

CZU 616.12-008.46-06:616.61

EVALUAREA CALITĂȚII VIEȚII LA PACIENȚII CU INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ CU FRAȚIE DE EJEȚIE SCĂZUTĂ

Elena BIVOL,

IP USMF Nicolae Testemițanu,
Departamentul Medicină Internă

Rezumat

Potrivit datelor din literatura de specialitate, evaluarea calității vieții în insuficiența cardiacă a devenit un instrument relevant pentru definirea prognosticului bolii și a eficienței intervenției terapeutice. Scopul studiului realizat a fost evaluarea calității vieții la pacienții cu insuficiență cardiacă cu fracție de ejeție scăzută. Am examinat 146 de pacienți cu insuficiență cardiacă, cu fracția de ejeție <50%, distribuiți în trei grupuri în funcție de clasa funcțională (CF) NYHA. Calitatea vieții a fost apreciată conform chestionarului de forma scurtă cu 36 de întrebări – Short Form-36 (SF-36). În studiul nostru, exceptând scorul sănătății mentale, toate celelalte șapte scoruri au fost mai scăzute în grupul pacienților cu insuficiență cardiacă avansată. Este de remarcă că scorul SF-36 pentru pacienții cu IC CF IV NYHA a fost cert mai mic comparativ cu pacienții cu IC CF II NYHA, ilustrând o calitate a vieții mai joasă. Calitatea vieții este afectată la toți bolnavii cu insuficiență cardiacă și este influențată preponderent de gradul afectării cardiovasculare.

Cuvinte-cheie: calitate a vieții, insuficiență cardiacă

Summary

Quality of life assessment in heart failure patients with reduced ejection fraction

According to literature data, the quality of life assessment in heart failure has become a valuable tool in defining the

prognosis and therapeutic. The purpose of the study was to evaluate the quality of life in heart failure patients with reduced ejection fraction. We examined 146 heart failure patients, with an ejection fraction <50%, distributed into 3 groups depending on NYHA functional class. Quality of life assessed through the MOS SF 36-Medical Outcome Study-Short Form 36 instrument. In our study, excepting the mental health score, all seven other scores were lower for the group of patients with advanced heart failure. SF-36 score for heart failure patients FC IV NYHA was certainly lower compared to patients with FC II NYHA, suggesting lower quality of life. The quality of life is reduced in all heart failure patients and predominantly, is influenced by the degree of cardiovascular damage.

Keywords: quality of life, heart failure

Резюме

Оценка качества жизни пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса

Согласно литературе, оценка качества жизни при сердечной недостаточности стала важным инструментом в определении прогноза болезни и эффективности терапевтического вмешательства. Целью исследования было оценить качество жизни пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса. Мы исследовали 146 пациентов с сердечной недостаточностью с фракцией выброса <50%. Пациенты были распределены на 3 группы в соответствии с функциональным классом NYHA (ФК). Для определения качества жизни была использована краткая анкета – MOS SF-36. В нашем исследовании, за исключением оценки психического здоровья, все другие параметры были ниже для группы пациентов с прогрессирующей сердечной недостаточностью. Следует отметить, что оценка SF-36 у пациентов с ХСН ФК IV NYHA была, безусловно, ниже по сравнению с больными с ХСН ФК II NYHA, что иллюстрирует более низкое качество жизни. Качество жизни поражается у всех пациентов с сердечной недостаточностью и в основном зависит от степени сердечнососудистого повреждения.

Ключевые слова: качество жизни, сердечная недостаточность

Introducere

Progresul științific în domeniul medicinei a cunoscut o mare ascensiune în ultimii ani, atât ca posibilități de diagnostic, cât și în privința terapiei. Acest lucru s-a datorat și dezvoltării tacticilor noi de tratament, produselor farmaceutice noi, dar și diagnosticului timpuriu prin biomarkeri specifici. Însă, în cazul oricărei inovații, se impune aprecierea eficacității terapeutice, de diagnostic sau prognostic. În cardiologie, elementele monitorizate în mod tradițional sunt: mortalitatea, morbiditatea, parametrii clinici sau rata de respitalizare. În ultima perioadă însă, se acordă o atenție sporită parametrilor per-

cepuți de pacient – calitatea vieții, nivelul de stres, gradul de satisfacție sau de stare bună.

