

ВЛИЯНИЕ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН 65 ЛЕТ И СТАРШЕ

Зарудский А.А.¹, Перуцкая Е.А.², Перуцкий Д.Н.³, Прошаев К.И.², Седова Е.В.³

¹ОГБУЗ "Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа", Россия, Белгород. e-mail: zarudskyaa@mail.ru;

²АНО "Научно-исследовательский медицинский центр "Геронтология", г. Москва. e-mail: prashchayeu@mail.ru;

³Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Россия, Санкт-Петербург

С каждым годом увеличивается число пациентов с ХСН старше 65 лет. Нам представляется крайне важным изучение роли гериатрических синдромов в этой группе больных. Последние становятся существенным фактором, влияющим на прогноз и качество жизни в данной группе больных. Мы попытались оценить влияние старческой астении на качество жизни пациентов с ХСН 65 лет и старше. Старческую астению оценивали двумя способами - с помощью индекса старческой астении (ИСА) по M. Hoover et al и электронного калькулятора SHARE. Качество жизни определяли с помощью опросника SF-36. Также оценили влияние на качество ФК ХСН по NYHA. Выявлено негативное влияние старческой астении на показатели качества жизни. Наиболее значимым представляются результаты электронного калькулятора SHARE, значения которого соответствующие старческой астении достоверно связаны со снижением психической и физической составляющих качества жизни. Увеличение ФК NYHA также вызывает достоверное снижение физического компонента здоровья, но не оказывает влияния на психический компонент здоровья.

Ключевые слова: старческая астения, ХСН, индекс старческой астении, качество жизни, ФК ХСН.

INFLUENCE OF FRAILTY ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS ≥ 65 YEARS OLD

Zarudskiy A.A.¹, Perutskaya E.A.², Perutskaya D.N.³, Proshchayev K.I.², Sedova E.V.³

¹Belgorod Regional Hospital of Saint Ioasaf, Russia, Belgorod; e-mail: zarudskyaa@mail.ru;

²Researching Medical Center "Gerontology", Russia, Moscow. e-mail: prashchayeu@mail.ru;

³Sankt-Petersburg Institute of Bioregulation and gerontology, Russia, St. Petersburg

The amount of people with HF ≥ 65 y. old is growing each year. We suppose that geriatric syndromes are very important in this group of patients. This conditions can influence both on quality of life and prognosis of such patients. We try to estimate the influence of frailty on quality of life in patients with HF 65+ y. old. We also observe the role of NYHA functional class on quality of life. Frailty was assessed by frailty index according to M. Hoover et al. and by frailty electronic calculator SHARE. Quality of life was determined by SF-36 questionnaire. Results of SHARE calculator seemed to be the most important. SHARE values determined as «frail» are associated with significant reduction of mental and physical health components of the quality of life. Higher NYHA functional class is also associated with lower physical health without influence on mental health.

Keywords: frailty, HF, frailty index, quality of life, NYHA functional class.

Прогресс в лечении систолической ХСН за последние десятилетия очевиден. Появление ингибиторов РААС (иАПФ/АРА, антагонисты альдостерона), бета-адреноблокаторов, имплантация электрических устройств: ИКД, аппаратов для ресинхронизирующей терапии значительно улучшили прогноз больных с сократительной дисфункцией миокарда [13,15]. В свою очередь данные ряда клинических исследований позволяют считать, что прогноз при диастолической ХСН, по-видимому, по крайней мере не хуже, чем при систолической даже при условии лечения пациентов самыми современными препаратами [4]. Значительное увеличение продолжительности жизни таких пациентов обострило проблему улучшения качества жизни в этой группе больных.

Успехи современной медицины в лечении сердечно-сосудистых заболеваний приводят к тому, что с каждым годом увеличивается число пациентов с хронической сердечной недостаточностью старше 65 лет [5]. В этой связи крайне актуальным представляется изучение роли гериатрических синдромов в этой группе больных. Гериатрические синдромы становятся существенным фактором, влияющим на прогноз и качество жизни таких пациентов [6].

