

УДК 616.12-008.4:616.61-008.6

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

А.М. Шутов, Е.В. Ефремова, И.А. Сабитов, М.В. Мензоров,
Д.В. Серова, Т.С. Хамидулина

Ульяновский государственный университет

В статье представлены результаты исследования клинико-психологических особенностей и качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Для больных с ХСН характерна коморбидность, в структуре которой превалирует хроническая болезнь почек (ХБП). Хроническая болезнь почек у больных с ХСН усугубляет эмоциональный дискомфорт, усиливает депрессивные, дезадаптивные тенденции, снижает качество жизни как в физическом, так и в психологическом аспектах. Наличие ХБП негативно влияет как на клиническое течение, так и на качество жизни больных с ХСН.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, коморбидность, ремоделирование сердца, качество жизни.

Введение. Проблема комплексного изучения хронической сердечной недостаточности (ХСН) приобретает особую актуальность не только вследствие высокой смертности больных с сердечно-сосудистой патологией, лидирующей в структуре смертности населения, но, в большей степени, за счет нарастающей коморбидности (сочетания клинико-психологических проявлений ХСН с другими патологическими состояниями) [1, 2, 12, 21]. Коморбидность является результатом объективного взаимовлияния ведущих клинических факторов различных заболеваний при ХСН и обуславливает появление новых клинико-психологических симптомов и синдромов при ХСН [6, 20]. В частности, снижение функции почек ассоциируется с более тяжелым клиническим течением, увеличением повторных госпитализаций, снижением социальной активности, ухудшением прогноза [8, 19].

Актуальной остается недостаточная изученность особенностей клинического течения, качества жизни, психологического реагирования, характера социального функционирования больных с ХСН, ассоциированной с хронической болезнью почек (ХБП).

Цель исследования. Изучение клинико-психологических особенностей и качества

жизни больных с ХСН, ассоциированной с ХБП.

Материалы и методы. Обследовано 203 больных (73 женщины и 130 мужчин, средний возраст – $61,8 \pm 9,6$ года) с ХСН I–III стадий, I–IV ФК. ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр, 2009). ХСН I ФК диагностирована у 18 (8,9 %) больных, II ФК – у 108 (53,2 %) больных, III ФК – у 75 (36,9 %) и IV ФК – у 2 (1 %) больных. Продолжительность ХСН – $4,3 \pm 1,8$ года. Причиной ХСН у большей части больных (154; 75,9 %) являлась ИБС в сочетании с артериальной гипертонией высокого риска. Больные имели высокую коморбидность, ее оценивали с помощью индекса коморбидности Чарлсона (Charlson) [9, 15]. Фибрилляция предсердий диагностирована у 30 (14,8 %), сахарный диабет 2 типа – у 34 (16,7 %), метаболический синдром – у 89 (43,8 %), анемия (согласно критериям ВОЗ) – у 27 (13,3 %) больных.

Всем больным выполнена эхокардиография. Диаметр левого предсердия (ДЛП) был индексирован на m^2 роста пациента. Подсчитаны индекс массы миокарда левого желу-

дочка (ЛЖ) и относительная толщина стенки ЛЖ. Систолическая функция ЛЖ считалась сохранной, если фракция выброса (ФВ) ЛЖ превышала 50 %. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определяли по формуле MDRD. Хроническая болезнь почек была диагностирована согласно Рекомендациям национального почечного фонда США (NKF K/DOQI, Guidelines, 2002).

В исследовании использовался опросник Мини-Мульт (сокращенный вариант MMPI) для многомерного психологического исследования. Качество жизни больных ХСН оценивали при помощи опросника SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey) [4].

Статистическая обработка результатов проводилась с применением компьютерного пакета Statistica for Windows 7.0. Данные представлены в зависимости от вида распре-

деления в виде $M \pm SD$, где M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение. Различие считали достоверным при $p < 0,05$. Достоверность различий между параметрами определяли с помощью параметрического критерия t Стьюдента и непараметрического критерия Манна–Уитни; также рассчитывали χ^2 . Проводили однофакторный корреляционный анализ по Пирсону; при распределении, отличном от нормального, рассчитывали коэффициент ρ Спирмена. Проводили многофакторный регрессионный анализ.

Результаты и обсуждение

Клиническая характеристика больных с ХСН, ассоциированной с ХБП. СКФ составила $67,7 \pm 17,2$ мл/мин/1,73 м², ХБП с СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² диагностирована у 88 (43,3 %) больных. Клиническая характеристика больных с ХСН в зависимости от наличия ХБП представлена в табл. 1.

