

Co warto wiedzieć o jakości życia pacjentów z chorobą wieńcową?

Arkadiusz Pietrasik i Krzysztof Filipiak

I Klinika i Katedra Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie

Streszczenie

Według danych epidemiologicznych w 2003 r. liczba zgonów w Polsce wyniosła 365,9 tys. osób, przy czym blisko połowę stanowiły zgony z powodu schorzeń układu sercowo-naczyniowego. Nakłady finansowe związane z chorobami układu sercowo-naczyniowego w 2003 r. w krajach Unii Europejskiej kształtowały się na poziomie 169 mld euro. Zgodnie z europejskimi i polskimi wytycznymi, celem skutecznego leczenia pacjentów z chorobą wieńcową jest redukcja śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych poprzez prewencję zawału serca oraz poprawa jakości życia poprzez polepszenie tolerancji wysiłku oraz zapobieganie występowaniu dolegliwości dławicowych. Wskaźniki jakości życia pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową przyjmują zdecydowanie niższe wartości w porównaniu z osobami zdrowymi. Jakość życia ulega obniżeniu wraz z obecnością i stopniem natężenia modyfikowalnych czynników ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych, takich jak nadciśnienie tętnicze, czynny nikotynizm, zaburzenia gospodarki lipidowej, cukrzyca, otyłość oraz siedzący tryb życia. Największy spadek jakości życia obserwowano wśród osób po przebytym zawałe serca. Częstość i nasilenie objawów dławicowych określonych na podstawie klasyfikacji Canadian Cardiovascular Society (CCS) wpływa na upośledzenie codziennej aktywności, a także może prowadzić do ograniczenia zdolności do pracy. Oddziałuje także na parametry dotyczące stanu emocjonalnego oraz stopnia zadowolenia z życia i satysfakcji ze stosowanego leczenia. Obniżone wartości parametrów oceny jakości życia pacjentów z chorobą wieńcową są w odległej perspektywie niezależnym czynnikiem prognostycznym, zwiększającym ponad 3-krotnie prawdopodobieństwo zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, co pozwala traktować niski poziom jakości życia jako potencjalny „czynnik ryzyka” zdarzeń sercowo-naczyniowych. Znajomość wpływu objawów oraz sposobu leczenia na jakość życia pomaga w oszacowaniu skuteczności terapii, wyborze strategii leczenia, ocenie oczekiwań pacjentów oraz optymalnej alokacji ograniczonych zasobów finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną. (Folia Cardiologica Excerpta 2007; 2: 7–11)

Słowa kluczowe: jakość życia, stabilna choroba wieńcowa

Adres do korespondencji:

Dr hab. med. Krzysztof J. Filipiak

Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej

ul. Banacha 1a, 02–097 Warszawa

e-mail: krzysztof.filipiak@amwaw.edu.pl

Nadesłano: 15.12.2006 r.

Przyjęto do druku: 27.12.2006 r.

Choroby układu sercowo-naczyniowego, są w skali światowej przyczyną zgonów ponad 17 mln osób rocznie, co stanowi ponad jedną trzecią całkowitej liczby zgonów. Jak wynika z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), prognozowana na rok 2020 śmiertelność z powodu schorzeń układu sercowo-naczyniowego osiągnie poziom 20 mln osób rocznie, stając się tym samym główną przyczyną

