

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»**

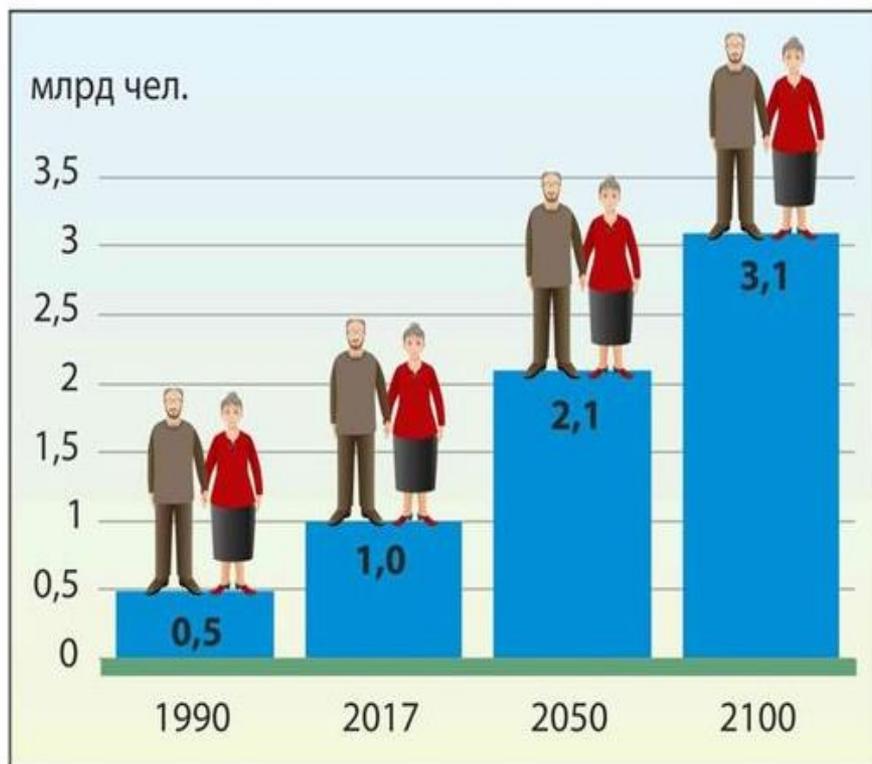
# **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Денисова Е.М., к.м.н., доцент кафедры  
пропедевтики внутренних болезней

Сергиенко Н.В., к.м.н., доцент кафедры  
пропедевтики внутренних болезней

# Прогноз ООН

Прогноз численности населения мира в возрасте 60+ лет, млрд чел.



**К 2050 году  
население  
в возрасте  
старше 60 лет  
составит  
более 2 млрд**

# Старение и здоровье населения

Возрастание удельного веса различных соматических заболеваний.

Рост коморбидной и мультиморбидной патологии: у 50% больных в возрасте старше 65 лет  $\geq 3$  заболеваний, а у половины из них -  $\geq 5$ .

# Коморбидная патология встречается

- до 45 лет в 69%
- в 45–64 лет – у 93%
- старше 65 лет – в 98%

# Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)

ведущая причина смертности и стойкой потери трудоспособности населения в большинстве развитых стран мира, именно сочетание кардиологической патологии с другими социально значимыми заболеваниями является важным фактором влияния на качество жизни коморбидных пациентов.

# Качество жизни (КЖ)

- «сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического и социального благополучия и самореализации» (ВОЗ)

Улучшение качества жизни населения мира - приоритетное направление медицины второго десятилетия XXI века

# Качество жизни

- современный самостоятельный критерий оценки эффективности терапии, по своей значимости сопоставимый с клиническими критериями

*(Guyatt G.H., 1993; Erdmann E., 1998;  
Новик А.А. и соавт., 1999)*

# Оценка качества жизни

- Оценка КЖ у пациентов проводится с помощью общих и болезнь-специфических анкет (опросников).
- При клиническом изучении КЖ наиболее достоверную информацию возможно получить при сочетанном использовании общего и болезнь-специфического опросника.
- Принципиальным моментом является самостоятельное заполнение анкет пациентом, т.к. доказано, что результаты анкетирования полученные с помощью врача или родственников менее точно отражают состояние пациента.