În general, calitatea vieții bolnavilor suferinzi de afecțiuni cronice a fost și rămâne subiect de cercetare interdisciplinară (medicală, psihologică, socială, socioeconomică etc.) la nivel mondial. S-au efectuat sau sunt în curs de desfășurare studii internaționale privind calitatea vieții bolnavilor oncologici, cardiovasculari, neurologici, a celor cu suferințe psihice, rezultatele studiilor fiind aplicate în practica medicală curentă, având ca rezultat îmbunătățirea evidentă a calității vieții acestor categorii de pacienți. Problema calității vieții bolnavilor suferinzi de afecțiuni cronice, constituie una dintre problemele serioase de sănătate publică. Importanța acestei probleme este determinată atât de numărul mare de bolnavi aflați în această stare de boală cronică, cu durată de luni, ani sau zeci de ani, de implicațiile sociale comunitare, familiale, cât și de cheltuielile ridicate de îngrijire a acestor pacienți.

Potrivit datelor din literatură, evaluarea calității vieții în insuficiența cardiacă (IC) a devenit un instrument important în definirea prognosticului bolii și a eficienței intervenției terapeutice [1, 2]. În ultimul deceniu au fost efectuate mai multe studii privind calitatea vieții pacienților cu IC, care au recunoscut importanța evaluării bolii nu doar din punct de vedere biologic, ci și psihosocial. Un studiu al literaturii identifică peste 150 de instrumente pentru aprecierea calității vieții [1, 3].

Pentru evaluarea calității vieții am utilizat instrumente validate. S-a optat pentru alegerea unui instrument generic cum este *SF-36*, din considerenul că acesta a fost validat pentru folosirea pe larg în studiile internaționale pentru o gamă variată de afecțiuni.

Scopul studiului efectuat a fost evaluarea calității vieții la pacienții cu insuficiență cardiacă cu fracție de ejeție scăzută.

Material și metode

Pentru realizarea scopului și a obiectivelor studiului a fost selectat un lot de 146 de pacienți cu insuficiență cardiacă, cu fracția de ejeție <50%, internați consecutiv în secțiile de cardiologie ale SCM *Sfânta Treime*, în perioada 1 ianuarie 2016 – 31 decembrie 2017.

Pacienții au fost divizați în trei grupuri în funcție de clasa funcțională (CF) NYHA.

- Primul lot cuprinde 29 de pacienți cu insuficiență cardiacă IC CF II NYHA, cu vârste cuprinse între 50 și 83 de ani, cu vechime a afectării cardiovasculare între 1 și 43 de ani.

- Al doilea lot este format din 89 de pacienți cu insuficiență cardiacă CF III NYHA, cu vârste cuprinse între 34 și 83 de ani, cu vechime a afectării cardiovasculare între 1 și 40 de ani.

- Al treilea lot cuprinde 28 de pacienți cu insuficiență cardiacă CF IV NYHA, cu vârste cuprinse între 45 și 85 de ani, cu vechime a afectării cardiovasculare între 1 și 25 de ani.

Metodologia de cercetare a constat în aplicarea instrumentului generic *MOS SF 36* (Medical Outcome Study-Short Form 36), test clasic de măsurare a calității vieții pacienților cu boli cronice din cele trei loturi de cercetare.

Într-un studiu realizat de Garratt, Schmidt, Mackintosh și Fitzpatrick (2002) pe un număr de 3921 de cercetări privind instrumentele de evaluare a QoL (calitatea vieții) în boala cronică, publicate în perioada 1990–2000, s-a evidențiat faptul că *SF-36* este pe o poziție net superioară comparativ cu celelalte instrumente generice utilizate în evaluarea QoL în boala cronică (tabelul 1).

Tabelul 1

Instrumentele de evaluare a QoL (din 3921 de cercetări, 1990–2000)

SF-36	408
Sickness Impact Profile	111
Nottingham Health Profile	93
EORTIC QLQ-C30	82
QALY	79
EuroQoL	77
Health Assessment Questionnaire	62
Quality of Wellbeing Scale	53
Health Utilities Index	41
WHOQOL	24
Healthy Years Equivalent	24

Tratamentul performant al insuficienței cardiace a contribuit la ameliorarea supraviețuirii și a calității vieții. Cu toate acestea, nivelul sănătății legat de calitatea vieții este mult mai scăzut la acești pacienți decât în populația generală.