zgonów [1]. Według danych epidemiologicznych w 2003 r. liczba zgonów w Polsce wyniosła 365,9 tys. osób, przy czym prawie połowę stanowiły zgony z powodu schorzeń układu sercowo-naczyniowego. Pomimo intensywnych działań prewencyjnych i zaobserwowanej w ostatnich latach około 30-procentowej redukcji przedwczesnej umieralności z powodu zawału serca, choroby serca i naczyń pozostają główną przyczyną zgonów, zdecydowanie przekraczając wskaźniki umieralności z powodu chorób nowotworowych. Dane opublikowane w 2003 r. przez WHO wskazują, że poziom przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia w Polsce był około 2,5-krotnie wyższy niż w pozostałych krajach członkowskich Unii Europejskiej. Choroby układu sercowo-naczyniowego, w tym choroba wieńcowa i udary mózgu, są przyczyną łącznie 126 mln dni hospitalizacji w krajach Unii Europejskiej w skali roku. Średnia wartość współczynnika łącznej liczby dni hospitalizacji w przeliczeniu na 1000 mieszkańców Unii Europejskiej wynosi 277 dni (39–573 dni). Nakłady finansowe związane z chorobami układu sercowo-naczyniowego w 2003 r. w krajach Unii Europejskiej kształtowały się na poziomie 169 mld euro, z czego ponad 62%, czyli 105 mld, stanowiły bezpośrednio koszty opieki zdrowotnej. Koszty pośrednie, takie jak koszty opieki nieformalnej, koszty związane z utratą produktywności w wyniku przedwczesnej śmierci oraz w wyniku absencji chorobowej wyniosły odpowiednio 29 mld euro (17%), 24 mld euro (14%) i 11 mld euro (6%) [2].

Stabilna choroba wieńcowa niewątpliwie wpływa w sposób istotny na upośledzenie codziennej aktywności chorych, a jej rozpoznanie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych, w tym ostrego zespołu wieńcowego oraz zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. Nowoczesne standardy postępowania w codziennej praktyce klinicznej zakładają indywidualizację opieki medycznej nad pacjentem, ze szczególnym uwzględnieniem współdziałania chorego w planowaniu terapii. W świetle powyższych założeń lekarz zobowiązany jest do wnikliwej, wielowymiarowej oceny stanu zdrowia, także z uwzględnieniem perspektywy pacjenta. Stosowana powszechnie klasyfikacja nasilenia dolegliwości dławicowych *Canadian Cardiovascular Society* (CCS) uwzględnia jedynie wymiar fizyczny, jednakże holistyczna ocena korzyści płynących z leczenia powinna uwzględniać także ocenę jakości życia.

Według definicji zaproponowanej przez WHO jakość życia należy rozumieć jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji

życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w których żyje, oraz w odniesieniu do zadań oczekiwani i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” [3, 4].

Pod pojęciem jakości życia powszechnie rozumie się poczucie jednostki dotyczące stanu fizycznego, psychicznego, pozycji społecznej oraz jej zmianę pod wpływem choroby, urazu, postępowania terapeutycznego. Do czynników determinujących jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia (HRQOL, *health related quality of life*) u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca należą:

- stopień nasilenia dolegliwości dławicowych;
- obecność czynników ryzyka sercowo-naczyniowego i ich liczba;
- warunki socjoekonomiczne, w tym warunki materialne;
- stopień wykształcenia, zainteresowania;
- stan cywilny;
- poziom wsparcia społecznego;
- stosowane leczenie farmakologiczne, nefarmakologiczne, inwazyjne;
- model funkcjonowania opieki zdrowotnej i standard opieki medycznej;
- geopolityka oraz uwarunkowania środowiskowe, określone m.in. przez stan gospodarki, poziom bezpieczeństwa, wielkość bezrobocia.

Do oceny jakości życia wykorzystuje się standaryzowane kwestionariusze uwzględniające zarówno doświadczenia oraz przekonania lekarza, jak i indywidualne oczekiwania oraz odczucia pacjenta. Kwestionariusze ogólne dotyczą oceny dobrostanu w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Pozwalają wykryć różnice w stanie zdrowia, ale również te niezwiązane bezpośrednio z ocenianym schorzeniem. Kwestionariusze specyficzne charakteryzują się wyższą specyficznością wobec danego schorzenia oraz większą czułością w odniesieniu do nawet niewielkich zmian stanu zdrowia, jakkolwiek nie oddają one wszystkich aspektów jakości życia pacjentów [5]. Przykłady powszechnie stosowanych kwestionariuszy oceny poziomu jakości życia przedstawiono w tabeli 1.

