

Абдуллаева К.Х.

Магистр кардиологии 1 степени

Узбекова Н.Р.

Доктор медицинских наук, доцент

кафедра факультетской терапии

Андижанский государственный медицинский институт

Андижан. Узбекистан

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА И СИМПТОМОМ БЕНДОПНОЭ

Резюме. Изучение качества жизни (КЖ) у пациентов с ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ и симптомом бендопноэ с разным уровнем потребления соли. Материалы и методы. В исследование были включены 66 пациентов. Основными симптомами ХСН были отеки в 54,5% случаев, одышка – в 77% случаев, асцит обнаружен только у 2 пациентов, увеличение печени – у 7 пациентов. Абдоминальное ожирение выявлено у 53 пациентов. Качество жизни оценивалось по опроснику SF-36, уровень потребления соли – по опроснику «Charlton: SaltScreener». В среднем время возникновения бендопноэ составляло $22,5 \pm 9,3$ сек., минимальное – 5 сек. Выявлено отсутствие влияния абдоминального ожирения на риск возникновения бендопноэ. По данным опросника SF-36, выявлено снижение показателей физического здоровья (медиана 31,3 балл [20,7; 42,3]) и психологического здоровья (средний балл $43,2 \pm 21,7$). Наличие симптома бендопноэ значительно снижает качество жизни пациентов с ХСН с сохраненной ФВ.

Ключевые слова: бендопноэ, сердечная недостаточность, одышка, качество жизни, сохраненная фракция выброса.

Abdullaeva K.Kh.
Master of Cardiology 1 degree
Uzbekova N.R.
Doctor of Medical Sciences, Associate Professor
department of faculty therapy
Andijan State Medical Institute
Andijan. Uzbekistan

**QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE
WITH A PRESERVED EFUCTION FRACTION AND SYMPTOM OF
BENDOPNEA**

Summary. The study of quality of life (QOL) in patients with CHF with preserved LV EF and a symptom of bendopnea with different levels of salt intake. Materials and methods. The study included 66 patients. The main symptoms of CHF were edema in 54.5% of cases, shortness of breath in 77% of cases, ascites was found only in 2 patients, liver enlargement in 7 patients. Abdominal obesity was detected in 53 patients. Quality of life was assessed using the SF-36 questionnaire, salt intake was assessed using the Charlton: SaltScreener questionnaire. On average, the time of occurrence of bendopnea was 22.5 ± 9.3 seconds, the minimum was 5 seconds. The absence of influence of abdominal obesity on the risk of bendopnea was revealed. According to the SF-36 questionnaire, there was a decrease in physical health (median 31.3 points [20.7; 42.3]) and psychological health (mean score 43.2 ± 21.7). The presence of the symptom of bendopnea significantly reduces the quality of life of patients with CHF with preserved EF.

Key words: bendopnea, heart failure, shortness of breath, quality of life, preserved ejection fraction.

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является важнейшей медико-социальной проблемой, относящейся к приоритетам национальных систем здравоохранения большинства стран мира. Одним из методов улучшения терапии пациентов с ХСН стали Программы лечения сердечной недостаточности (СН), важнейшей частью которых является обучение пациентов и активный амбулаторный контроль. Качество жизни и прогноз больных ХСН являются основными критериями эффективности таких программ. В настоящее время имеется не достаточно данных, подтверждающих эффективность терапевтического обучения и активного амбулаторного наблюдения, при длительном наблюдении за больными ХСН.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является клиническим синдромом, распространенность которого в популяции носит характер эпидемии. В США, по данным 2013 г., этот диагноз имели 5,1 млн пациентов, и ожидается, что частота заболевания вырастет на 25% к 2030 г. ХСН характеризуется тяжелым состоянием пациентов, приводит к снижению качества жизни, к инвалидности и смерти. Существует два морфофункциональных типа ХСН, критерием которых считают фракцию выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), — с низкой ФВ и сохраненной. Распространенность обоих типов ХСН увеличивается с возрастом, но ХСН с сохраненной ФВ (ХСНсФВ) является наиболее частой причиной госпитализации пациентов старше 65 лет и оценивается как основной тип в будущем.

В классификации Европейского общества кардиологов 2016 г. впервые выделена промежуточная форма ХСН, или ХСН среднего диапазона, с ФВ 40–49%. Ее объективные диагностические критерии: повышенные уровни натрийуретических пептидов (НУП), структурные и функциональные признаки поражения сердца (не отличаются от используемых при диагностике ХСНсФВ).

ХСНсФВ рассматривается как полиэтиологичный синдром, характеризующийся острым или хроническим повышением давления заполнения ЛЖ. Частота его в популяции примерно равна частоте ХСН со сниженной ФВ. Различий между клиническими проявлениями обсуждаемых типов ХСН не существует. Наиболее частыми и неспецифичными симптомами являются одышка и слабость при физической нагрузке (ФН). Пациенты с ХСНсФВ старше, одновременно страдают АГ, ожирением, сахарным диабетом и хронической болезнью почек (ХБП), среди них преобладают женщины.

Цель исследования. Изучение качества жизни (КЖ) у пациентов с ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ и симптомом бендопноэ с разным уровнем потребления соли.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 66 пациентов. Основными симптомами ХСН были отеки в 54,5% случаев, одышка – в 77% случаев, асцит обнаружен только у 2 пациентов, увеличение печени – у 7 пациентов. Абдоминальное ожирение выявлено у 53 пациентов. Качество жизни оценивалось по опроснику SF-36, уровень потребления соли – по опроснику «Charlton: SaltScreener».

