

УДК 616.12-008.313:612.8

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Краснослободская О.В.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,

Самара, e-mail: info@samsmu.ru

Обследовано 118 больных с фибрилляцией предсердий (ФП) в возрасте от 45 до 88 лет (70 женщин – 59,3%). 55 больных – с пароксизмальной формой ФП, 34 – с персистирующей ФП и 29 больных с постоянной формой. Контрольную группу составили 66 пациентов без ФП. Использован опросник «Качество жизни больных с аритмиями». Установлено существенное ухудшение суммарного показателя качества жизни (КЖ) больных с ФП по сравнению с контрольной группой, соответственно $59,02 \pm 1,11$ и $51,80 \pm 1,18$ баллов ($p < 0,001$). Суммарный показатель КЖ был лучше при пароксизме ФП ($55,04 \pm 1,50$ баллов), чем в случае развития персистирующей ($62,00 \pm 1,71$ баллов; $p = 0,003$) и постоянной формы ФП ($63,07 \pm 2,58$ баллов; $p = 0,013$).

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, качество жизни

MEDICAL ASPECTS OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

Krasnoslobodskaya O.V.

Samara State Medical University, Samara, e-mail: info@samsmu.ru

We studied 118 patients with atrial fibrillation (AF) at the age from 45 till 88 years (70 women – 59,3%). There were 55 patients with paroxysmal AF, 34 – with persistent and 29 patients with the constant form. The control group included 66 patients without AF. The questionnaire «Quality of life in patients with arrhythmia» is used. Essential deterioration of a total indicator of quality of life (QL) is established at patients with AF in comparison with control group, accordingly $59,02 \pm 1,11$ and $51,80 \pm 1,18$ points ($p < 0,001$). Common indicator QL was better at paroxysmal AF ($55,04 \pm 1,50$), than in case of development persistent ($62,00 \pm 1,71$; $p = 0,003$) and constant form AF ($63,07 \pm 2,58$; $p = 0,013$).

Keyword: atrial fibrillation, quality of life

ФП входит в число наиболее частых нарушений ритма сердца. Её распространённость составляет 0,4–1% среди населения, а у людей старше 80 лет достигает 10% [3,4]. ФП является причиной частых госпитализаций [5], при этом число обращений за медицинской помощью по поводу данной аритмии за 10-летний период в США увеличилось на 88% [6].

ФП относится к тяжелым, опасным для жизни аритмиям, является фактором развития и прогрессирования хронической сердечной недостаточности (ХСН) [1], смерти и инсульта ввиду частого развития тромбоэмболий, достигающих 5% в год [3].

Однако до настоящего времени проблема качества жизни у больных ФП изучена недостаточно.

Цель работы. Установить основные факторы, влияющие на качество жизни больных с фибрилляцией предсердий.

Материал и методы исследования

Обследовано 118 амбулаторных пациентов с ФП в возрасте от 45 до 88 лет, включая 70 (59,3%) женщин. Среди обследованных было 55 больных (46,6%) с пароксизмальной формой ФП, 34 (28,8%) – с персистирующей ФП и 29 больной (24,6%) с постоянной формой. Контрольную группу составили 66 амбулаторных пациентов без ФП аналогичного пола и возраста. Наряду с клинико-инструменталь-

ным обследованием использован опросник «Качество жизни больных с аритмиями» [2]. Различия между группами оценивали с помощью непараметрического теста Манна-Уитни и теста χ^2 по двухстороннему критерию и считали их статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. Статистическая обработка исследования проведена с помощью пакета прикладных программ SPSS 11.

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено существенное ухудшение суммарного показателя КЖ больных с ФП по сравнению с контрольной группой (таблица), соответственно $59,02 \pm 1,11$ и $51,80 \pm 1,18$ баллов ($p < 0,001$). Наиболее выраженные изменения касались неприятных ощущений в области сердца (сердцебиения, перебои в работе сердца), которые имели достоверно большую выраженность ($p < 0,001$) в группе пациентов с ФП и достигали у них соответственно $2,36 \pm 0,05$ и $2,32 \pm 0,06$ балла, то есть в среднем превышали уровень 2 баллов, свидетельствующий о значительной выраженности этих симптомов.