„Złotym standardem” oceny jakości życia jest stosowanie w badaniach równoległe kwestionariusza ogólnego i specyficznego.

Zgodnie z wytycznymi zarówno europejskich, jak i polskich towarzystw naukowych celem skutecznego leczenia pacjentów z chorobą wieńcową jest zarówno redukcja śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych poprzez prewencję zawału serca, jak i poprawa jakości życia poprzez polepszenie tolerancji wysiłku oraz zapobieganie występowaniu dolegliwości dławicowych. Realizacja zdefiniowanych

Tabela 1. Przykłady ogólnych i specyficznych kwestionariuszy oceny poziomu jakości życia, stosowane u pacjentów z chorobą wieńcową (w kolejności alfabetycznej)

Kwestionariusze ogólne	Kwestionariusze specyficzne
EuroQoL-5D [6]	CROQ (<i>Coronary Revascularisation Outcome Questionnaire</i>) [7]
SF-36 (<i>Short Form Health Survey 36</i>) [8]	CHP (<i>Cardiac Health Profile</i>) [9]
SIP (<i>Sickness Impact Profile</i>) [10]	HCS-CAD (<i>Health Complaints Scale In Coronary Artery Disease</i>) [11]
QLI-III (<i>Quality of Life Index-Cardiac Version III</i>) [12]	MIDAS (<i>Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale</i>) [13]
QWB (<i>Quality of Well Being Scale</i>) [14]	SAQ (<i>Seattle Angina Questionnaire</i>) [15]

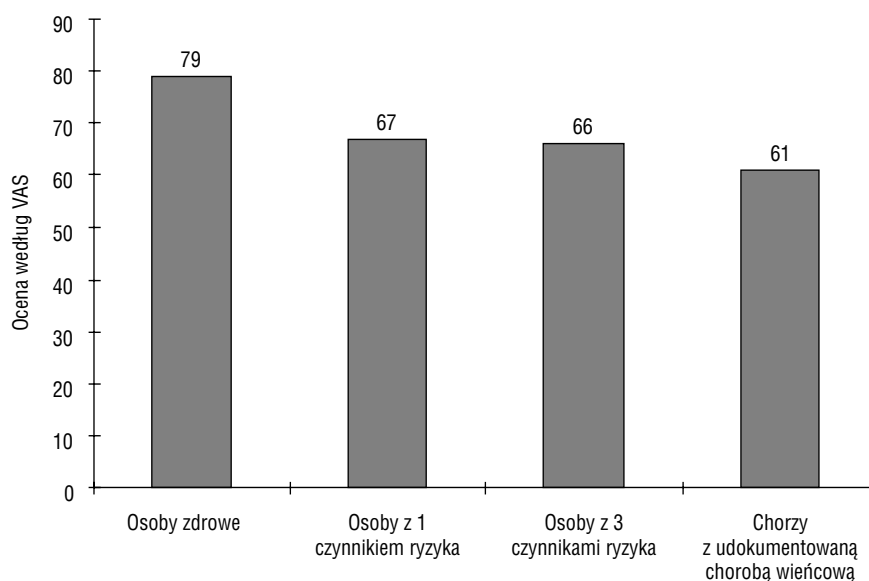
powyżej dążeń wymaga zintegrowanego podejścia w odniesieniu do zastosowania farmakologicznych i nefarmakologicznych metod leczenia, których konsekwencją jest poprawa jakości życia pacjentów. W opublikowanych w 2006 r. na łamach *European Heart Journal* standardach Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej podkreślono znacznie dobrze znanej i dość powszechnie stosowanej w codziennej praktyce klinicznej klasyfikacji CCC w celu stratyfikacji zaawansowania objawów dławicowych choroby wieńcowej [16]. Do określenia stopnia ograniczenia funkcjonalnego oraz oceny odpowiedzi na leczenie zaproponowano alternatywne systemy klasyfikacyjne, takie jak: *Duke Specific Activity Index* oraz *Seattle Angina Questionnaire*, które dodatkowo cechuje większa wartość prognostyczna.