Таблица 1

Клиническая характеристика больных с ХСН в зависимости от ХБП

Данные больных	Больные с ХСН без ХБП (n=115)	Больные с ХСН с ХБП (n=88)	p
Мужчины, n (%)	88 (76,5 %)	42 (47,7 %)	$\chi^2=17,95$ $p=0,0001$
Женщины, n (%)	27 (23,5 %)	46 (52,3 %)	
Возраст, лет	$60,2 \pm 9,3$	$63,9 \pm 9,6$	$p=0,006$
Функциональный класс ХСН	$2,2 \pm 0,6$	$2,4 \pm 0,6$	$p=0,008$
Индекс ДЛП, мм/м ²	$21,8 \pm 2,9$	$22,7 \pm 3,1$	$p=0,03$
ФВ, %	$54,3 \pm 8,8$	$53,8 \pm 8,4$	$p=0,74$
Индекс массы тела, кг/м ²	30,5	30,1	$p=0,7$
Индекс коморбидности Чарлсона, баллы	$3,8 \pm 1,7$	$4,3 \pm 1,8$	$p=0,03$

Фракция выброса ЛЖ у больных с ХСН с ХБП и у больных с сохранной функцией почек статистически не различалась ($53,8 \pm 8,4$ и $54,3 \pm 8,8$ % соответственно; $p=0,74$). Систолическая дисфункция наблюдалась у 58 (28,6 %) больных. К увеличению размеров левого предсердия в большинстве случаев приводит диастолическая дисфункция ЛЖ,

которая в большей степени характерна для больных с ХСН, ассоциированной с ХБП [7]. Для больных с ХСН в сочетании с ХБП характерен более высокий средний индекс ДЛП по сравнению с больными без ХБП: $22,7 \pm 3,1$ и $21,8 \pm 2,9$ мм/м² соответственно ($p=0,03$). ДЛП > 40 мм диагностирован у 156 (76,8 %) пациентов (рис. 1).

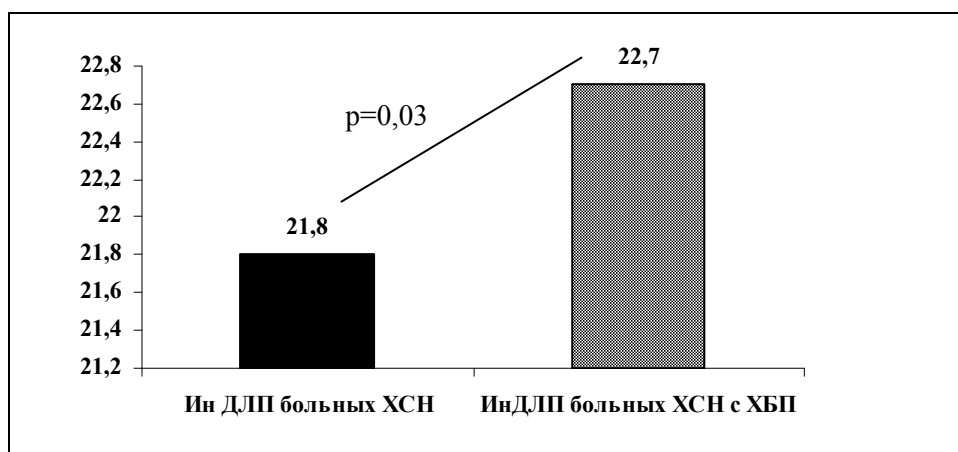


Рис. 1. Индекс ДЛП больных с ХСН в зависимости от наличия ХБП, мм/м²

Известно, что увеличение левого предсердия является прогностически неблагоприятным фактором, в частности, способствует развитию фибрилляции предсердий [13, 14, 16]. Однофакторный корреляционный анализ выявил связь между ДЛП и постоянной формой фибрилляции предсердий ($r=0,20$; $p=0,005$), метаболическим синдромом ($r=-0,15$; $p=0,049$), функциональным классом ХСН ($r=0,27$; $p<0,001$).

Известно, что число коморбидных заболеваний, в т.ч. ХБП, увеличивается с возрас-

том [11]. В литературе также имеются указания на увеличение частоты ИБС и новых коронарных событий у пожилых больных с ХБП [17]. В нашем исследовании для больных ХСН со сниженной функцией почек характерен более высокий индекс коморбидности Чарлсона (ХБП не включали в шкалу коморбидности) по сравнению с больными без ХБП: $4,3 \pm 1,8$ и $3,8 \pm 1,7$ балла соответственно ($p=0,03$) (рис. 2). Наблюдалась прямая связь между индексом коморбидности Чарлсона и ДЛП ($r=0,29$; $p<0,001$).

