава России, 454000,

г. Челябинск, ул. Воровского, 64

РЕЗЮМЕ

У 158 больных старческого возраста с ишемической болезнью сердца и признаками хронической сердечной недостаточности (ХСН) II-III функциональных классов проведена сравнительная оценка качества жизни в зависимости от наличия хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и изучена распространенность депрессивных расстройств. По результатам спирографии с бронходилатационным тестом среди пациентов с ишемической болезнью сердца были сформированы две группы – с наличием и отсутствием ХОБЛ. Проводилось исследование качества жизни с использованием специализированного Миннесотского опросника «Living with Heart Failure Questionnaire» для пациентов с ХСН, опросника на наличие депрессии CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale). Установлено, что пациенты старческого возраста, страдающие ишемической болезнью сердца и ХОБЛ, лучше оценивают ассоциированное с ХСН качество жизни как на момент включения в исследование, так и при контроле через год ($49,5 \pm 5,2$ и $44,0 \pm 1,7$ балла, соответственно), в отличие от пациентов с отсутствием ХОБЛ ($52,6 \pm 2,7$ и $52,3 \pm 3,4$ баллов, соответственно). Ассоциированная с ХСН депрессивная симптоматика у пациентов с сочетанием ишемической болезни сердца и ХОБЛ менее выражена (на момент включения в исследование количество пациентов без депрессивной симптоматики составило 59,5%, при контроле через год – 56,3%), чем у пациентов с отсутствием симптомов ХОБЛ (40,5 и 35,7%, соответственно). Пациенты старческого возраста, страдающие ишемической болезнью сердца и ХОБЛ, характеризуются лучшей самооценкой ассоциированного с ХСН качества жизни, и менее выраженной ассоциированной с ХСН депрессивной симптоматикой.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, старческий возраст, хроническая обструктивная болезнь легких, качество жизни.

SUMMARY**COMPARATIVE ANALYSIS OF LIFE QUALITY OF PATIENTS OLDER THAN 75 WITH CHRONIC HEART FAILURE OF ISHEMIC GENESIS IN COMBINATION WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE****I.V.Sosnovskikh¹, S.P.Sinitsyn²**¹City Clinical Polyclinic №8, 3 Lenina Ave., Chelyabinsk, 454085, Russian Federation²Chelyabinsk State Medical Academy, 64 Vorovskogo Str., Chelyabinsk, 454000, Russian Federation

To carry out a comparative evaluation of the quality of life of senile patients with chronic heart failure (CHF) of the II-III functional classes of ischemic genesis depending on the presence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and to study the spread of depressive disturbances in subpopulation of senile patients with CHF of ischemic genesis, 158 senile patients with ischemic cardiac disease and signs of CHF of the II-III functional classes were examined. According to the results of spirometry with bronchodilation test all the patients were divided into two groups: with presence and absence of COPD. The study of quality of life with the use of specialized Minnesota Questionnaire «Living with Heart Failure Questionnaire» for patients with CHF and Questionnaire for the presence of depression CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) was done. It was established that patients of senile age with ischemic cardiac disease and COPD disease evaluate their life quality associated with CHF both at the time of involvement into the investigation and in a year at the time of control (49.5 ± 5.2 scores and 44.0 ± 1.7 scores, respectively) higher than patients without COPD (52.6 ± 2.7 scores and 52.3 ± 3.4 scores, respectively). CHF-associated depressive symptoms of the patients with ischemic cardiac disease and COPD were less expressed (at the moment of involvement into the investigation the quantity of the patients without depressive symptoms was 59.5%, in a year at the time of control it was 56.3%) than in the patients without COPD (40.5 and 35.7%, respectively). Patients of senile age with ischemic cardiac disease and COPD are characterized by better self-evaluation of their quality of life associated with CHF and less expressed depressive symptoms associated with CHF.

Key words: chronic heart failure, senile age, chronic obstructive pulmonary disease, quality of life.