Jak wynika z licznych doniesień naukowych, wskaźniki jakości życia pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową przyjmują zdecydowanie niższe wartości w porównaniu z osobami zdrowymi. Ponadto zaobserwowano, że jakość życia ulega redukcji wraz z obecnością i stopniem natężenia modyfikowalnych czynników ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych, takich jak nadciśnienie tętnicze, czynny nikotyzm, zaburzenia gospodarki lipidowej, cukrzyca, otyłość oraz siedzący tryb życia. Powyższe obserwacje znalazły także odzwierciedlenie w przeprowadzonej w warunkach polskich analizie subiektywnego stanu zdrowia oraz wybranych parametrów jakości życia, z wykorzystaniem międzynarodowego, standaryzowanego kwestionariusza EuroQoL-5D uwzględniającego wpływ takich czynników determinujących, jak: stan fizyczny i somatyczny, samopoczucie psychiczne oraz funkcjonowanie społeczne [17]. Badaną populację stanowiły osoby zdrowe, osoby obciążone jednym czynnikiem ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych (nadciśnieniem tętniczym),

osoby obciążone trzema czynnikami ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych (nadciśnienie tętnicze, czynny nikotyzm, hiperlipidemia) oraz pacjenci z udokumentowaną chorobą wieńcową. W porównaniu z pozostałymi grupami objętymi badaniem osoby zdrowe charakteryzowały się zdecydowanie wyższym poziomem jakości życia.

Obecność pojedynczego czynnika ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych — nadciśnienia tętniczego — powodowało istotne pogorszenie subiektywnych odczuć w zakresie badanych parametrów jakości życia. W przypadku pozostałych czynników ryzyka odnotowano trendy w kierunku negatywnego wpływu na ocenę stanu zdrowia oraz na poziom zgłaszanych zaburzeń psychosomatycznych, jakkolwiek obserwowane różnice nie nosiły znamion istotności statystycznej. Największy spadek jakości życia obserwowano wśród osób z udokumentowaną chorobą wieńcową, zwłaszcza w grupie chorych po przebytych w przeszłości zawałach serca (ryc. 1).

Upośledzenie jakości życia pacjentów z chorobą wieńcową jest zależne od stopnia nasilenia dolegliwości bólowych w klatce piersiowej określonych na podstawie klasyfikacji CCS. Częstość i nasilenie objawów dławicowych wpływa na ograniczenie codziennej aktywności, co w konsekwencji może prowadzić do zwiększenia niezdolności do pracy. Należy jednak podkreślić, że obecność objawów dławicowych oddziałuje na parametry oceny jakości życia dotyczące nie tylko wydolności fizycznej i objawów bólu, ale także na parametry dotyczące stanu emocjonalnego oraz stopnia zadowolenia z życia i satysfakcji ze stosowanego leczenia. Ponadto, wykazano, że w odległej perspektywie czasowej obniżone wartości parametrów oceny jakości życia pacjentów z chorobą wieńcową są niezależnym czynnikiem prognostycznym, zwiększającym ponad 3-krotnie prawdopodobieństwo zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych [18]. Przytoczone powyżej



Rycina 1. Ocena jakości życia z wykorzystaniem wzrokowej skali analogowej (VAS, *Visual Analog Scale*) w wybranych subpopulacjach chorych — zmodyfikowano na podstawie [17]

dane skłaniają do traktowania niskiego poziomu jakości życia jako potencjalnego „czynnika ryzyka” zdarzeń sercowo-naczyniowych.

Występowanie wzajemnych interakcji między stanem fizycznym, emocjonalnym i społecznym pacjentów a stopniem nasilenia dolegliwości dławicowych sprawia, że ocena zależnej od stanu zdrowia jakości życia nabiera fundamentalnego znaczenia. Znajomość wpływu objawów oraz sposobu leczenia na jakość życia pomaga w oszacowaniu skuteczności terapii, wyborze strategii leczenia, ocenie oczekiwań pacjentów w stosunku do terapii, a także odgrywa istotną rolę w procesie optymalnego alokowania ograniczonych zasobów finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną.