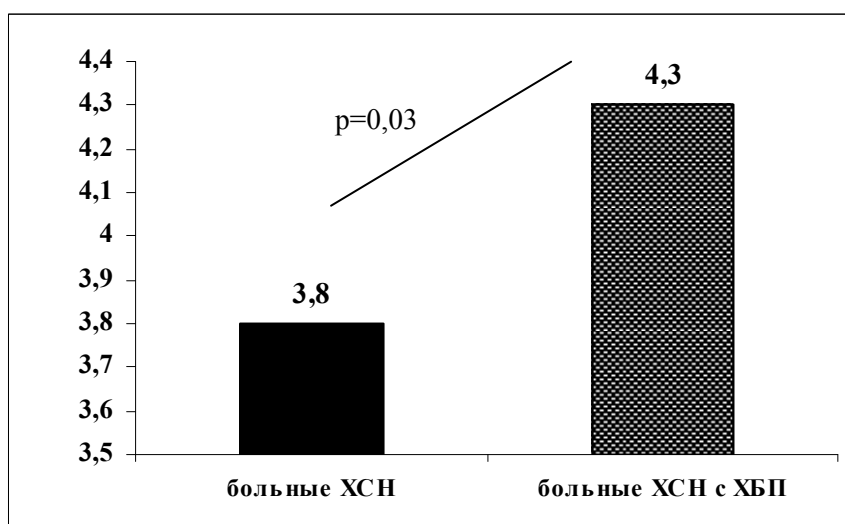


Рис. 2. Индекс коморбидности Чарлсона больных хроническим кардиоренальным синдромом, баллы

Многофакторный регрессионный анализ показал, что увеличение левого предсердия у больных с ХСН старше 60 лет было ассоциировано с ХБП с СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² независимо от пола, возраста, функциональ-

ного класса ХСН и других факторов коморбидности ($r=0,46$; $p=0,04$).

Психологический статус и качество жизни больных с ХСН, ассоциированной с ХБП. Многомерная диагностика психологи-

ческого профиля у больных с ХСН с ХБП по сравнению с больными с сохранной функцией почек выявила повышенные показатели по шкале депрессии ($61,5 \pm 12,8$ и $56,8 \pm 14,4$ балла соответственно; $p=0,02$), шкале шизоидности ($64,7 \pm 10,1$ и $61,4 \pm 11,5$ балла; $p=0,04$), шкале психастении ($67,2 \pm 11,1$ и $62,7 \pm 11,1$ балла; $p=0,005$) (рис. 3). Для всей группы пациентов

характерно максимальное повышение по шкале ипохондрии ($74,3 \pm 12,5$ и $75,7 \pm 14,9$ балла соответственно; $p=0,04$). Данные сочетания характеризуют соматизацию тревоги, эмоциональный дискомфорт, трудности адаптации, неуверенность при принятии решений.