Ощущение остоянки сердца достоверно чаще возникало при развитии ФП ($p < 0,001$). Оно сильно беспокоило 4-х пациентов (6,1%), то в группе ФП очень сильная выраженность симптома была у 8 больных (6,8%), а сильная – у 18 (15,3%).

Показатели анкеты «Качество жизни больных с аритмиями»

| Показатель | Контрольная группа (n = 66) | Больные с ФП (n = 118) | p |
|---|-----------------------------|------------------------|---------|
| Сердцебиение | 1,70 ± 0,07 | 2,36 ± 0,05 | < 0,001 |
| Перебои в работе сердца | 1,64 ± 0,08 | 2,32 ± 0,06 | < 0,001 |
| Ощущения остановки сердца | 0,91 ± 0,12 | 1,61 ± 0,11 | < 0,001 |
| Приступы головокружения или внезапной потери сознания | 1,94 ± 0,11 | 1,40 ± 0,09 | < 0,001 |
| Ожидание приступов сердцебиения | 1,59 ± 0,09 | 2,01 ± 0,06 | < 0,001 |
| Ожидание перебоев в работе сердца | 1,44 ± 0,10 | 1,99 ± 0,07 | < 0,001 |
| Боязнь потери сознания | 1,02 ± 0,12 | 1,47 ± 0,10 | 0,008 |
| Страх остановки сердца | 1,05 ± 0,13 | 1,72 ± 0,12 | 0,001 |
| Снижение настроения, чувство подавленности | 2,41 ± 0,08 | 2,72 ± 0,08 | 0,015 |
| Дополнительные материальные расходы, связанные с лечением | 3,05 ± 0,08 | 3,46 ± 0,06 | < 0,001 |
| Побочные эффекты от приема лекарств | 1,67 ± 0,08 | 2,10 ± 0,08 | < 0,001 |
| Необходимость ограничивать нагрузки | 1,30 ± 0,07 | 1,83 ± 0,07 | < 0,001 |
| Необходимость избегать эмоционального перенапряжения | 1,55 ± 0,09 | 2,03 ± 0,07 | < 0,001 |
| Нарушения сна | 2,11 ± 0,08 | 2,65 ± 0,08 | < 0,001 |
| Суммарный показатель | 51,80 ± 1,18 | 59,02 ± 1,11 | < 0,001 |

Ожидание приступов сердцебиения и перебоев в работе сердца значительно беспокоили больных с ФП и незначительно пациентов контрольной группы ($p < 0,001$). Боязнь потери сознания была более выраженной в группе ФП ($1,47 \pm 0,10$), чем в группе контроля ($1,02 \pm 0,12$; $p = 0,008$).

Страх остановки сердца очень сильно беспокоил 10 больных с ФП (8,5%), сильно – 27 человек (22,9%). Его выраженность

в контрольной группе была существенно ниже ($p < 0,001$): очень сильно лишь у одного пациента (1,5%), сильно – 5 человек (7,6%). Это несколько не согласуется с ответами на вопрос о беспокойстве и тревоге за своё здоровье, которые были достаточно выраженными и не отличались в основной и контрольной группах.

На рис. 1 представлены результаты ответов на вопрос о чувстве подавленности.

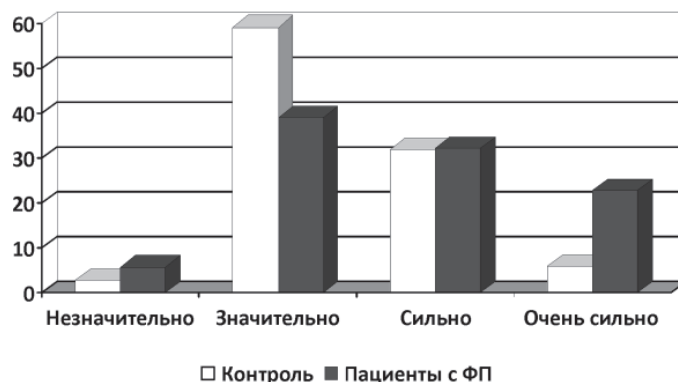


Рис. 1. Выраженность симптомов угнетения настроения у пациентов с фибрилляцией предсердий

Обращает внимание, что очень сильная подавленность и чувство угнетения возникали у 4 (6,1%) пациентов из контрольной группы и достоверно чаще у больных с ФП – 27 (22,9%). Такая выраженность симптома требует консультирования пациента у психиатра для исключения клинически значимой депрессии. Общий балл по данному вопросу составил в контрольной группе $2,41 \pm 0,08$ балла, а в группе с ФП – $2,72 \pm 0,08$ ($p = 0,015$).