Duża dostępność dość licznych form oceny zależnej od stanu zdrowia jakości życia niejednokrotnie utrudnia interpretację i ekstrapolację uzyskanych wyników w odniesieniu do konkretnych metod postępowania terapeutycznego.

Znaczącym krokiem w kierunku włączenia parametru jakości życia do kompleksowej oceny efektu terapeutycznego jest realizowany pod auspicjami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, zakrojony na szeroką skalę, z uwzględnieniem doświadczeń 15 krajów europejskich, międzynarodowy projekt *Euro Cardio-QoL Project* [19]. Zaowocuje on powstaniem jednolitego kwestionariusza oceny, a tym samym przyczyni się do propagacji niezmiernie istotnej idei oceny zależnej od stanu zdrowia jakości życia.

Piśmiennictwo

1. Światowa Organizacja Zdrowia (<http://www.who.int/en>).
2. Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A. i wsp. Economic burden of cardiovascular disease in the enlarged European Union. *Eur. Heart J.* (doi: 10.1093/eurheartj/ehi733).
3. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment: Position paper from World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 1995; 41: 1403–1409.
4. Kawecka-Jaszcz K., Klocka M., Tobiasz-Adamczyk B. red. Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne. Monografia. Termedia, Poznań 2006.
5. Gandjour A., Lauterbach K. Review of Quality-of-Life evaluations in patients with angina pectoris. *Pharmacoeconomics* 1999; 16: 141–152.
6. EuroQol Group. EuroQol-A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16: 199–208.
7. Schroter S., Lamping D. Psychometric evaluation of the coronary revascularisation outcome questionnaire (CROQ-CABG/PTCA). *Qual. Life Res.* 2000; 9: 311.
8. Filade I., Ramos I. Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease. *J. Clin. Epidemiol.* 2000; 53: 359–365.
9. Wahrborg P., Emanuelsson H. The Cardiac Health Profile: content, reliability and validity of a new disease-specific quality of life questionnaire. *Coron. Artery Dis.* 1996; 7: 823–829.

10. Bergner M., Bobbitt R.A., Carter W.B. i wsp. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med. Care* 1981; 19: 787–805
11. Denollet J. Health complaints and outcome assessment in coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine* 1994; 56: 463–474.
12. Dempster M., Donnelly M. Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. *Heart* 2000; 83: 641–644.
13. Thompson D., Jenkinson C., Roebuck A. i wsp. Development and validation of a short measure of health status for individuals with acute myocardial infarction: Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS). *Qual. Life Res.* 2002; 11: 535–543.
14. Dougherty C., Dewhurst T., Nichol W., Spertus J. Comparison of three quality of life instruments in subjects with angina pectoris: the Sickness Impact Profile, the Nottingham Health Profile and the Quality of Well Being Scale. *J. Clin. Epidemiol.* 1994; 47: 157–163.
15. Spertus J., Winder J., Dewhurst T. i wsp. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. *J. Am. Coll. Cardiol.* 1995; 25: 333–341.
16. Task Force of European Society of Cardiology. ESC Guidelines on stable angina pectoris. *Eur. Heart J.* 2006; 27: 1341–1381.
17. Kwaśniewska M., Drygas W. Jakość życia u osób obciążonych czynnikami ryzyka choroby niedokrwiennej serca. *Przeg. Lek.* 2005; 62: 863–870.
18. Bosworth H., Siegler I., Brummet J. i wsp. The association between self-rated health and mortality in well characterized sample of coronary artery disease patients. *Med. Care* 1999; 37: 1226–1236.
19. HeartQoL Study Investigators: The Euro Cardio-QoL Project. An international study to develop a core heart disease health-related quality of life questionnaire, the HeartQoL. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehab.* 2005; 12: 87–94.