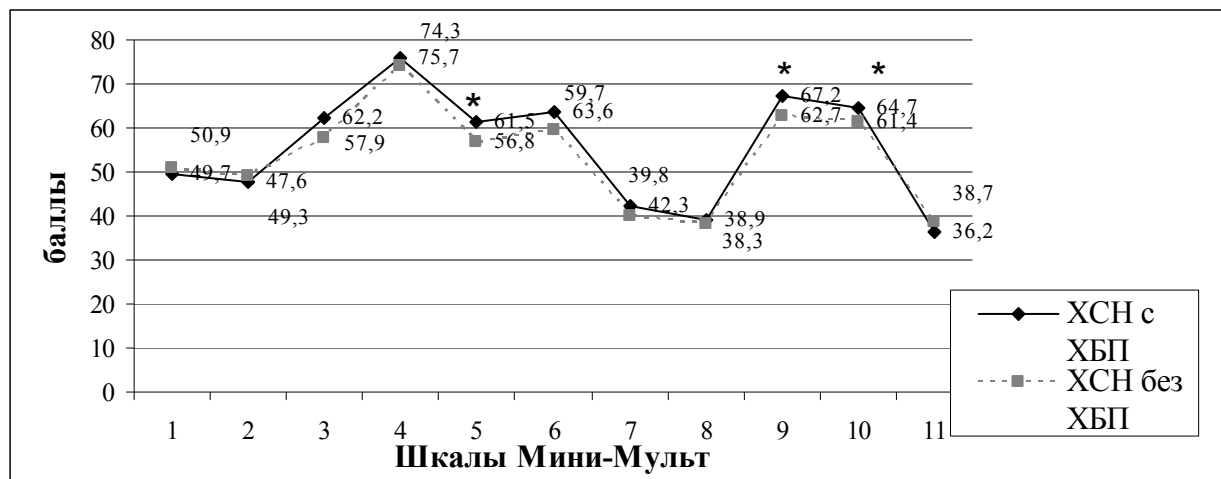


Рис. 3. Усредненный профиль Минни-Мульт больных с ХСН, ассоциированной с ХБП

Примечание. 1 – шкала лжи, 2 – шкала достоверности, 3 – шкала коррекции, 4 – ипохондрия, 5 – депрессия, 6 – истерия, 7 – психопатия, 8 – паранойальность, 9 – психастения, 10 – шизоидность, 11 – гипомания; * – $p < 0,04$.

По данным литературы, ХБП усугубляет течение ХСН, при этом увеличивается число госпитализаций, длительность и стоимость стационарного лечения [3, 10]. Наши исследования показали, что больные ХСН, ассоциированной с ХБП, чаще имели инвалидность и повторно госпитализировались в течение года по поводу обострения ХСН по сравнению с больными без ХБП ($\chi^2=6,02$; $p=0,006$).

Профиль качества жизни больных с ХСН со сниженной функцией почек оказался ниже, чем у больных без ХБП. У больных с ХСН, ассоциированной с ХБП, по сравнению с больными с сохранной функцией почек отмечались пониженные показатели как по шкалам, определяющим физический компонент здоровья: физическое функционирование ($38,3 \pm 24,9$ и $50,3 \pm 25,4$ балла соответственно; $p < 0,001$), интенсивность боли ($39,8 \pm 17,8$ и $47,5 \pm 20,7$ балла; $p=0,006$), так и по шкалам психологического компонента

здоровья: жизненная активность ($42,6 \pm 17,8$ и $50,4 \pm 22,4$ балла; $p=0,007$), социальное функционирование ($51,9 \pm 22,7$ и $60,6 \pm 22,1$ балла; $p=0,006$) (рис. 4).

Наблюдалась обратная зависимость между длительностью ХСН и уровнем качества жизни больных со сниженной функцией почек ($r=-0,32$; $p < 0,001$). Также отмечалась обратная связь между индексом коморбидности Чарлсона и показателями качества жизни, как физического, так и психологического здоровья ($r=-0,25$; $p < 0,001$). По данным литературы, наличие у больных ХСН депрессивных состояний приводит к снижению качества жизни [18]. Данная зависимость прослеживается у больных ХСН, ассоциированной с ХБП: выявлена обратная связь между шкалой депрессии опросника Минни-Мульт и показателями физического функционирования ($r=-0,53$; $p < 0,001$) и психологического здоровья ($r=-0,55$; $p < 0,001$).



Рис. 4. Усредненный профиль качества жизни больных с ХСН, ассоциированной с ХБП

Примечание. 1 – физическое функционирование; 2 – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; 3 – интенсивность боли; 4 – общее состояние здоровья; 5 – жизненная активность; 6 – социальное функционирование; 7 – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; 8 – психическое здоровье; * – $p < 0,007$.

Заключение. Хроническая болезнь почек занимает первое место в структуре коморбидности у больных с ХСН. Наличие ХБП у больных с ХСН обуславливает особенности геометрии сердца (диаметр левого предсердия у больных с ХСН, ассоциированной с ХБП, больше). Наличие ХБП у больных с ХСН усугубляет эмоциональный дискомфорт, наличие депрессивных, дезадаптивных тенденций. Качество жизни больных с ХСН при ассоциации с ХБП ниже, чем у больных без ХБП, как в физическом, так и в психологическом аспекте. Таким образом, наличие ХБП неблагоприятно сказывается на течении и прогнозе ХСН.

1. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН) / Ф. Т. Агеев [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2008. – № 5 (1). – С. 4–7.

2. Истинная распространенность ХСН в Европейской части Российской Федерации / Ю. Н. Беленков [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2011. – № 12 (2). – С. 63–68.

