

КАРДИОХИРУРГИЯ

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНОЙ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕКЛАПАННОГО ГЕНЕЗА

Минаков Э. В., Ковалев С. А., Белов В. Н., Белова Е. А.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко; Воронежская областная клиническая больницы № 1; Воронежский межтерриториальный кардиохирургический центр

Резюме

У 54 больных с резистентной к медикаментозной терапии фибрилляцией предсердий неклапанного генеза с помощью Ноттингемского профиля здоровья и анкеты «Жизнь больных с аритмиями» изучены причины снижения качества жизни, а также влияние на уровень последнего показателей гемодинамики, клинических характеристик аритмии, возраста пациента и характера основного заболевания. Установлено, что наиболее выраженное влияние на КЖ больных с фибрилляцией предсердий оказывают симптомы аритмии, ограничения в повседневной жизни, которые они вызывают, ухудшение психоэмоционального состояния и сна пациентов. Качество жизни больных с фибрилляцией предсердий зависит не столько от клинических проявлений, показателей гемодинамики, характера основного заболевания и возраста больного, сколько от того, как пациент воспринимает симптомы аритмии, то есть от субъективной реакции пациента на болезнь.

Ключевые слова: качество жизни, фибрилляция предсердий, Ноттингемский профиль здоровья.

Оценка качества жизни (КЖ) больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в последние годы становится предметом все большего количества исследований, проведенных как в нашей стране, так и за рубежом. Это, во многом, связано с тем, что КЖ является самостоятельным и относительно независимым показателем степени тяжести состояния пациента, далеко не всегда коррелирующим с данными объективных методов исследования и клиническими проявлениями заболевания [1,2]. Кроме того, постоянно растет количество больных с хроническими заболеваниями, в том числе и сердечно-сосудистыми, излечение которых невозможно, и терапия должна быть направлена на ограничение прогрессирования заболевания и улучшение КЖ пациента [3].

Считается, что КЖ в медицине — это уровень благополучия и удовлетворенности теми сторонами жизни, на которые влияют болезни, несчастные случаи или их лечение [11]. В ряде работ показано, что оценка тяжести заболевания и эффекта лечения лишь на основе клинической картины и данных объективных методов обследования недостаточна, в связи с чем, в качестве дополнительного интегрального показателя тяжести заболевания целесообразно проводить оценку КЖ больного [9]. Интерес к КЖ пациентов, особенно в России, во многом связан еще и с тем, что больной из объекта медицинского вмешательства все больше превращается в полноправный субъект процесса лечения (клиента, заказчика, потребителя медицинских услуг).

В клинических исследованиях чаще всего выделя-

ют три наиболее важных медицинских компонента КЖ: функциональные возможности, субъективное восприятие пациентом состояния своего здоровья и основные симптомы заболевания. Функциональная способность включает в себя возможность осуществлять повседневную деятельность, экономическую обеспеченность, социальную, интеллектуальную и эмоциональную функции. Важным компонентом медицинского понятия КЖ являются симптомы болезни, которые могут исчезать или уменьшаться в результате лечения, а также быть следствием основного или сопутствующего заболевания. Считается, что особое значение имеет восприятие пациентом состояния своего здоровья, уровня благополучия и удовлетворение жизнью.

В настоящее время методики, используемые при оценке КЖ можно условно разделить на две группы: 1) общие методики (generic), отражающие уровень общего благополучия пациента, которые могут применяться для оценки КЖ в популяционных исследованиях; каждая из таких методик предназначена для оценки степени нарушения сразу в нескольких сферах: физической, психической, социальной и т.д.; 2) специальные или болезнь-специфические методики (disease-specific), предназначенные для изучения КЖ у больных с определенной патологией, например: ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность, различные виды аритмий.

Фибрилляция предсердий (ФП) является одним из наиболее частых нарушений сердечного ритма, с

которыми приходится сталкиваться практическому врачу. Среди больных, госпитализированных по поводу различных видов аритмий, ФП отмечается почти у 40% пациентов. При возникновении ФП у большинства пациентов происходит снижение КЖ [4,7]. В то же время, у 30% пациентов ФП носит бессимптомный или малосимптомный характер, незначительно изменяя КЖ [5].