# **SF-36 - условный «золотой стандарт» для оценки КЖ пациентов среди общих методик оценки**

- 36 пунктов анкеты распределены в 8 шкал, показатели каждой из которых варьируют от 0 до 100 баллов (100 — полное здоровье), причем итоговый показатель каждой шкалы имеет самостоятельное значение.
- Шкалы группируются в два отдельных суммирующих показателя — «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья».

# Миннесотская анкета (MLHFQ) – «золотой стандарт» для болезнь-специфических анкет при синдроме хронической сердечной недостаточности

- Состоит из 21 вопроса, которые охватывают различные стороны КЖ пациента с ХСН.
- Для ответа на каждый вопрос больному предлагается самостоятельно использовать 6-балльную шкалу, соответствующую выраженности тех или иных нарушений в возрастающем порядке.
- Максимальная сумма баллов опросника 105 баллов соответствует наихудшему, а 0 баллов — наилучшему КЖ.

Существует ряд методик, которые позволяют количественно оценивать отдельные характеристики пациента с ССЗ, влияющие на его КЖ.

Для характеристики бытовой физической активности пациентов применяют анкету Индекса активности университета Дюка (Duke Activity Status Index - DASI), которая содержит 12 вопросов, отражающих возможность/невозможность выполнения пациентом ряда типичных бытовых нагрузок различной степени тяжести.

Для более точной оценки КЖ применяют специальные опросники, позволяющие оценить наличие и выраженность психической депрессии и/или тревоги, которая нередко наблюдается у пациентов с клинически манифестированной ХСН и негативно влияет на их КЖ, в связи с чем часто используется шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory- BDI).

# **Цель исследования: изучение КЖ пациентов с ИБС и коморбидными социально-значимыми заболеваниями**

Обследовано 456 пациентов с ИБС в сочетании с эндокринопатиями и заболеваниями органов дыхания, а также без коморбидной патологии, которые наблюдались в УНЛК (университетская клиника) ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М ГОРЬКОГО с 2018 по 2020 гг.

# Материалы и методы

- Средний возраст пациентов составил  $57,24 \pm 0,44$  года (от 48 до 75 лет).
- Коморбидные состояния наблюдались у 67,5% обследованных. При этом у 112 наблюдалась коморбидная патология дыхательной системы (ХОБЛ), а у 235 – сахарный диабет II типа.
- У всех пациентов имела место ХСН I-IIб стадии (по Василенко - Стражеско), при этом ХСН I – у 63 (14%), ХСН IIа – 349 (76,5%) и ХСН IIб – у 44 (9,5%) пациентов.

# Материалы и методы

- Распределение по функциональным классам ХСН согласно классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA) было следующим: ФК II – у 118 (26%), ФК III – у 244 (53,5%) и ФК IV – у 94 (20,5%) пациентов.
- Показатели фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) у обследованных пациентов составили от 27% до 65% (в среднем  $45,14 \pm 0,8$ ).
- Большинство пациентов ( $n=329$ , 72%) имели синусовый ритм, а у 121 (28%) из обследованных выявлена постоянная или пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (ФП).

# Материалы и методы

- Для оценки КЖ проводилось анкетирование пациентов с помощью Миннесотской анкеты (MLHFQ), а для уточнения бытовой физической активности использовали анкету университета Дюка (DASI).
- Анализ полученных показателей КЖ проводили в зависимости от пола, возраста, ФК ХСН по NYHA, стадии ХСН, наличия и вида коморбидной патологии, характера сердечного ритма, результатов шестиминутной ходьбы (ТШХ), а также показателей, полученных при инструментальных и лабораторных исследованиях.

# Сравнение качества жизни по возрастному признаку

№ группы	I (n= 137)	II (n= 195)	III (n= 124)	p
	Возраст, годы			
Показатель КЖ по шкале, балл	46-55	56-65	старше 65	
MLHFQ				0,075*
	49,51±2,12	54,07±1,42	57,43±1,08	0,061**
				0,001***
DASI				0,377*
	30,43±4,31	23,19±6,96	18,48±3,42	0,544**
				0,030***

\* - достоверность различий между группами I-II, \*\* - достоверность различий между группами II-III, \*\*\*- достоверность различий между группами I-III

# Сравнение качества жизни по гендерному признаку

- У женщин выявлены достоверно более низкие показатели КЖ, несмотря на то, что средний ФК по NYHA у них был ниже ( $p < 0,002$ ).
- Бытовая физическая активность по опроснику DASI у женщин была достоверно ниже, чем у мужчин ( $p < 0,001$ ).