Оценка качества жизни больных является интегральной характеристикой физического, психологического и социального функционирования больного, основанной на его субъективном восприятии. Стандартное медицинское заключение, сделанное врачом, не дает полной объективной картины состояния больного, поскольку не рассматривает вопрос о влиянии болезни на другие аспекты жизни. Особенно актуаль-

ным становится оценка «качества жизни, связанного со здоровьем» у пациентов старше 75 лет с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Многими исследователями отмечается, что качество жизни определяется не столько характером дисфункции левого желудочка, сколько сочетанием физических, социальных и психологических факторов [1]. В частности, значительную роль играет депрессия, социальная изоляция, возраст, пол, недостаток информации и состояние тревоги. У больных с ХСН депрессия не только отягощает клиническое состояние, но и снижает мотивацию больного на выполнение рекомендаций врача [3].

По данным проведенного в России клинико-эпидемиологического исследования «КОМПАС», посвященного изучению депрессий в общесоматической практике, у 60,8% пациентов с ХСН имелись расстройства депрессивного спектра [3, 8]. Однако больных старше 75 лет в этих исследованиях было очень мало [11].

По некоторым данным, у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) депрессия диагностируется в 40% случаев, причем чаще выявляется у больных с сопутствующей соматической патологией и низкой толерантностью к физической нагрузке [5].

Улучшение качества жизни является важной целью лечебных вмешательств. Данные о качестве жизни могут помочь врачу более глубоко понять влияние заболевания на жизнь пациента, определить его индивидуальную реакцию на болезнь, открывают новые возможности в преодолении больным нежелательных переживаний, выработке позитивного отношения к лечению.

Известно, что оценка качества жизни больных старческого возраста с ХСН ишемического генеза и сопутствующей ХОБЛ имеет свои особенности. Такие пациенты обычно получают множество лекарственных препаратов, у них имеются ограничения в диете и физической активности, необходимо учитывать тяжесть симптомов, а также воздействие заболевания на психологическое состояние больных [4, 9].

Цель исследования: провести сравнительную оценку качества жизни больных старческого возраста с ХСН II-III функциональных классов ишемического генеза в зависимости от наличия ХОБЛ, изучить распространенность депрессивных расстройств в субпопуляции пациентов старческого возраста с ХСН ишемического генеза.

Материалы и методы исследования

Обследовано 158 пациентов старческого возраста с ИБС и признаками ХСН II-III функциональных классов, находящихся на лечении в первом терапевтическом отделении Челябинского областного клинического терапевтического госпиталя для ветеранов войн. После проведения спирографии с бронхолитационным тестом все больные были поделены на 2 группы: 1 группа (n=48) – пациенты с ИБС и ХОБЛ, 2 группа (n=110) – больные ИБС без ХОБЛ. По функциональному классу ХСН, полу и сопутствующей патоло-

гии группы были сопоставимы.

По результатам спирографии в 1 группе у 41 (85,4%) больного выявлена средняя степень тяжести ХОБЛ ($50\% \leq \text{ОФВ}_1 < 80\%$, $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЕЛ} < 70\%$) и у 7 (14,6%) человек – тяжелое течение заболевания ($30\% \leq \text{ОФВ}_1 < 50\%$, $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЕЛ} < 70\%$). У всех пациентов имела место дыхательная недостаточность второй степени.

В условиях стационара и в течение последующего года все больные получали терапию согласно национальным рекомендациям по диагностике и лечению ХСН, а больным ХОБЛ дополнительно проводили терапию бронхолитиками, муколитиками, мукоурегуляторами, при необходимости – антибактериальными препаратами.

Исходя из особенностей оценки качества жизни у больных старческого возраста, нами были выбраны опросники, наиболее широко охватывающие все его составляющие. Использовали специализированный опросник «Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire» (MLHFQ) и опросник на наличие депрессивных расстройств «Center for Epidemiological Studies Depression Scale» (CES-D) [7]. Эти опросники валидизированы в России и являются высокоспецифичными. Для оценки депрессивного состояния использовались следующие критерии: CES-D ≤ 18 баллов – норма, CES-D ≥ 19 баллов – расстройства депрессивного спектра.