Анализ литературы показывает, что, несмотря на широкую распространенность и большое социально-экономическое значение ФП, изучению КЖ при данном виде аритмии посвящено незначительное количество исследований. Для изучения КЖ у больных с ФП в основном использовались зарубежные методики, многие из которых еще не прошли в России культурной и языковой адаптации. В ряде работ оценка КЖ проводилась с помощью собственных анкет и опросников авторов, валидность, воспроизводимость и чувствительность которых не были установлены, что может приводить к искаженным или ошибочным результатам.

Целью настоящего исследования явилось изучение причин снижения КЖ больных с резистентной к медикаментозной терапии ФП неклапанного генеза, а также определение влияния показателей гемодинамики, клинических характеристик аритмии, возраста пациента и характера основного заболевания на КЖ.

Материалы и методы

В исследование было включено 54 больных с резистентной к медикаментозной терапии ФП, которым в Воронежском межтерриториальном кардиохирургическом центре с 1996 по 2001 год была произведена успешная радиочастотная абляция или модификация АВ узла. Из 54 пациентов мужчин было 20 (37%), женщин – 34 (63%). Возраст больных колебался от 45 до 80 лет, в среднем – $62,4 \pm 8,8$ лет. Время наблюдения составило от 12 до 72 месяцев, в среднем $36,6 \pm 18$ месяцев. Большинство больных – 51 (94%) – страдали пароксизмальной и персистирующей формой ФП и 3 – постоянной (6%). Количество принимаемых антиаритмических препаратов составило от 1 до 6, в среднем – $3 \pm 1,5$ на одного больного. У 15 больных (28%) в связи с наличием декомпенсированной бради-тахии формы синдрома слабости синусового узла (и приступов Морганьи-Эдемса-Стокса) в анамнезе антиаритмическая терапия не проводилась. Продолжительность существования ФП в среднем составила $95,5 \pm 60,3$ месяца. ЧСС при пароксизмах ФП колебалась от 115 до 240 в 1 минуту (в среднем – 157 ± 36 в 1 минуту). Средняя продолжительность приступов ФП была $13,8 \pm 4,4$ часа, функциональный класс (ФК) по NYHA составил $2,6 \pm 0,5$. Наиболее частой причиной ФП в основной группе явилась ИБС. Она была диагностирована в качестве основного заболевания у 40

больных (74%), у 6 (11%) пациентов причиной аритмии была гипертоническая болезнь, у 1 (1,9%) – WPW-синдром, у 1 (1,9%) больного причиной ФП был хронический обструктивный бронхит, у 2 (3,7%) диагностирована дилатационная кардиомиопатия, у 4 (7,5%) ФП была расценена как идиопатическая.

Критериями включения в исследование были: 1) наличие подтвержденной электрокардиографически пароксизмальной, персистирующей или постоянной формы ФП; 2) отсутствие гемодинамически значимой органической патологии клапанного аппарата сердца (врожденных и приобретенных пороков сердца); 3) отсутствие сопутствующих заболеваний, выраженность симптомов которых преобладала над клиническими проявлениями ФП; 4) добровольное согласие больного на участие в исследовании.

Всем больным, наряду со сбором анамнеза, осмотром и общеклиническим обследованием, осуществлялась регистрация ЭКГ в 12 общепринятых отведениях и ЭхоКГ. 16 (27%) пациентам для определения ТФН проводилась велоэргометрическая проба (ВЭМП).

Из общих методик для оценки КЖ больных с ФП, включенных в исследование, был использован Ноттингемский профиль здоровья (НПЗ). По данным литературы, НПЗ на сегодняшний день является одной из самых широко распространенных методик для оценки КЖ больных с различной сердечно-сосудистой патологией [11, 12]. Имеется русская версия НПЗ, которая была тщательно валидизирована и имеет высокую чувствительность и надежность [1]. Для оценки КЖ была использована первая часть методики. Она состоит из 38 вопросов и включает в себя шесть разделов, отражающих основные компоненты КЖ: физическую активность, энергичность, болевые ощущения, эмоциональные реакции, сон и социальную изоляцию. Количественный показатель пунктов каждого раздела представляет собой взвешенную величину. Сумма показателей пунктов в каждом разделе равна 100,00, что соответствует наихудшему КЖ по данному разделу.

