

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Изучены показатели качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2 типа, осложненным синдромом диабетической стопы с применением опросника SF-36. Качество жизни больных хронической сердечной недостаточностью снижено в большей степени за счет психологического компонента, тогда как больных с синдромом диабетической стопы – вследствие ограничения физической активности.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, синдром диабетической стопы, качество жизни.

Оценка качества жизни (КЖ) больных с хронической сердечной недостаточностью и деструктивными формами синдрома диабетической стопы актуальна в современной клинике внутренних болезней в связи со сложностями лечения этой категории пациентов. Практикующие врачи обращают внимание прежде всего на клинические и метаболические показатели, упуская психосоциальные аспекты болезни. Для пациента же подчас более важно ощущение жизненного благополучия, нежели продление жизни.

Сочетание сахарного диабета (СД) 2 типа и хронической сердечной недостаточности (ХСН) не только широко распространено, но и характеризуется неблагоприятным прогнозом. Почти 40% больных СД 2 типа умирают в течение 1 года после первой госпитализации по поводу ХСН [1]. Синдром диабетической стопы (СДС) является одной из основных причин ухудшения КЖ людей, больных сахарным диабетом, ведет к ранней инвалидизации и огромным экономическим затратам на лечение и медико-социальную реабилитацию. Ампутации нижних конечностей у данной группы пациентов производятся в 15 раз чаще, чем у остального населения. При этом пери- и послеоперационная летальность при ампутациях «выше колена» достигает 40–68% в течение первых 5 лет [2]. В настоящее время становятся все более распространенными органосохраняющие операции при осложненных формах СДС [3], [4]. Поддержание жизни этой категории больных связано с длительными, частыми госпитализациями, тяжелыми лечебными и диагностическими мероприятиями, ограничением физической активности, и чувство удовлетворения жизнью,

как правило, отсутствует. Поэтому лечение таких пациентов имеет гораздо большее значение для улучшения качества жизни, нежели для предупреждения смерти [5]. Кроме того, динамическая оценка КЖ позволяет не только охарактеризовать все сферы жизнедеятельности больного, но и в комплексе с лабораторными и инструментальными данными оценить эффективность проводимой терапии [6].

Целью исследования явилось изучения качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2 типа, осложненным синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы

В исследование включены 53 пациента обоего пола в возрасте 55–70 лет с ХСН I-IIА стадии, находившихся на лечении в хирургическом и терапевтическом отделениях НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Оренбург ОАО «РЖД». Первую группу составили 14 больных с ХСН и СД 2 типа, осложненным СДС I-IV ст. по Wagner, вторую – 23 пациента с ХСН и СД 2 типа без СДС. В третьей группе представлены 16 больных с ХСН без диабета. Все пациенты рандомизированы с учетом стадии ХСН (Классификация ОССН, 2009) и глубины поражения стопы по классификации Wagner (Wagner F.M., 1979). Функциональный класс ХСН определялся согласно шкале оценки клинических состояний В.Ю.Марева (2000 г.). Характеристика групп сравнения представлена в табл. 1.

Критериями исключения явились: СН IБ-III ст., СДС V ст. по Wagner, выраженное орга-

ническое поражение ЦНС, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе, ампутация нижней конечности в анамнезе, ожирение 3 степени (ИМТ < 40 кг/м²), анемия средней и тяжелой степени (гемоглобин < 90 г/л), выраженное нарушение функции печени и почек, наличие онкологического заболевания, не синусовый ритм, прием психотропных препаратов.

Оценка качества жизни проводилась при помощи опросника SF-36 (Ware J.E. et al., 1993) с характеристикой психического и физического компонентов здоровья. Общий показатель физического компонента здоровья (PH) составляли следующие шкалы: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH). Психологический компонент здоровья (MH) оценивали с помощью следующих шкал: жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), психическое здоровье (MH). Показатели каждой шкалы варьировали от 0 до 100 баллов, где 100 представляло полное здоровье. Более высокая оценка указывала на более высокий уровень качества жизни.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием непараметрических методов (критерий Вилкоксона-Манна-Уитни с поправкой Йейтса), вычисления - с помощью программы «STATISTICA 7.0». Достоверными считались только те значения, вероятность ошибки которых меньше 5 % (p<0,05).