Все статистические расчеты выполнены с использованием пакета программ прикладной статистики SPSS 17.0, программного обеспечения Microsoft Excel 2003, программы epi-info, версия 5.16. Полученные данные представлены в виде средней арифметической, стандартного отклонения. Для оценки сопоставимости групп и вычисления достоверности межгрупповых и внутригрупповых различий использовали t-критерий Стьюдента, U-критерий Вилкоксона-Манна-Уитни, хи-квадрат Пирсона, ϕ -критерий Фишера. Для всех видов анализа статистически значимым считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении анкетирования по опроснику MLHFQ у пациентов 1 группы исходно показатель составил $43,8 \pm 2,8$ балла, во 2 группе – $42,6 \pm 3,3$ балла ($p=0,1$). Через год – $41,0 \pm 2,3$ балла и $40,3 \pm 2,9$ балла, соответственно, ($p=0,1$). Установлено, что на качество жизни пациентов старческого возраста с сочетанной патологией основное влияние оказали симптомы ХСН, ограничение физической деятельности, необходимость госпитализации, различные эмоциональные факторы. Невозможность полноценно зарабатывать на жизнь и снижение половой функции на качество жизни больных старческого возраста влияния не оказали.

Количество баллов при анализе опросника на наличие депрессивных расстройств CES-D в 1 группе составило $16,1 \pm 1,5$ баллов, во 2 группе – $18,6 \pm 1,5$ баллов. Анализ распределения пациентов в группах по уровню депрессии в течение всего периода наблюдения выявил, что среди больных 1 группы пациентов без де-

прессивных расстройств, как в начале наблюдения, так и через год, было достоверно больше – 22 (52%) и 9 (56,3%) человек, соответственно, чем во 2 группе – 30 (43,2%) и 10 (35,7%) человек, соответственно (ф-критерий Фишера на момент включения составил 1,6, при контроле через год 1,32, анализ различий значений для разных периодов времени проводился между группам в момент включения при $p=0,05$, при контроле через год $p=0,1$).

Анализируя качество жизни пациентов в группах при наличии и отсутствии депрессивных нарушений

выявлено, что по данным опросника MLHFQ уровень качества жизни в выборке больных 1 группы с депрессивными нарушениями существенно не отличался от качества жизни у пациентов без таких нарушений. Во 2 группе качество жизни больных в выборке с наличием депрессивных нарушений было достоверно ниже по сравнению с пациентами без депрессивных расстройств. Низкие показатели качества жизни выявлены в обеих группах и к концу наблюдения. Результаты проведенного анкетирования пациентов по опросникам MLHFQ и CES-D представлены в таблице.

Таблица

Сравнение уровня качества жизни с различной выраженностью депрессивных расстройств у пациентов в зависимости от наличия ХОБЛ ($M \pm \sigma$)

Показатели		1 группа (ИБС и ХОБЛ)		p	2 группа (ИБС)		p
		CES-D $\leq$ 18 (n=22)	CES-D $\geq$ 19 (n=15)		CES-D $\leq$ 18 (n=30)	CES-D $\geq$ 19 (n=44)	
MLHFQ, баллы	исходно	41,9 $\pm$ 3,4	49,5 $\pm$ 5,2	0,2	37,0 $\pm$ 3,4	52,6 $\pm$ 2,7	0,001
	через год	37,9 $\pm$ 4,1	44,0 $\pm$ 1,7	0,4	33,8 $\pm$ 5,0	52,3 $\pm$ 3,4	0,008

Результаты анкетирования больных по опроснику MLHFQ в нашем исследовании значительно превышают аналогичный показатель у больных ХСН в Европе (30,9–36,9 балла) [2], что свидетельствует о худшем качестве жизни пациентов. Больные обеих групп на фоне лечения отмечали улучшение клинического состояния: уменьшение одышки, увеличение физической активности. При этом, мы не получили достоверного улучшения качества жизни пациентов с ХСН, несмотря на наметившуюся положительную динамику. Количество баллов уменьшилось с 43,8 $\pm$ 2,8 до 41,0 $\pm$ 2,3 у пациентов 1 группы, и с 42,6 $\pm$ 3,3 до 40,3 $\pm$ 2,9 у больных 2 группы.