Из болезней-специфических опросников для изучения влияния аритмического синдрома на повседневную жизнь больных была использована анкета «Жизнь больных с аритмиями» («ЖБА») [2]. Она позволяет оценить функциональный статус больного, выраженность клинических симптомов аритмии и степень возникающих в связи с этим ограничений. Показана ее высокая чувствительность и валидность у больных с пароксизмальными суправентрикулярными тахикардиями (в том числе, и ФП), также корреляция с показателями Медико-социальной анкеты, Индексом качества жизни и значениями 1-й, 2-й и 3-й шкал Сокращенного Многофакторного Опросника Личности [3, 4]. Анкетирование пациентов осуществ-

твлялось за 2–6 недель до оперативного лечения.

Определение достоверности различий проводилось с помощью критерия Манна-Уитни. Для определения степени корреляции между выборками использовался коэффициент корреляции рангов Спирмена. Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью программы «Biostat».

Результаты и обсуждение

При анализе причин снижения КЖ у пациентов с ФП, включенных в исследование, по данным НПЗ было установлено, что наиболее выраженные ограничения больные испытывали по таким разделам, как «энергичность», «сон» и «эмоциональные реакции» (рис. 1). В то же время, по разделам методики, отражающим функциональные возможности («боль» и «физическая активность»), снижение уровня КЖ было менее выраженным. Минимальное влияние на КЖ, по данным НПЗ, вызывала «социальная изоляция» пациентов.

По-видимому, ФП вызывает в исследуемой группе больных в основном нарушения эмоционального статуса и сна. В то же время, физические аспекты КЖ пациентов с ФП страдают в меньшей степени. Низкие показатели КЖ по разделу НПЗ «энергичность», скорее всего, связаны с тем, что 63% пациентов, включенных в исследование, были старше 60 лет.

При изучении причин снижения КЖ по данным болезнь-специфической анкеты «ЖБА», установлено, что наиболее выраженное влияние на его уровень оказывали: 1) сердцебиение и перебои в работе сердца ($2,4 \pm 1,1$ балла), 2) болевые ощущения за грудиной и в области сердца ($1,8 \pm 1,1$ балла), 3) общая слабость и быстрая утомляемость ($2,1 \pm 0,7$ балла), 4) приступы одышки ($1,9 \pm 1,1$ балла), головокружения или внезапной потери сознания ($1,7 \pm 1,3$ балла) — клинические симптомы аритмии. На уровень КЖ негативное влияние оказывают ограничения в повседневной жизни, которые вызывают проявления аритмии: 1) затруднения в реализации своего привычного отдыха,

работы по дому, в занятиях спортом, хобби ($1,9 \pm 0,8$ балла), 2) затруднения в поездках из дома ($2,2 \pm 1,5$ балла), 3) необходимость ограничивать свои физические усилия, умственную работу ($2,2 \pm 1,2$ балла).

Больные с ФП отмечали значительное снижение КЖ по вопросам, отражающим их психоэмоциональное состояние из-за невольной фиксации внимания на работе сердца и ожидания приступов сердцебиения ($2,2 \pm 1,1$ балла), перебоев в работе сердца ($1,9 \pm 1,3$ балла), из-за страха остановки сердца ($1,8 \pm 1,3$ балла), снижения настроения, чувства подавленности ($1,9 \pm 1$ балл), появления беспокойства, тревоги за свое здоровье, жизнь, судьбу ($2,2 \pm 0,9$ балла), необходимости избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению ($2,2 \pm 0,9$ балла), и ухудшения ночного сна ($2,1 \pm 1,1$ балла).