Результаты и их обсуждение

Общий показатель физического компонента здоровья шкалы оценки качества жизни оказался низким во всех группах (табл. 2). Само по себе наличие хронической сердечной недостаточности значительно ухудшало качество жизни пациентов. В группе больных с ХСН сниже-

ние количества баллов шкалы физического компонента здоровья обусловлено в большей степени снижением общей оценки больными состояния своего здоровья и интенсивностью болевого синдрома, и в меньшей – за счет ограничения физических нагрузок и выполнения ежедневных мероприятий. Во второй группе по сравнению с больными ХСН качество жизни достоверно не отличалось, однако имелась тенденция к снижению баллов по шкале «физическое функционирование», вследствие затруднения выполнения физических нагрузок, вероятно, из-за развития при диабете полинейропатии, энцефалопатии. Что касается больных с СДС, то в этой группе наблюдалась самая низкая оценка физической составляющей качества жизни - 36,8±1,5 балла (p1-2<0,05, p1-3<0,002). Связано это с длительно протекающим деструктивным процессом на стопе, невозможностью опоры на пораженную конечность, проведением оперативного вмешательства, ежедневных перевязок, страхом ампутации конечности. Интенсивность боли в первой группе была наиболее высокой (42,5±2,7 балла по шкале «интенсивность боли», p1-3<0,001). В большей степени по сравнению с другими группами ограничены физические нагрузки (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска предметов и т. п.) – у пациентов первой группы отмечен самый низкий балл по шкале «физическое функционирование» (40,0±6,18, p1-2<0,01, p1-3<0,005). Низкий балл по шкале «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» свидетельствовало и об ограничении выполнения повседневных обязанностей (41,7±5,27 балла, p1-2<0,02). Обратил на себя внимание тот факт, что пациенты с СДС выше других пациентов оценивали общее состояние своего здоровья. С одной стороны, это может быть следствием радикального лечения длительно протекающего деструктивного процесса на стопе и надежды на улучшение состояния

Таблица 1. Характеристика больных в группах сравнения

Показатель	I группа (n=14)	II группа (n=23)	III группа (n=16)
Возраст, годы	62,8±1,1	61,7±1,3	60,6±0,9
Женщины/мужчины, %	50/50	65/35	50/50
ИМТ, кг/м ²	28,8±1,2	31,9±1,1	30,0±1,4
ШОКС ХСН, баллы	2,91±0,46	2,43±0,3	2,47±0,4

здоровья. С другой стороны, обусловлено более низкими социальными и индивидуальными требованиями к состоянию здоровья и уровню функционирования в пожилом возрасте. Кроме того, качество жизни может улучшаться с увеличением длительности заболевания, если адаптация к симптомам, режиму лечения, функциональным ограничениям превышает негативное влияние прогрессирования заболевания.

Общий показатель психологического компонента здоровья оказался низким во всех группах, достоверных различий между группами сравнения не выявлено (табл. 2). Снижены показатели по шкале «психическое здоровье», характеризующие наличие депрессии, тревоги, уменьшение положительных эмоций. В группе больных с ХСН отмечены низкие показатели по шкале «ролевое функционирование», обусловленное эмоциональным состоянием», свидетельствующие о негативном влия-

нии сниженного эмоционального фона на выполнение повседневной работы. Кроме того, больные ХСН значительно ограничивали круг своих социальных контактов вследствие психологической дезадаптации (61,5±3,6 балла по шкале «социальное функционирование», $p_{1-3} < 0,001$).

В группе больных с СДС отмечен самый низкий показатель по шкале «жизненная активность» – 53,8±3,2 балла ($p_{1-3} < 0,005$), что свидетельствовало об утомлении пациентов, отсутствии сил и энергии. Однако в этой группе наблюдалось значительное расширение социальных контактов, повышение уровня общения: 87,5±3,8 балла по шкале «социальное функционирование» ($p_{1-3} < 0,001$, $p_{1-2} < 0,05$). По нашему мнению, расширение круга общения у пациентов с СДС связано с возрастающей зависимостью их от помощи родственников, соседей, медицинского персонала.