Studiul *SF-36* ne ajută să identificăm modalitățile de ameliorare a stării de bine și să identificăm strategii pentru a preveni rezultatele negative [10]. Răspunsurile pacienților la testul *SF-36* au fost utilizate pentru a determina valoarea componentei mentale de sinteză (MCS) și a componentei fizice de sinteză (PCS). Pentru toate scalele studiate, punctajul a fost de la 0 la 100. Scorurile mari indică starea de mai bine, ameliorarea funcției fizice sau mentale, sau o mai bună calitate a vieții pacientului. Rezumatul scalelor are aceeași interpretare, dar nu acoperă întreaga gamă de la 0 la 100.

Tabelul 2

Evaluarea calității vieții la pacienții cu IC prin subscale

Indicii evaluați	IC II NYHA	IC III NYHA	IC IV NYHA	
Număr	29	89	28	
Bărbați/femei	18/11	49/40	20/8	
Vârsta, ani	65.68±1.74	65.05±1.07	64.75±1.8	
FE, %	43.49±1.1	40.18±0.78	37±1.57	
NT pro-BNP, pg/mL	2752.97±778.7	4473.15±623.99	5108.34±1321.13	
Durata spitalizării, zile	10.79±0.75	11.86±0.57	12.9±1.39	
Durere	5.2±0.34	5.59±0.21	5.7±0.4	
SF-36	Funcția fizică	14.82±3.15	11.4±41.26	7.4±2.09
	Rol limitări fizice	28.57±7.12	20.23±3.26	12.2±27.71
	Rol limitări emoționale	48.8±7.76	36.11±4.34	23.5±6.12
	Vitalitatea	17.5±2.76	17.38±1.81	14.44±2.79
	Sănătatea mentală	47.42±2.38	53.47±1.68	53.48±2.23
	Funcția socială	30.83±4.47	30.97±2.67	17.62±4.79
	Durerea fizică	24.92±3.42	26.89±2.13	12.68±2.74
	Sănătatea generală	21.78±3.58	18.75±2.07	11.85±2.51
Modificări la 1 an	10.71±2.7	14.75±2.1	5.55±2.43	

Discuții

Lucrarea de față reprezintă o nouă abordare a domeniului calității vieții la o categorie de pacienți tot mai numeroasă, și anume cei cu insuficiență cardiacă cronică.

Chestionarul SF-36 utilizează opt scale: funcția fizică, funcția socială, rolul fizic și emoțional, sănătatea mentală, vitalitatea, durerea somatică, starea generală de sănătate. SF-36 health survey este un scor complet pentru evaluarea calității vieții pacienților cu insuficiență cardiacă. Analizând rezultatele, conform răspunsurilor pacienților s-a determinat că valoarea medie a activității fizice efectuate de bolnavii cu IC CF IV NYHA (grupul III), cum ar fi posibilitatea autoservirii, mersul la distanță de 500 metri, a fost de 7.4±2.09, pe când în grupul II (IC CF III NYHA) și grupul I acest indice a fost de 11.4±41.26 și, respectiv, 14.82±3.15, astfel determinând o diferență statistic semnificativă ($p<0,001$), date confirmate și de alte studii [2, 5].

Valoarea medie a activității fizice efectuate conform Scalei funcției fizice a fost semnificativ dependentă de nivelul peptidului natriuretic cerebral și fracția de ejeție a ventriculului stâng, însă nu au fost influențate de vârsta pacientului. Scala rolul fizic cuprinde itemi ale căror scoruri scot în evidență dacă se produce reducerea timpului de muncă, dacă există limitări ale naturii muncii sau dacă activitățile zilnice se produc cu dificultate, determinând că o parte din persoane au redus numărul de activități și au limitat natura muncii lor. Scala durere somatică cuprinde întrebări ce deter-

Examinarea generală a inclus: datele sociodemografice, examenul clinic, antropometria, hemograma, peptidul natriuretic cerebral (NT pro-BNP), ecocardiografia. Intensitatea durerii a fost determinată prin scala analoagă vizuală (VAS), de la 0 la 10 cm.