Выраженное влияние на КЖ больных с ФП оказывают дополнительные материальные расходы, связанные с лечением, приобретением лекарств, платой за другие медицинские услуги ($1,9 \pm 0,9$ балла), а также необходимость постоянно лечиться, принимать лекарства, периодически лежать в больнице ($2 \pm 1,1$ балла).

Вместе с тем, по разделу анкеты «затруднения в профессиональной сфере» (необходимость ограничения нагрузок — $0,9 \pm 0,9$ балла, понижение в заработной плате $0,8 \pm 0,6$ балла, понижение в должности — $0,5 \pm 0,3$ балла) выраженных ограничений выявлено не было, что можно объяснить значительной долей инвалидов (54%) и неработающих (44%) среди обследованных больных. Незначительное влияние на КЖ больных с ФП оказывали: 1) затруднения в сексуальной сфере ($0,7 \pm 1,1$ балла), 2) необходимость ограничивать себя в еде $1 \pm 0,7$ балла, 3) необходимость отказа от курения, употребления алкоголя, кофе, крепкого чая ($1,1 \pm 0,9$ балла). Не было выявлено значительных ограничений и в социальной сфере (изменения в отношениях с близкими, друзьями — $1,3 \pm 1,1$ балла).

Таким образом, наиболее выраженное влияние на КЖ больных с ФП оказывают симптомы аритмии и те ограничения в повседневной жизни, которые они вызывают, ухудшение психоэмоционального состояния и сна пациентов.

Для определения степени влияния на КЖ больных с ФП таких клинических характеристик аритмии, как продолжительность существования ФП, частота и продолжительность приступов ФП, ЧСС во время пароксизма ФП, был проведен корреляционный анализ между этими показателями и данными НПЗ и анкеты «ЖБА». При этом между клиническими проявлениями аритмии и показателями анкеты «ЖБА» и НПЗ достоверной связи получено не было. Выявлена лишь положительная связь между продолжительностью аритмии и разделом НПЗ «социальная изоляция» ($p=0,027$, $r=0,318$). Также не отмечено различий в

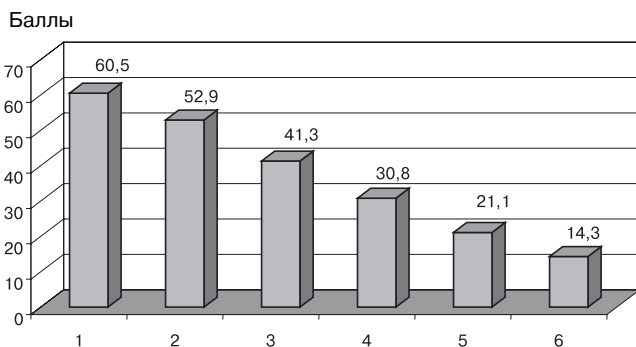


Рис. 1. Причины снижения КЖ больных с ФП (НПЗ).

1 — энергичность. 2 — сон. 3 — эмоциональные реакции. 4 — боль. 5 — физическая активность. 6 — социальная изоляция.

уровне КЖ между больными, имевшими в анамнезе такие наиболее грозные проявления СССУ, как приступы МЭС, и пациентами, у которых не было синкопальных состояний.

Для выявления связи между функциональными аспектами КЖ больных с ФП и показателями внутрисердечной гемодинамики было проведено сопоставление разделов НПЗ «энергичность» и «физическая активность» с показателями ударного и минутного объема крови, фракцией выброса левого желудочка. При этом достоверной корреляции между исследуемыми параметрами получено не было.

Для определения влияния возраста на КЖ пациентов был проведен корреляционный анализ между возрастом больных, показателями НПЗ и анкеты «ЖБА». Выявлена положительная корреляционная связь между лишь между возрастом и разделом НПЗ «энергичность» ($r=0,348$, $p=0,01$). По-видимому, это связано с общим снижением функциональных возможностей организма у пожилых пациентов, несмотря на одинаковую клиническую тяжесть аритмии по сравнению с более молодыми больными. Достоверной связи между возрастом и показателями анкеты «ЖБА», а также остальными разделами НПЗ, получено не было.