Ведущим и наиболее значимым по своим последствиям синдромом в современной гериатрии является так называемый синдром старческой астении [2]. Старческая астения (faily – «хрупкость») представляет собой патологическую уязвимость к действию стрессовых факторов. Старческая астения – результат аккумуляции естественных возрастных процессов и суммации накопившихся к этому моменту заболеваний. Согласно концепции Fried et al., старческая астения определяется наличием следующих симптомов: потеря веса – саркопения, снижение силы мышц кисти, выраженная утомляемость (необходимость выполнять повседневную активность с усилием), снижение скорости передвижения, значительное снижение физической активности. При наличии трех и более симптомов имеет место старческая астения, одного или двух – старческая преастения [7,12]. В некоторых работах показана высокая роль старческой астении и/или ее компонентов в отношении прогноза для жизни пациентов с ХСН [1,6]. Однако нам не встретилось работ, изучающих влияние старческой астении на качество жизни пациентов с ХСН.

Цель работы – оценить влияние старческой астении на качество жизни пациентов с ХСН.

Задачи исследования:

1. отобрать группу пациентов с клинически выраженной ХСН, подтвержденной данными Эхо-КГ;
2. Выявить среди них пациентов со старческой астенией;
3. Сравнить показатели КЖ в группах больных со старческой астенией и без;
4. Проанализировать показатели КЖ в зависимости от ФК ХСН.

Материалы и методы. В исследование вошли 40 пациентов в возрасте 65 лет и старше с клиническим симптомокомплексом ХСН II и III ФК по NYHA, дополненным одним из 2 следующих эхокардиографических критериев:

1. снижение ФВ по Симпсону ниже 45%;
2. нарушения диастолической функции, подтвержденные данными тканевого доплеровского сканирования – соотношение e/e' более 12.

Пациенты, не обладающие симптомами ХСН, не удовлетворяющие критериям ЭХО-КГ в исследование не включались. Кроме того, критериями исключения считали значимый

аортальный стеноз (средний градиент на аортальном клапане равен или превышает 30 мм рт. ст.) и тяжелую митральную недостаточность при сохранной ФВ (невозможно адекватно оценить диастолическую и систолическую функцию).

Всем пациентам проводилось обследование для определения старческой астении двумя различными способами: с помощью индекса старческой астении, с помощью «электронного калькулятора старческой астении» SHARE. Суть предлагаемых методик описана ниже.

При использовании индекса старческой астении (ИСА) по М. Hoover et al. с помощью специального опросника оценивали функциональные дефициты. Каждый из них имеет разброс баллов от 0 до 1 с шагом в 0,25 балла: 0 – отсутствие проблем, 0,25 – легкое снижение способностей, 0,5 – умеренное, 0,75 – выраженное, 1 – неспособность справиться с предлагаемыми действиями. Полученные баллы суммируются и делятся на исходное количество заданных тестов (на 30). Получаемый показатель и есть индекс старческой астении. За отсутствие признаков астении признается значение ИСА = 0-0,2, умеренно выраженная астения – при значениях ИСА 0,2-0,4. Значения ИСА более 0,4 соответствуют выраженной старческой астении [8].

Калькулятор старческой астении SHARE – интегральный индекс, разработанный Romero-Ortuno et al. и апробированный в крупном эпидемиологическом исследовании старческой астении the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Он менее субъективен – учитывает не только самооценку и самочувствие пациента, но и данные получаемые объективными методами геронтологической диагностики (измерение мышечной силы) [9,10,11].

Качество жизни оценивалось по шкале "SF-36 Health Status Survey" (далее просто SF-36). SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни. Он состоит из вопросов, объединенных в 8 шкал, которые группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья». Физический компонент здоровья (PCS – физический компонент здоровья) включает шкалы: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья. Психологический компонент здоровья (MCS – психический компонент здоровья) – шкалы: психическое здоровье; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; социальное функционирование, жизненная активность. Тест SF-36 широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни, переведен на русский язык и успешно апробирован в России [3,14].

При оценке распространенности старческой астении у пациентов с ХСН 65 лет и старше в нашей клинике с помощью вышеописанных подходов (n= 40) мы получили следующую картину. По индексу SHARE пациенты распределились следующим образом: 60% (n = 24) больных ХСН были признаны страдающими старческой астенией и еще 20% (n = 8) – старческой преастенией. Оценивая распространенность старческой астении по ИСА М. Hoover et al., мы выявили лишь 7,50% (n = 3) пациентов со старческой астенией, при этом доля пациентов с преастенией составила 72,50% (n = 29) (см. рис. 1).