Rezultate obținute

În tabelul 2 se observă că din 146 de pacienți incluși în studiu, 29 au avut IC CF II NYHA, 89 – IC CF III NYHA, 28 – IC CF IV NYHA. Distribuția pe sexe în grupuri a fost B/F = 18/11 în IC CF II NYHA, 49/40 în IC CF III NYHA și 20/8 la pacienții cu IC CF IV NYHA. Vârsta medie înregistrată a fost de 65 de ani. Frația de ejeție în grupuri a fost 43.49±1.1%; 40.18±0.78% și 37±1.57% respectiv.

Valorile NT pro-BNP au fost: 2752.97±778.7 pg/mL în IC CF II NYHA, 4473.15±623.99 pg/mL în IC CF III NYHA și 5108.34±1321.13 pg/mL în IC CF IV NYHA. Durata spitalizării pacienților cu IC CF II NYHA a fost de 10.79±0.75 zile; 11.86 ± 0.57 zile în cazul IC CF II NYHA și 12.9±1.39 zile în IC CF IV NYHA. Nivelul durerii, conform scării analoage vizuale a fost: 5.2±0.34; 5.59±0.21 și 5.7±0.4 respectiv.

La evaluarea rezultatelor chestionarului SF-36 am obținut: scorul funcționalității fizice pentru pacienții IC II NYHA, IC III NYHA, IC IV NYHA a fost, respectiv, 14.82± 3.15; 11.4±41.26 și 7.4±2.09. Scorul limitării fizice pentru cele trei grupuri a fost 28.57±7.12; 20.23±3.26 și 12.2±27.71 respectiv. Influența limitării emoționale a fost de 48.8±7.76 pentru pacienții IC II NYHA; 36.11±4.34 în IC III NYHA și 23.5±6.12 în IC IV NYHA.

Nivelul vitalității în grupuri a fost de 17.5± 2.76; 17.38±1.81 și 14.44±2.79 în IC CF IV NYHA. La evaluarea sănătății mentale am obținut un scor de 47.42±2.38 pentru IC CF II NYHA; 53.47±1.68 și 53.48±2.23 pentru pacienții IC clasele funcționale III și IV.

Funcția socială în cele trei grupuri a fost 30.83±4.47; 30.97±2.67 și 17.62±4.79 respectiv. Scorul durerii fizice, conform chestionarului SF-36, a fost 24.92±3.42; 26.89±2.13; 12.68±2.74 pentru pacienții cu IC CF II NYHA, IC CF III NYHA, IC CF IV NYHA.

Nivelul sănătății generale înregistrat a fost de 21.78±3.58; 18.75±2.07 și 11.85±2.51 respectiv. Gradul modificării stării generale pe parcursul ultimului an a fost egal cu 10.71±2.7 pentru pacienții IC CF II NYHA, 14.75±2.1 pentru IC CF III NYHA și 5.55±2.43 pentru IC CF IV NYHA.

mină dacă durerile somatice și-au schimbat durata de acțiune asupra persoanelor din lotul de studiu și le-a afectat activitățile – a fost mai scăzut în grupul III și similar la pacienți cu IC CF II și III. *Scala sănătate generală*, adică aprecierea propriei sănătăți de către persoanele din lotul de studiu, a arătat: 70% consideră că sănătatea lor generală este mediocră. Niciun pacient nu percepe sănătatea sa generală ca *foarte bună*. *Scala de vitalitate* ne arată că vitalitatea și energia sunt rareori sau niciodată resimțite de către pacienții cu insuficiență cardiacă, predominând oboseala sau extenuarea. *Scala funcției sociale* demonstrează că starea de sănătate fizică sau problemele emoționale au afectat activitățile sociale obișnuite în familie, cu prietenii, vecinii, iar pe parcursul ultimelor patru săptămâni, au existat momente în care starea de sănătate fizică sau emoțională a afectat activitățile sociale (cum ar fi vizitarea prietenilor, rudelor). *Scorurile sănătății generale, al funcționalității sociale și emoționale* au fost mai bune în grupul pacienților cu IC CF II și III, comparativ cu pacienții mai gravi din IC CF IV NYHA. Reducerea activității și neatenția la bolnavii grupului I a înregistrat valori medii de 48.8 ± 7.76 , de 36.11 ± 4.34 în grupul II și 23.5 ± 6.12 , determinând o diferență statistic semnificativă ($p < 0,001$). Huber, Alonso et al. susțin că afectarea emoțională este nu doar o caracteristică a patologiei în sine, dar și o caracteristică populațională, a nivelului de viață și a stării de bine, fiind semnificativ mai importantă în țările Europei de Est [2, 7]. Scorurile sănătății generale au fost scăzute pentru cele trei grupuri, dar mai evident la pacienții cu IC CF IV NYHA. *Scala sănătate mentală: „uneori”* – a fost răspunsul majoritar, iar o bună parte din timp, pacienții sunt depresivi în acest sens, mai ales cei din primul și al doilea lot de studiu.