Полученный нами результат не противоречит литературным данным. Так в работе С.А.Жало и соавт. [6] на фоне лечения пациентов старческого возраста было получено уменьшение клинических проявлений ХСН, однако оценка больными качества жизни не изменилась. Это можно объяснить возрастным составом изучаемой популяции. Вопросы, представляющие собой оценку эмоциональных факторов: ощущение себя обузой для семьи, ощущение беспомощности, ощущение беспокойства, неспособность сконцентрироваться и снижение памяти, не могли претерпеть существенной динамики с учетом возраста и возрастных изменений, не связанных с ХСН и ХОБЛ. А невозможность полноценно зарабатывать на жизнь и невозможность нормальной половой жизни, как показал наш опрос, в старческом возрасте вообще не оказывает влияния на качество жизни.

Основное влияние на качество жизни пациентов старческого возраста с сочетанной патологией оказало ограничение физических возможностей больных: способность к ходьбе и подъему по лестнице, способность работы по дому, необходимость госпитализации в ста-

ционар, а также различные эмоциональные факторы. По данным литературы снижение качества жизни является одной из основных причин госпитализации пациентов старческого возраста с ХСН [10].

При оценке результатов нашего исследования было выявлено значительное количество больных с депрессивно-подобными состояниями и клинически выраженной депрессией в обеих группах. Средний показатель в группах существенно не отличался, однако при анализе отсутствия депрессивных расстройств (59,5% случаев в 1 группе и 40,5% – во 2 группе) разница показателей оказалась статистически значимой и сохранялась в течение всего периода наблюдения. Наши результаты оказались сопоставимы с данными других исследований, показавших, что депрессия встречается у 20% пожилых больных с ХСН [12], а среди амбулаторных пациентов с ХСН – от 24 до 40% [13].

Депрессивно-подобные состояния у пациентов 1 группы не оказали существенного влияния на качество жизни, в то время как качество жизни пациентов 2 группы было существенно ниже при наличии депрессивных расстройств. Уменьшение клинических проявлений ХСН и ХОБЛ у пациентов обеих групп не привело к уменьшению выраженности депрессии. К сожалению, чувство одиночества, ненужности, снижения интереса к жизни, и другие проявления депрессии не исчезают даже на фоне улучшения клинического состояния больных.

Выводы

1. Пациенты старческого возраста с ХСН, развившейся на фоне ИБС и ХОБЛ, в целом находятся в менее депрессивном состоянии, и качество своей жизни оценивают не ниже, чем пациенты с ХСН ише-

мического генеза без сопутствующей ХОБЛ.

2. Депрессивно-подобные состояния у пациентов с ХСН ишемического генеза не оказали существенного влияния на качество жизни, в то время как качество жизни больных с ХСН без ХОБЛ было существенно ниже при наличии депрессивных расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атрощенко Е.С. Пациент с хронической сердечной недостаточностью и сохраненной систолической функцией левого желудочка // Журн. Сердечная недостат. 2007. Т.8, №6. С.297–300.

2. Бойцов С.А. Цитопротективная терапия при воспалительных заболеваниях миокарда // ФАРМиндекс-Практик. 2003. Вып.5. С.5–21.

3. Васюк Ю.А., Довженко Т.В., Школьник Е.Л. Хроническая сердечная недостаточность и депрессия // Тер. арх. 2007. Т.79, №10. С.54–60.

4. Методики исследования качества жизни у больных хронической недостаточностью кровообращения / Г.Е.Генделин [и др.] // Журн. Сердечная недостат. 2000. Т.1, №2. С.38–44.

5. Дворецкий Л.И. Ведение пожилого больного ХОБЛ. М.: Литтерра, 2005. 215 с.