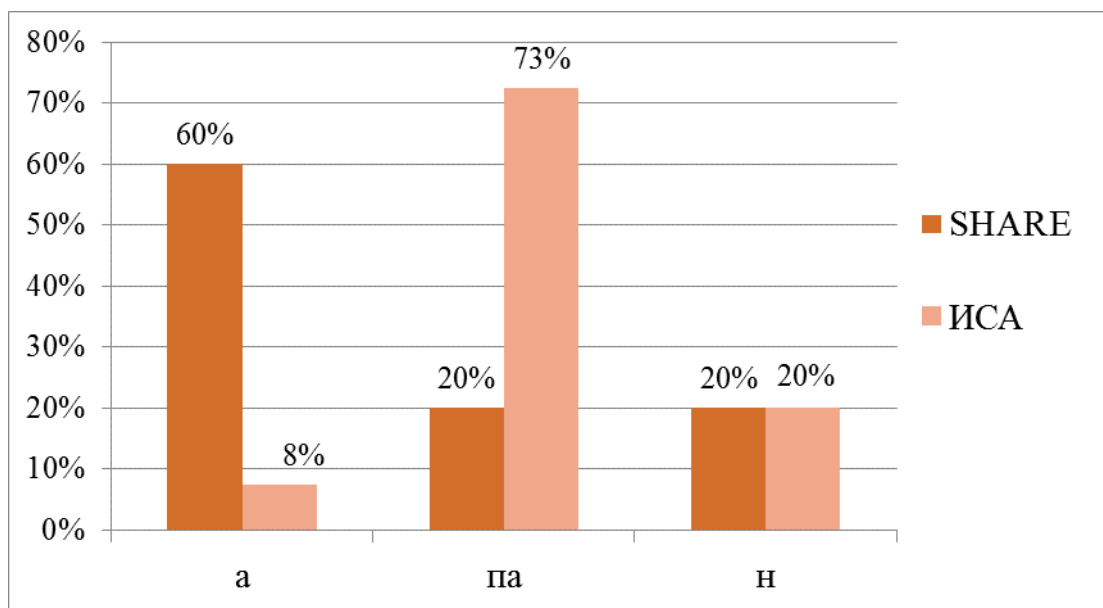


Рис. 1. Распространенность старческой астении и преастении в группе больных ХСН 65 лет и старше по индексу SHARE и ИСА по М. Hoover

Оценивая связь старческой астении по индексу SHARE и качества жизни пациентов, разделили пациентов по признаку астения по SHARE – группа SHAREа, преастения по SHARE – группа SHAREра, наличие индекса SHARE в диапазоне нормальных значений – группа SHAREн. Учитывая, что значения качества не удовлетворяют критериям нормального распределения здесь и далее для оценки статистической значимости использовали U-критерий Манна Уитни. Полученные результаты свидетельствуют о высокодостоверном снижении обоих компонентов качества жизни в группе больных со старческой астенией по индексу SHARE (см табл. 2 и рис. 2). Достоверных различий в качестве жизни между пациентами со старческой преастенией по индексу SHARE (группа SHARE ра) и пациентами других групп не выявлено.