Результаты исследования. В среднем время возникновения бендопноэ составляло $22,5 \pm 9,3$ сек., минимальное – 5 сек. Выявлено отсутствие влияния абдоминального ожирения на риск возникновения бендопноэ (относительный риск 1,18).

По данным опросника SF-36, выявлено снижение показателей физического здоровья (медиана 31,3 балл и психологического здоровья (средний балл $43,2 \pm 21,7$).

У пациентов с бендопноэ КЖ было снижено за счет как физического, так и психического здоровья, в отличие от пациентов без бендопноэ: физическое функционирование (PhysicalFunctioning – PF) $24,8 \pm 16,1$ против $47 \pm 28,9$ баллов, $p=0,001$; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-PhysicalFunctioning – RP), 0 против 37,5 баллов, $p=0,008$;

общее состояние здоровья (GeneralHealth – GH) $29,9 \pm 15,8$ против $50 \pm 14,2$ баллов, $p=0,0005$, социальное функционирование (SocialFunctioning – SF) 56 ± 38 против $78,9 \pm 17,8$ баллов; $p=0,004$. Многомерный регрессионный анализ позволил выявить взаимосвязь времени возникновения симптома бендопноэ от уровня потребления соли, физической и психологической активности ($r^2=0,25$; $p<0,009$).

Время возникновения симптома бендопноэ у пациентов с декомпенсацией ХСН оказалось достоверно выше ($18,9 \pm 8,7$ против $26,2 \pm 8,5$ сек, $p=0,003$). Наличие таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, ХОБЛ, ИБС, фибрилляция предсердий, цереброваскулярная болезнь достоверно не влияло на КЖ ($p>0,05$), тогда как наличие бронхиальной астмы или хронической болезни почек значительно снижало КЖ пациентов ($p<0,05$).

Вывод. Наличие симптома бендопноэ значимо снижает качество жизни пациентов с ХСН с сохраненной ФВ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Mareev V.Yu., Fomin I.V., Ageev F.T., Arutiunov G.P., Begrambekova Yu.L., Belenkov Yu.N. et al. Clinical guidelines. Chronic heart failure (CHF). Russian Heart Failure Journal. 2017;18 (1):3–40. [Russian: Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Беграмбекова Ю.Л., Беленков Ю.Н. и др. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Журнал Сердечная Недостаточность. 2017;18(1):3–40].

2. Ponikowski PA, Voors AD, Anker S, Bueno H, Cleland JGF, Coats A et al. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Russian Journal of Cardiology. 2017;22 (1):7–81. [Russian: Ponikowski PA, Voors AD, Anker S, Bueno H, Cleland JGF, Coats A et al. Рекомендации ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2016. Российский кардиологический журнал. 2017;22 (1) :7-81.].

3. Tibodeau JT, Turer AT, Gualano SK, Ayers CR, Velez-Martinez M, Mishkin JD et al. Characterization of a novel symptom of advanced heart failure: bendopnea. *JACC. Heart failure*. 2014;2(1):24–31.
4. Drazner MH, Hellkamp AS, Leier CV, Shah MR, Miller LW, Russell SD et al. Value of Clinician Assessment of Hemodynamics in Advanced Heart Failure: The ESCAPE Trial. *Circulation: Heart Failure*. 2008;1(3):170–7.
5. Berliner D, Hallbaum M, Bauersachs J. Current drug therapy for heart failure with reduced ejection fraction. *Herz*. 2018;43(5):383–91.
6. Huang J, Fang JB, Zhao YH. The Relationship Between Quality of Life and Psychological and Behavioral Factors in Patients With Heart Failure Following Cardiac Resynchronization Therapy. *Hu Li Za Zhi*. 2018;65(3):58–70.
7. McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*. 1993;31(3):247–63.
8. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992;30(6):473–83.
9. Charlton KE, Steyn K, Levit NS, Jonathan D, Zulu JV, Nel JH. Development and validation of a short questionnaire to assess sodium intake. *Public Health Nutrition*. 2008;11(01):83–94.
10. Ware JE. SF-36 health survey update. *Spine*. 2000;25(24):3130–9.
11. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. 2nd ed. – Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center; 100 p.
12. Erdes S, Erdes KS. SF-36 questionnaire and its utilization in rheumatoid arthritis. *Rheumatology Science and Practice*. 2003;43(2):47–52.
13. Hobson P, Bhowmick B, Meara J. Use of the SF-36 questionnaire in cerebrovascular disease. *Stroke*. 1997;28(2):464–5.

14. Martínez-Hernández LE, Segura-Méndez NH, Antonio-Ocampo A, Torres-Salazar A, Murillo-Gómez E. Validation of the SF-36 questionnaire in adults with asthma and allergic rhinitis in Mexican population. *Revista Medica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*. 2010;48(5):531–4.

15. Bousquet J, Knani J, Dhivert H, Richard A, Chicoye A, Ware JE et al. Quality of life in asthma. I. Internal consistency and validity of the SF-36 questionnaire. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 1994;149(2):371–5.

16. Carvalho MAN, Silva IBS, Ramos SBP, Coelho LF, Gonçalves ID, Figueiredo Neto JA de. Quality of life of hypertensive patients and comparison of two instruments of HRQOL measure. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia*. 2012;98(5):442–51.