6. Жало С.А., Гарганеева А.А., Репин А.Н. Особенности течения хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Клин. геронтол. 2006. №9, С.8–9.

7. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: ЭЛБИ, 1999, 140 с.

8. Оганов Р.Г., Марцевич С.Ю., Колтунов И.Е. Гиперактивность симпатического отдела вегетативной нервной системы при сердечно-сосудистых заболеваниях и способы ее коррекции // Кардиоваск. тер. и профилактика. 2003. №3. С.27–31.

9. Сорокин Е.В., Карпов Ю.А. Особенности лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых больных // Рус. мед. журн. 2003. Т.11, №19, С.1072–1076.

10. Шангина О.А., Костин В.И. Влияние депрессии на клинико-функциональные показатели и качество жизни пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией // Клин. геронтол. 2005. №11. С.38–42.

11. Система гемостаза и фибринолиза у пожилых

пациентов с ишемической болезнью сердца и коморбидной депрессией / О.А.Шангина [и др.] // Клин. геронтол. 2007. №6. С.28–32.

12. Heart failure management programmes in Europe / T.Jaarsma [et al.] // Eur. J. Cardiovasc. Nurs. 2006. Vol.5, №3. P.197–205.

13. Murberg T.A., Furze G. Depressive symptoms and mortality in patients with congestive heart failure: a six-year follow-up study. Med. Sci. Monit. 2004. Vol.10, №12. P.643–648.

REFERENCES

1. Atroshchenko E.S. *Zhurnal Serdechnaya nedostatochnost'* 2007; 8(6): 297–300.

2. Boytsov S.A. *FARMindex-Praktik* 2003; 5:5–21.

3. Vasyuk Yu.A., Dovzhenko T.V., Shkol'nik E.L. *Terapevticheskii arkhiv* 2007; 79(10):54–60.

4. Gendelin G.E., Samsonova E.V., Bukhalo O.V. *Zhurnal Serdechnaya nedostatochnost'* 2000; 1(2): 38–44.

5. Dvoretzkiy L.I. *Vedenie pozhilogo bol'nogo KhOBL* [Treating an elderly patient with COPD]. Moscow: Litterra; 2005.

6. Zhalo S.A., Garganeeva A.A., Repin A.N. *Klinicheskaya gerontologiya* 2006; 9:8–9.

7. Novik A.A., Ionova T.I., Kaynd P. *Kontseptsiya issledovaniya kachestva zhizni v meditsine* [The concept of quality of life studies in medicine]. Saint-Petersburg: ELBI; 1999.

8. Oganov R.G., Martsevich S.Yu., Koltunov I.E. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* 2003; 3:27–31.

9. Sorokin E.V., Karpov Yu.A. *Russkiy meditsinskiy zhurnal* 2003; 11(19):1072–1076.

10. Shangina O.A., Kostin V.I. *Klinicheskaya gerontologiya* 2005; 11:38–42.

11. Shangina O.A., Zhilina N.V., Mar'ina A.V., Kostin V.I. *Klinicheskaya gerontologiya* 2007; 6:28–32.

12. Jaarsma T., Strömberg A., De Geest S., Fridlund B., Heikkilä J., Martensson J., Moons P., Scholte op Reimer W., Smith K., Stewart S., Thompson D.R. Heart failure management programmes in Europe. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2006; 5(3):197–205.

13. Murberg T.A., Furze G. Depressive symptoms and mortality in patients with congestive heart failure: a six-year follow-up study. *Med. Sci. Monit.* 2004; 10(12):643–648.

Поступила 10.02.2012

Контактная информация

Ирина Владимировна Сосновских,

зав. участковой службой,

454085, г. Челябинск, просп. Ленина, 3,

E-mail: sosnovskih78@mail.ru

Correspondence should be addressed to

Irina V. Sosnovskikh,

Head of District Service,

City Clinical Polyclinic №8,

3 Lenina Ave., Chelyabinsk, 454085, Russian Federation.

E-mail: sosnovskih78@mail.ru