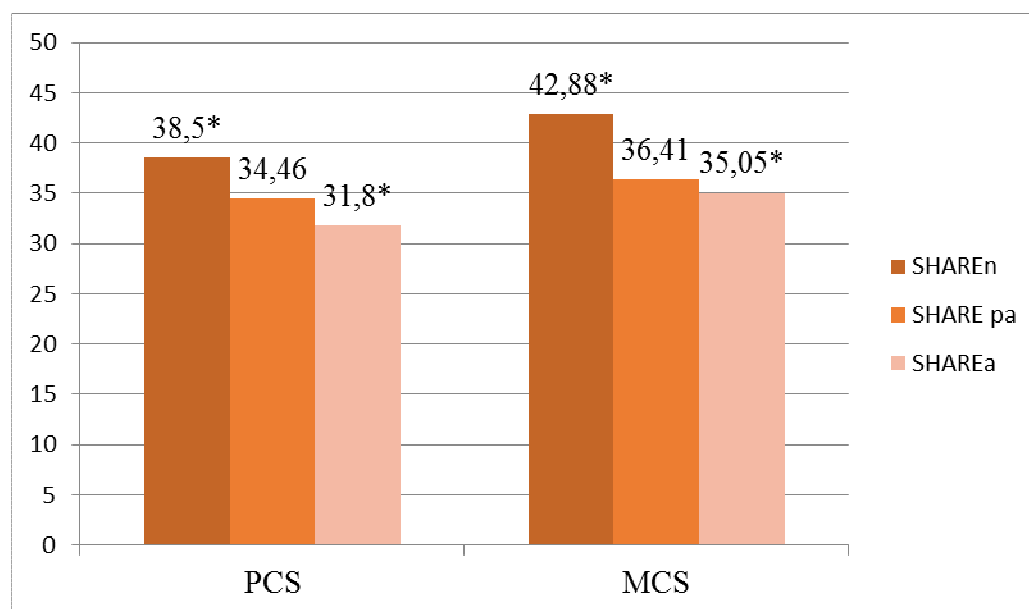
Таблица 1

Изменение качества жизни в зависимости от идентификации старческой астении по индексу SHARE

	PCS	MCS
SHARE n	38,5±6,72 * (U=36, Z скор = 2,78) P = 0,009	42,88±11,78 * (U=48, Z скор = 2,09) P = 0,036

SHARE a	31,8±7,38 *	35,05±10,17 *
SHARE pa	34,46±7,49 нд (p=0,21)	36,41±8,25 нд (p=0,24)

Примечания * - достоверность различий между группами SHARE a и SHARE n; Группы больных: SHARE n – пациенты с нормальными значениями индекса SHARE, SHARE a - пациенты с показателями индекса SHARE, соответствующими старческой астении, группа SHARE pa – пациенты с показателями SHARE, расцениваемыми как преастения.



Примечание к рисунку: * - разница достоверна.

Рис. 2. Зависимость качества жизни в зависимости от идентификации старческой астении по индексу SHARE

При оценке пациентов по индексу старческой астении по М. Hoover et al. было решено объединить пациентов со значениями ИСА, указывающими на старческую астению и преастению в одну группу – ИСАра/а, пациентов с нормальными значениями ИСА – в другую – ИСА n. Это было сделано так как получение достоверных различий слишком маловероятно при анализе 2 столь малочисленных выборок (8 и 3 человека соответственно в группе нормы и астении по ИСА). Полученные результаты убедительно свидетельствуют о достоверном ухудшении физического компонента качества жизни в группах пациентов с ИСА, свойственным пациентам с преастенией/астенией с отчетливой тенденцией к снижению и психического компонента здоровья, которая, однако, не достигает статистической значимости (см. табл. 3).

Таблица 3

Зависимость качества жизни в зависимости от идентификации старческой астении помощью индекса старческой астении по М. Hoover

Норма	38,5±6,72 #	42,88±11,78
ИСА а/ра	32,49±7,39 # (U=56, Z скор = 2,43) P = 0,015	35,42±9,62 нд (U=75,5, Z скор = 1,78) P = 0,076

- достоверность различий между ИСА а/ра и нормой.

Для наглядности и общего представления о вкладе самого заболевания в изменение качества жизни, оценили влияние ФК ХСН по NYHA на компоненты качества жизни. Получены следующие результаты: ФК ХСН по NYHA достоверно влияет на физический компонент здоровья, но не оказывает какого-либо влияния на психический компонент (см. табл. 4).

Таблица 4

Зависимость качества жизни больных ХСН 65 лет и старше от ФК ХСН

II ФК	39,4±7,18 *	42,18±8,58
III ФК	33,49±9,23 * (U=92, Z скор = -2,67) P = 0.008	34,12±14,11 нд (U=169,5, Z скор = 0,503) P = 0,614

Результаты

Индексы оценки старческой астении по-разному распределили больных в группы старческой астении и преастении. Причем разница представляется очень значительной – 21 пациент, отнесенный в группу старческой астении по индексу SHARE, оказывается в группе преастении при оценке с помощью ИСА по М. Hoover. Однако самым главным для нас представляется, что оба индекса отсекали в «нормальную» группу 8 одних и тех же пациентов.