Литература

1. Гиляревский С. Р. Оценка качества жизни больных с митральными пороками сердца после протезирования митрального клапана: Дис. канд. мед. наук. - М., 1992. - 122 с.
2. Коц Я. И., Либис Р. А. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. - 1993. - N 5. - С.66-72.
3. Либис Р. А., Прокофьев А. Б., Коц Я. И. Оценка качества жизни у больных с аритмиями // Кардиология. №3, 1998. - с. 49-53.
4. Прокофьев А. Б. Качество жизни больных с нарушением сердечного ритма и его изменение в процессе лечения: Дис. канд. мед. наук./Оренбург, 1998. - 172 с
5. Татарский Б. А. Бессимптомная форма фибрилляции предсердий // Сердечная недостаточность. - 2001. - Т 2, N 5. - С. 217-220.
6. Bulpitt C., Fletcher A. Quality of life and the heart: evaluation of therapeutic alternatives // Brit. J. Clin. Pract. - 1997. - Vol. 73 (Symp. Suppl.) - P.18-22.
7. R.S.Bubjen, Knotts-Dolson-SM, Plumb V. J. et al. Effect of

Для оценки влияния характера основного заболевания на КЖ проводилось сравнение его уровня у пациентов с ФП, причиной аритмии у которых была ИБС, и у больных с ФП неишемической этиологии. При этом достоверных различий ни по одной из используемых в исследовании методик выявлено не было. Данный результат объясняется тем, что аритмический синдром был ведущим в клинике заболевания, и именно он определял степень снижения КЖ у данных пациентов.

Выводы

1. Наиболее выраженное влияние на КЖ больных с ФП оказывают симптомы аритмии и те ограничения в повседневной жизни, которые они вызывают, ухудшение психоэмоционального состояния и сна пациентов.

2. КЖ больных с ФП зависит не столько от клинических проявлений аритмии, показателей гемодинамики, возраста больного и характера основного заболевания, сколько от того, как пациент воспринимает симптомы аритмии, то есть от субъективной реакции данного пациента на болезнь.

- radiofrequency catheter ablation on health-related quality of life and activities of daily living in patients with recurrent arrhythmias (see comments) // Circul. 1996. Oct. 94(7) P.1585-1591.
8. Goodyer LI, Miskelly P, Milligan P. Does encouraging good compliance improve patients clinical condition in heart failure? // Br. J. Clin. Pract. 1995; 49(4):173-176.
9. Health-related quality of life in long-term survivors of pediatric liver transplantation /D.E.Midgley, T.A.Bradlee, C.Donohoe et al. // Liver. Transpl. - 2000. - Vol.6, N3. - P.333-339.
10. M.Viser, P.Koudstaal, R.Erdman et al. Measuring quality of life in patients with myocardial infarction or stroke: a feasibility study of four questionnaires in the Netherlands // J. Epidemiol. Com. Health. - 1995. - Vol.49. - P.513-517.
11. Patrisk D. L., Erickson P. Assessing health-related quality of life for clinical decision making // Psychoter. psychosom. - 1990. - Vol.54. - P.99-109.
12. H.Sjolund, I.Wiklund, K.Caidahl. et al. Relationship between quality of life and exercise test findings after coronary artery bypass surgery // Int. J. Cardiol. - 1995. - Vol.51. - P.221-232.

Abstract

In 54 patients with drug-resistant non-valve atrial fibrillation, causes of decreased quality of life (QoL) were studied, using the Nottingham Health Profile and Arrhythmic Patients' Life Questionnaire. The influence of hemodynamic parameters, clinical features of arrhythmia, age, and principal pathology on QoL was also investigated. In patients with atrial fibrillation, QoL was mostly affected by arrhythmic symptoms and associated restrictions in daily activity, worsened psycho-emotional status, sleeping disturbances. In this group, QoL was determined mostly not by clinical symptoms, hemodynamic parameters, principal pathology or age, but by subjective reaction to arrhythmia.

Keywords: Quality of life, atrial fibrillation, Nottingham Health Profile.

Поступила 28/07-2004