3. Макеева Е. Р. Хроническая болезнь почек влияет на прогноз и стоимость стационарного лечения больных с хронической сердечной недостаточностью / Е. Р. Макеева, А. М. Шутов, В. А. Се-

ров // Нефрология. – 2010. – Т. 14, № 2. – С. 51–55.

4. Методики исследования качества жизни у больных хронической недостаточностью кровообращения / Г. Е. Гендлин [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2000. – № 2. – С. 200–210.

5. Национальные рекомендации ВНОК И ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) / В. Ю. Мареев [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2010. – № 11 (1). – С. 15–25.

6. Соломакина Н. И. Сердечная и внесердечная коморбидность у больных систолической и диастолической ХСН пожилого и старческого возраста / Н. И. Соломакина // Сердечная недостаточность. – 2009. – № 6 (56). – С. 298–233.

7. Хроническая болезнь почек предрасполагает к фибрилляции предсердий у больных с хронической сердечной недостаточностью / А. М. Шутов [и др.] // Нефрология. – 2008. – № 4. – С. 49–53.

8. Эпидемиология хронической болезни почек у больных с хронической сердечной недостаточностью / В. А. Серов [и др.] // Нефрология. – 2010. – Т. 14, № 1. – С. 50–55.

9. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M. E. Charlson [et al.] // J. Chronic Dis. – 1987. – № 40. – P. 373–383.

10. Admission or changes in renal function during hospitalization for worsening heart failure predict post-discharge survival: results from the Outcomes of a Prospective Trial of Intravenous Milrinone for Exacerbations of Chronic Heart Failure (OPTIME-CHF) / L. Klein [et al.] // Circ Heart Fail. – 2008. – № 1. – P. 25–33.

11. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services / J. M. Valderas [et al.] // *Ann Fam Med.* – 2009. – № 7 (4). – P. 357–363.
12. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 / J. V. John McMurray [et al.] // *European Heart J.* – 2012. – Vol. 33, № 1804–1813. – P. 1838–1839.
13. Lantelme P. Arterial stiffness is associated with left atrial size in hypertensive patients / P. Lantelme, S. Laurent, C. Besnard // *Arch Cardiovasc Dis.* – 2008. – № 101. – P. 35–40.
14. Left atrial diameter as an independent predictor of first clinical cardiovascular events in middle-aged and elderly adults: the strong heart study / J. V. John McMurray [et al.] // *Am Heart J.* – 2006. – № 151. – P. 412–418.
15. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide / L. Alyson [et al.] // *Ann Fam Med.* – 2012. – № 10. – P. 134–141.
16. Prediction of risk for first age-related cardiovascular events in an elderly population: the incremental value of echocardiography / T. S. Tsang [et al.] // *J. Am Coll Cardiol.* – 2003. – № 42. – P. 1199–1205.
17. Prevalence of CAD, complex ventricular arrhythmias, and silent myocardial ischemia and incidence of new coronary events in older persons with chronic renal insufficiency and with normal renal function / W. S. Aronow [et al.] // *Am J. Card.* – 2000. – № 86. – P. 1142–1143.
18. Quality of life in a diverse population of patients with heart failure / C. F. Leon [et al.] // *J. of Cardipulmonary Rehabilitation and Prevention.* – 2009. – Vol. 29, № 3. – P. 171–178.
19. Renal function as a predictor of outcome in a broad spectrum of patients with heart failure / H. L. Hillege [et al.] // *Circulation.* – 2006. – № 113 (5). – P. 671–678.
20. Van Weel C. Comorbidity and guidelines: conflicting interests / C. Van Weel, F. G. Schellevis // *Lancet.* – 2006. – № 367. – P. 550–551.
21. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report. – Geneva, Switz : World Health Organization, 2005.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE ASSOCIATED WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

A.M. Shutov, E.V. Efremova, I.A. Sabitov, M.V. Menzorov, D.V. Serova, T.S. Hamidulina

Ulyanovsk State University

The article presents the results of a study of clinical and psychological characteristics and the quality of life of patients with chronic heart failure (CHF). Patients with CHF have a higher comorbidity; chronic kidney disease (CKD) is prevalent in the structure of comorbidity. CKD in patients with chronic heart failure increases anxiety and depression, exacerbates emotional discomfort. CKD leads to quality of life, both in the physical and psychological aspects. CKD significantly impacts on clinical course and the quality of life in patients with chronic heart failure, as confirmed by these results.

Keywords: chronic heart failure, chronic kidney disease, comorbidity, heart remodeling, quality of life.