Развитие ФП приводило к снижению КЖ пациентов в связи с повышением расходов, связанных с лечением, что сильно и очень сильно беспокоило пациентов – $3,46 \pm 0,06$ балла. В контрольной группе аналогичный показатель был несколько меньше – $3,05 \pm 0,08$ балла ($p < 0,001$).

Применение антиаритмических препаратов (ААП) увеличило спектр и выраженность побочных эффектов от приема лекарств (рис. 2).

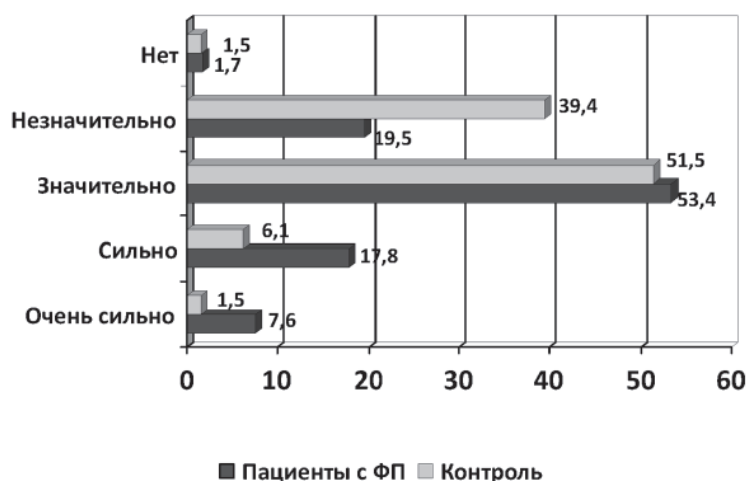


Рис. 2. Выраженность побочных эффектов у пациентов с фибрилляцией предсердий (%)

У пациентов группы контроля преобладали незначительная и значительная выраженность побочных эффектов лекарств ($1,67 \pm 0,08$). Наличие ФП требовало приема большего количества лекарственных средств, что вызывало развитие значимых побочных эффектов у 17,8% больных, и даже очень сильных – у 7,6%. Средний балл выраженности побочного действия ААП в группе пациентов с ФП составил $2,10 \pm 0,08$ ($p < 0,001$).

Больные с ФП более значимо были вынуждены ограничивать физические нагрузки ($1,83 \pm 0,07$ балла) по сравнению с группой контроля ($1,30 \pm 0,07$ балла; $p < 0,001$). Также это вызывало у них необходимость больше избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению ($p < 0,001$). Ухудшение выявлено и в покое, например, более значимое нарушение ночного сна ($p < 0,001$).

Особенности КЖ больных с различными формами ФП представлены в табл. 2. Результаты исследования показали, что при пароксизме ФП суммарный показатель КЖ лучше ($55,04 \pm 1,50$ балла), чем в случае развития персистирующей ($62,00 \pm 1,71$ балла; $p = 0,003$) и постоянной формы ФП ($63,07 \pm 2,58$ балла; $p = 0,013$). При персистирующей форме ФП пациенты чаще отмечали перебои в работе сердца ($2,47 \pm 0,11$; $p = 0,025$) по сравнению с пароксизмальной формой ($2,15 \pm 0,08$). Аналогичные результаты получены при постоянной ФП ($2,48 \pm 0,12$; $p = 0,028$).

То же касается ощущения остановки сердца, которое было менее выраженным при пароксизмальной форме ($1,27 \pm 0,17$), но больше беспокоило пациентов с персистирующей формой ($1,97 \pm 0,18$; $p = 0,006$) и постоянной ФП ($1,83 \pm 0,22$; $p = 0,045$). При пароксизмальной ФП пациентов реже бес-

покоили ожидание перебоев в работе сердца и боязнь потери сознания. Страх остановки сердца был наиболее существенным при персистирующей ФП ($2,21 \pm 0,20$ баллов).