Таблица 2. Показатели качества жизни в группах сравнения

Показатель КЖ	I группа	II группа	III группа	P
PF	40,0±6,18	62,6±4,1	71,6±4,2	$p_{1-2} < 0,01$ $p_{1-3} < 0,005$ $p_{2-3} > 0,2$
RP	41,7±5,3	76,9±7,2	67,9±13	$p_{1-2} < 0,02$ $p_{1-3} > 0,2$ $p_{2-3} > 0,5$
BP	42,5±2,7	49,9±3,8	52,5±3,4	$p_{1-3} < 0,001$ $p_{1-2} > 0,2$ $p_{2-3} > 0,5$
GH	61,9±3,77	54,0±4,1	55,0±3,34	$p_{1-2} > 0,1$ $p_{1-3} > 0,2$ $p_{2-3} > 0,5$
PH	36,8±1,5	42,7±2,0	41,5±2,3	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{1-3} < 0,002$ $p_{2-3} > 0,5$
VT	53,8±3,2	57,2±4,8	60,0±5,4	$p_{1-2} > 0,2$ $p_{1-3} < 0,005$ $p_{2-3} > 0,5$
SF	87,5±3,8	69,6±3,1	61,5±3,6	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} > 0,1$
RE	55,6±7,0	56,5±5,4	40,0±6,7	$p_{1-3} > 0,05$ $p_{1-2} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$
MH	67,3±3,9	60,7±3,4	69,5±5,9	$p_{1-2} > 0,5$ $p_{1-3} > 0,5$ $p_{2-3} > 0,2$
MH	46,5±2,6	48,2±2,2	40,7±3,0	$p_{1-2} > 0,5$ $p_{1-3} > 0,1$ $p_{2-3} > 0,05$

Таким образом, анкетирование пациентов с ХСН, сахарным диабетом 2 типа и синдромом диабетической стопы показало ухудшение и физической, и психологической составляющей их качества жизни. Больные ХСН в значительной мере ограничивали социальные контакты и повседневную деятельность вследствие ухудшения эмоционального состояния. Пациенты с сахарным диабетом, и особенно с деструктивными формами синдрома диабетической стопы, были ограничены в выполнении ежедневных мероприятий вследствие прогрессирующей нейропатии и патологического процесса на стопе. Однако показатель психологического здоровья в этих группах превышал таковой у больных с ХСН, вероятно, в результате адаптации к длительному лечению, функциональным ограничениям и более низким требованиям к состоянию своего здоровья.

Выводы

1. Наличие хронической сердечной недостаточности само по себе значительно снижает качество жизни пациентов, приводя к социальной дезадаптации, ограничению круга общения вследствие ухудшения эмоционального состояния.

2. Наличие сахарного диабета приводит к ограничению выполнения физических нагрузок, не изменяя достоверно качества жизни пациентов.

3. У большинства пациентов с гнойно-некротическими осложнениями на стопе снижение качества жизни происходит в основном за счет физического компонента (ограничение повседневной двигательной активности, выраженный болевой синдром).

4. Оценка качества жизни больных ХСН и СДС, а также коррекция психических расстройств является неотъемлемой частью лечебной тактики данной категории пациентов.

28.04.2014

Список литературы:

1. Стронгин А.Г., Починка И.Г. Особенности хронической сердечной недостаточности у больных сахарным диабетом 2 типа / А.Г. Стронгин, И.Г. Починка // Кардиология. – 2005. - №2. – С. 33-36.
2. Дедов И.И. Сахарный диабет: развитие технологий в диагностике, лечении и профилактике (плерная лекция)// Сахарный диабет, 2010. - №3. – С.6-13.
3. Галстян Г.Р. Синдром диабетической стопы //Новый мед.журн. – 1998. - №3. – С. 2-69.
4. Международное соглашение по диабетической стопе. – М.,2000. – 97с.
5. Либис Р.А. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. – Дисс. ...докт.мед.наук. – Оренбург, 1998. – С. 4.
6. Бердникова Л.В. Качество жизни и тревожно-депрессивные расстройства у больных бронхиальной астмой в сочетании с артериальной гипертензией. – Дисс. ...канд.мед.наук. – Нижний Новгород, 2012. – С. 3.

Сведения об авторах:

Сивожелезова Ольга Константиновна, аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней Оренбургской государственной медицинской академии, e-mail: siv.olga@mail.ru

Иванов Константин Михайлович, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Оренбургской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор

460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6, тел.: (3532) 745093