Степень влияния на физическую составляющую качества жизни сопоставима у индекса SHARE и ФК NYHA и значительно слабее для ИСА по М. Hoover. Подобная связь вполне очевидна, т.к. индекс старческой астении является исключительно субъективным способом оценки, не включающим объективные тестирования. А индекс SHARE содержит кистевую динамометрию, как один из своих компонентов.

Значения ФК NYHA не оказывает какого-либо влияния на психический компонент здоровья. В этом отношении индекс SHARE и индекс старческой астении дают сопоставимые результаты, отмечая негативное влияние старческой астении на психологический компонент качества жизни. При этом индекс SHARE оказывается более чувствительным, а его взаимосвязь с психическим компонентом качества жизни является статистически высокодостоверной.

Выводы

Таким образом, анализируя полученные результаты, мы приходим к следующим выводам:

1. необходимость оценки старческой астении у пациентов с ХСН старших возрастных групп ввиду высокой ее распространенности в этой группе больных;
2. целесообразность использовать индекс SHARE для оценки качества жизни таких пациентов, как наиболее простой, наименее трудоемкий и самый показательный способ

отражения качества жизни таких пациентов, затрагивающий физический и психический компоненты качества жизни.

Список литературы

1. Зарудский А.А., Прощаев К. И. Старческая астения и сердечно-сосудистые болезни как факторы взаимоотношения. Современные проблемы науки и образования №1, 2014.
2. Ильницкий А. Н., Прощаев К. И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии. Журнал Геронтология, 2013, Т. 1, № 1
3. Теплякова О. В. Исследование качества жизни ликвидаторов аварии на ЧАЭС в отдаленном периоде. Медицинская психология, Т.8, март 2007.
4. Cleland JG, et al. PEP-CHF Investigators. The perindopril in elderly people with chronic heart failure (PEP-CHF) study. Eur Heart J. 2006 Oct;27(19):2338-45.
5. Swedberg K. et al. SHIFT Investigators. Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): a randomised placebo-controlled study. Lancet. 2010 Sep 11;376(9744):875-85.
6. Dariush Mozaffarian et al. AHA Statistical Update Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update. A Report From the American Heart Association Circulation.2015; 131: e29-e322.
7. Dodson JA, Chaudhry SI. Geriatric conditions in heart failure. Current cardiovascular risk reports. 2012;6(5):404-410.
8. Linda P. Fried et al .Nonlinear Multisystem Physiological Dysregulation Associated With Frailty in Older Women: Implications for Etiology and Treatment J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2009. Vol. 64A, No. 10, 1049–1057.
9. Melanie Hoover, Michelle Rotermann, Claudia Sanmartin and Julie Bernier. Validation of an index to estimate the prevalence of frailty among community-dwelling seniors. Health Reports, Vol. 24, no. 9, pp. 10-17, September 2013.
10. Romero-Ortuno R. et al. A frailty instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). BMC Geriatr. 2010 Aug 24;10:57.
11. Romero-Ortuno R. The Frailty Instrument for primary care of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe predicts mortality similarly to a frailty index based on comprehensive geriatric assessment. Geriatr Gerontol Int. 2013 Apr;13(2):497-504.
12. Romero-Ortuno R. The SHARE operationalized frailty phenotype: A comparison of two approaches. European Geriatric Medicine 4 (2013) 255–259.
13. T.E. Strandberg et al. Frailty in older people. European Geriatric Medicine 2 (2011) 344–355
14. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User`s Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.-1994.

15. Faiez Zannad et al. Eplerenone in Patients with Systolic Heart Failure and Mild Symptoms N Engl J Med 2011; 364:11-21 January 6, 2011.

Рецензенты:

Ильницкий А.Н., д.м.н., доцент зав. кафедрой гериатрии и антивозрастной медицины ФМБА России, г. Москва;

Перельгин К.В., д.м.н., старший научный сотрудник отдела клинической геронтологии, АНО «Геронтология», г. Москва.