У больных с постоянной формой ФП чаще возникали приступы одышки, их более беспокоили общая слабость и утомляемость.

Проанализированы различия КЖ у пациентов с постоянной формой ФП. Они оказались незначительными. Несмотря на то, что суммарный показатель КЖ у пациентов с брадисистолической формой ФП составил $65,00 \pm 2,86$ балла и был выше, чем при нормосистолической ($59,00 \pm 2,87$ балла) и тахисистолической ($58,77 \pm 1,25$ балла) формами постоянной ФП, различия между группами были статистически недостоверными. Следует отметить, что это различие определялось, прежде всего, боязнью потери сознания и при редком пульсе составило $3,00 \pm 0,41$ балла, нормальном – $1,30 \pm 0,26$ балла ($p = 0,018$), при тахисистолии – $1,45 \pm 0,11$ балла ($p = 0,011$). Также при брадисистолической форме ФП достоверно чаще, чем при нормосистолии возникал страх остановки сердца ($3,00 \pm 0,41$ и $1,35 \pm 0,25$ балла. Соответственно; $p = 0,018$).

Важным фактом оказалась тенденция ухудшения КЖ у пациентов с ФП с летальным исходом, по сравнению с благоприятным, у которых суммарный показатель КЖ, соответственно составил $65,78 \pm 5,77$ и $55,95 \pm 0,85$ баллов. Различия были статистически недостоверными вследствие малого числа в группе умерших больных в течение 2-х лет (7 человек).

Выводы

1. КЖ является дополнительным интегральным показателем, отражающим состояние пациента.

Таблица 2

Показатели анкеты «Качество жизни больных с аритмиями» пациентов с различными формами фибрилляции предсердий

| Показатель | Пароксизмальная ФП (n = 55) | Персистирующая ФП (n = 34) | Постоянная ФП (n = 29) |
|---|-----------------------------|----------------------------|------------------------|
| Сердцебиение | 2,22 ± 0,08 | 2,50 ± 0,10 | 2,48 ± 0,09 |
| Перебои в работе сердца | 2,15 ± 0,08 | 2,47 ± 0,11* | 2,48 ± 0,12* |
| Ощущения остановки сердца | 1,27 ± 0,17 | 1,97 ± 0,18** | 1,83 ± 0,22* |
| Другие неприятные ощущения | 0,75 ± 0,15 | 1,21 ± 0,21 | 0,83 ± 0,22 |
| Приступы одышки | 2,00 ± 0,10 | 2,24 ± 0,09 | 2,52 ± 0,16* |
| Приступы головокружения, внезапной потери сознания | 1,16 ± 0,12 | 1,59 ± 0,16 | 1,62 ± 0,21 |
| Общая слабость, быстрая утомляемость | 2,25 ± 0,11 | 2,41 ± 0,14 | 2,72 ± 0,14* |
| Болевые ощущения за грудиной и в области сердца | 2,69 ± 0,10 | 2,91 ± 0,09 | 2,83 ± 0,16 |
| Ожидание приступов сердцебиения | 1,89 ± 0,09 | 2,06 ± 0,09 | 2,17 ± 0,15 |
| Ожидание перебоев в работе сердца | 1,82 ± 0,10 | 2,12 ± 0,13* | 2,17 ± 0,15* |
| Боязнь потери сознания | 1,16 ± 0,15 | 1,71 ± 0,15* | 1,79 ± 0,24* |
| Страх остановки сердца | 1,36 ± 0,17 | 2,21 ± 0,20*** | 1,83 ± 0,23 |
| Снижение настроения, чувство подавленности | 2,49 ± 0,11 | 2,82 ± 0,16 | 3,03 ± 0,16** |
| Беспокойство, тревога за свое здоровье, жизнь | 3,15 ± 0,09 | 3,26 ± 0,13 | 3,34 ± 0,13 |
| Необходимость лечиться | 3,44 ± 0,09 | 3,56 ± 0,10 | 3,52 ± 0,12 |
| Дополнительные материальные расходы из-за лечения | 3,38 ± 0,08 | 3,44 ± 0,11 | 3,62 ± 0,12 |
| Побочные эффекты от приема лекарств | 2,02 ± 0,11 | 1,97 ± 0,14 | 2,41 ± 0,17* |
| Необходимость ограничивать нагрузки | 1,82 ± 0,10 | 1,76 ± 0,12 | 1,93 ± 0,13 |
| Понижение заработной платы | 1,29 ± 0,13 | 1,44 ± 0,14 | 1,52 ± 0,14 |
| Понижение в должности | 1,22 ± 0,13 | 1,47 ± 0,14 | 1,34 ± 0,15 |
| Затруднения в работе по дому, в занятиях спортом, хобби | 1,72 ± 0,08 | 1,76 ± 0,11 | 1,93 ± 0,14 |
| Затруднения в сексуальной сфере | 0,85 ± 0,11 | 0,94 ± 0,15 | 0,83 ± 0,13 |
| Затруднения в поездках из дома | 1,87 ± 0,09 | 2,00 ± 0,08 | 2,21 ± 0,09* |
| Необходимость ограничивать себя в любимой еде | 2,07 ± 0,10 | 2,12 ± 0,12 | 2,31 ± 0,13 |
| Отказ от употребления алкоголя, кофе, курения | 1,93 ± 0,11 | 2,15 ± 0,18 | 1,79 ± 0,17 |
| Ограничение физических усилий, умственной работы | 1,42 ± 0,10 | 1,53 ± 0,14 | 1,52 ± 0,12 |
| Необходимость избегать эмоционального перенапряжения | 1,93 ± 0,09 | 2,24 ± 0,13 | 1,97 ± 0,14 |
| Нарушения сна | 2,47 ± 0,10 | 2,74 ± 0,16 | 2,90 ± 0,15* |
| Изменения в отношениях с близкими, друзьями | 1,27 ± 0,08 | 1,41 ± 0,12 | 1,62 ± 0,20 |
| Суммарный показатель | 55,04 ± 1,50 | 62,00 ± 1,71*** | 63,07 ± 2,58* |