# Показатели качества жизни в зависимости от степени СН (по классификации Василенко – Стражеско)

Показатель КЖ по шкале, балл	Степень СН			p
	I (n= 63)	IIa (n= 349)	IIб (n= 44)	
<b>MLHFQ</b>				<0,001*
	19,21±4,28	52,62±7,15	82,10±2,54	<0,001**
				<0,001***
<b>DASI</b>				0,013*
	35,43±3,17	21,66±4,52	8,72±2,13	0,001**
				<0,001***

\* - достоверность различий между группами I и IIa, \*\* - достоверность различий между группами IIa и IIб, \*\*\* - достоверность различий между группами I и IIб

# Показатели качества жизни в зависимости от степени ФК по NYHA

Показатель КЖ по шкале, балл	ФК СН по NYHA			p
	II (n= 118)	III (n= 244)	IV (n= 94)	
<b>MLHFQ</b>				<0,001*
	28,11±4,29	58,71±5,58	80,19±2,63	<0,001**
				<0,001***
<b>DASI</b>				0,025*
	30,13±1,19	24,46±2,21	10,73±1,51	<0,001**
				<0,001***

\* - достоверность различий между группами II и III ФК, \*\* - достоверность различий между группами III и IV ФК, \*\*\* - достоверность различий между группами II и IV ФК

# Анализ качества жизни по уровню выраженности систолической дисфункции ЛЖ

Выделено 3 группы:

- ФВ ЛЖ менее 35%,
- ФВ ЛЖ 35-45%,
- ФВ ЛЖ более 45%.

Наихудшие показатели КЖ выявлены у больных с ФВ ЛЖ <35%, при этом различия с третьей группой были достоверны.

# Показатели качества жизни в зависимости от наличия сопутствующей патологии

Показатель КЖ по шкале, балл	Наличие/отсутствие коморбидной патологии				p
	ХОБЛ (n= 112)	Без ХОБЛ (n= 344)	СД II типа (n= 235)	Без СД II (n= 221)	
<b>MLHFQ</b>	71,30±2,17	58,21±1,14	62,38±3,11	58,19±2,72	<0,001* 0,31**
<b>DASI</b>	12,1±1,13	24,95±2,79	26,02±2,18	21,95±2,49	<0,001* 0,219**

\* - достоверность различий между группами с ХОБЛ и без ХОБЛ,

\*\* - достоверность различий между группами с СД II типа и без СД II типа.

# Показатели качества жизни в зависимости от результатов теста с шестиминутной ходьбой

- При анализе результатов теста с шестиминутной ходьбой выявлено ухудшение показателей КЖ по мере уменьшения пройденного расстояния.
- Выявлена прямая корреляция результатов теста с шестиминутной ходьбой с показателями шкалы DASI.

# Показатели качества жизни в зависимости от источника ритма и ЧСС

- У пациентов с сохраненным синусовым ритмом показатели КЖ достоверно лучше, чем у пациентов с постоянной формой ФП. При этом наличие пароксизмальной формы ФП существенно не влияло на показатели КЖ, в сравнении с группой пациентов с синусовым ритмом.
- Анализ зависимости КЖ от ЧСС показал лучшее КЖ у пациентов с ЧСС не более 80 ударов в минуту. Отмечено отсутствие различий в группе больных с ЧСС 80-99 и более 100 ударов в минуту.

# Влияние лабораторных показателей на уровень качества жизни

При анализе лабораторных показателей отмечено достоверное ухудшение КЖ у пациентов с показателем гемоглобина крови менее 120 г/л и уровня лимфоцитов менее 25%, снижением скорости клубочковой фильтрации ниже 80 мл/мин, а также при повышении уровня мочевой кислоты выше 515 мкмоль/л.

# Выводы:

Пациенты с коморбидной сердечно-сосудистой патологией имеют более низкое качество жизни в возрастной категории старше 65 лет, при более высоком ФК по NYHA и стадии ХСН по Василенко-Стражеско.

При этом женский пол, наличие ХОБЛ, постоянная форма фибрилляции предсердий, ЧСС более 80 ударов в минуту и ФВ ниже 35%, уменьшение дистанции по результатам теста шестиминутной ходьбы ассоциируются со значимо более низкими показателями КЖ.