Se observă că rolul fizic nu influențează sănătatea mentală, deoarece nu există un coeficient de corelație strânsă între acești parametri, comparativ cu celelalte scale.

În studiul nostru, exceptând scorul sănătății mentale, toate celelalte opt scoruri au fost mai scăzute pentru grupul pacienților cu insuficiență cardiacă avansată. Este de remarcat că scorul SF-36 pentru pacienții cu IC CF IV NYHA a fost cert mai mic, comparativ cu bolnavii cu IC CF II NYHA, ilustrând o calitate a vieții mai joasă.

Numeroase studii au raportat nivele diferite de sensibilitate a instrumentelor de apreciere a calității vieții la pacienții cu patologie cardiovasculară [3, 6]. Deși aceste studii au utilizat, în general, instrumente similare, este dificilă compararea rezultatelor, deoarece studiile au fost axate pe populații cu diferite patologii cardiovasculare sau au fost folosite pentru evaluarea unor tactici sau intervenții specifice [7].

Rezultatele studiilor medicale, tehnice, chimice, biochimice și farmacologice din domeniile de cercetare a patologiei cardiace sunt frecvent implementate pentru îmbunătățirea parametrilor psihofizici, sociali, familiari ai acestor pacienți. În acest context, și calitatea vieții pacienților cardiaci ce se află sub tratament de lungă durată, cu un grad înalt de invalidizare, constituie un domeniu prioritar al asistenței medicale specifice și a celei medico-sociale și psihologice, atât la nivel mondial, cât și la nivel național. Creșterea nivelului de viață, în general, și al vieții zilnice se poate atinge nu doar prin măsuri terapeutice complexe (farmacologice), ci și prin măsuri organizatorice, sociale (îmbunătățirea habitatului), familiale sau comunitare.

Concluzii

1. Insuficiența cardiacă cu fracție de ejeție scăzută influențează semnificativ statutul psihoemoțional și fizic al pacientului, având un impact solitar major în dereglările fizico-motorii.

2. Dereglările fizico-motorii sunt mai exprimate la pacienții cu insuficiență cardiacă avansată.

3. Calitatea vieții este afectată la toți pacienții cu insuficiență cardiacă și este influențată preponderent de gradul afectării cardiovasculare.

Bibliografie

1. Anker S.D., Agewall S., Borggrefe M., et al. *The importance of patient-reported outcomes: A call for their comprehensive integration in cardiovascular clinical trials*. In: European Heart Journal, 2014, nr. 35, p. 2001–2009.
2. Alonso J., Ferrer M., Gandek B., et al. *Healthrelated quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project*. In: Quality of Life Research, 2004, nr. 13, p. 283–298.
3. Gill T.M., Feinstein A.R. *A critical appraisal of the quality of quality of life measures*. In: JAMA, 1994, nr. 272, p. 619–626.
4. WHO. *World Health Report 1997*.
5. Rumsfeld J.S., Alexander K.P., Goff D.C., et al. *Cardiovascular health: The importance of measuring patient-reported health status*. In: Circulation, 2013, nr. 127, p. 2233–2249.
6. Cella D., Nowinski C.J. *Measuring quality of life in chronic illness: the functional assessment of chronic illness therapy measurement system*. In: Arch. Phys. Med. Rehabil., 2002, nr. 83, p. 10–17.
7. Huber A., Oldridge N. *International SF-36 reference values in patients with ischemic heart disease*. In: Qual. Life Res., 2016, nr. 25, p. 2787–2798. DOI 10.1007/s11136-016-1316-4

Elena Bivol, doctorandă,
disciplina *Cardiologie*,
Departamentul *Medicină Internă*,
IP USMF *Nicolae Testemițanu*,
tel. 069152453, e-mail: bivol.e@gmail.com