Примечание. Достоверность различий с первой группой: * – P < 0,05, ** – P < 0,01, *** – P < 0,005.

2. ФП вызывает ухудшение показателей КЖ в виде усиления выраженности симптомов заболевания, ограничения физической активности, нарушений в психоэмоциональной сфере.

3. При пароксизмальной форме ФП суммарный показатель КЖ лучше, чем в случае развития персистирующей и постоянной форм ФП.

4. ФП оказывает неблагоприятное влияние на различные аспекты КЖ пациентов. Это определяет необходимость оценки показателей КЖ в ходе лечения аритмии, что позволит проводить необходимые мероприятия по коррекции выявленных нарушений.

Список литературы

1. Гуревич М.А. Нарушения сердечного ритма и их коррекция при хронической сердечной недостаточности // Рос. кардиолог. журн. – 2005. – №3. – С. 5–10.
 2. Коц Я.И., Либис Р.А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 1993. – Т.33, №5. – С. 66–71.

3. Сулимов В.А., Недоступ А.В., Благова О.В. Фибрилляция предсердий // Кардиология: национальное руководство; под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 746–763.

4. Эллис К., Дресинг Т. Тахиаритмии // Кардиология: пер. с англ.; под ред. Б. Гриффина, Э. Тополя; – М.: Практика, 2008. – С. 429–474.

5. Kirch W. Health-related quality of life of patients with atrial fibrillation managed by cardiologists: MOVE study / W. Kirch, D. Pittrow, R.F. Bosch et al. // Dtsch. Med. Wochenschr. – 2010. – Vol. 135, Suppl. 2. – P. S26–32.

6. McDonald A.J. Increasing US emergency department visit rates and subsequent hospital admissions for atrial fibrillation from 1993 to 2004 / A.J. McDonald, A.J. Pelletier, P.T. Ellinor et al. // Ann. Emerg. Med. – 2008. – Vol. 51, №1. – P. 58–65.

Рецензент –

Давыдкин И.Л., д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии с курсом трансфузиологии ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, г. Самара.