Мацкевич С.А.¹, Барбук О.А.¹, Бельская М.И.¹, Жаранков К.С.²

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

¹ ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология»,

² ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

Matskevich S.A.¹, Barbuk O.A.¹, Belskaya M.I.¹, Zharankov K.S.²

PSYCHO-EMOTIONAL CHANGES IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

¹ Republican Scientific and Practical Center «Cardiology»,

² Republican Research and Practice Centre for Mental Health,
Minsk, Republic of Belarus

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Определить наличие и выраженность тревожно-депрессивных переживаний и оценить их влияние на качество жизни у пациентов с ХСН на фоне перенесенного крупноочагового (с зубцом Q) инфаркта миокарда в анамнезе.

Материал и методы. Общеклинические исследования, психологическое тестирование.

Результаты. Обследовано 118 пациентов с хронической сердечной недостаточностью II, III функционального класса (ФК по NYHA). Тревожно-депрессивные переживания выявлены в 46,6% случаев. По мере прогрессирования сердечной недостаточности нарастает тревожно-депрессивная симптоматика, причем при ФК II преобладают тревожные переживания, при ФК III – депрессивные. Качество жизни у пациентов с сопутствующими тревожно-депрессивными переживаниями значительно хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом.

Заключение. Таким образом, у пациентов с ХСН выявлены психоэмоциональные изменения в виде тревожно-депрессивных переживаний, что может неблагоприятно отразиться на течении заболевания. По мере прогрессирования сердечной недостаточности нарастает тревожно-депрессивная симптоматика.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, тревожно-депрессивные расстройства, депрессии, тревога, качество жизни.

ABSTRACT

Objectives. To define the presence and severity of anxiety and depression stress and assess the impact produced on the life quality in subjects with CHF secondary to registered macrofocal (Q wave) myocardial infarction in medical history.

Material and methods. General clinical examinations, psychological testing.

Results. A total of 118 patients with II, III FC NYHA chronic heart failure were examined. Anxiety and depression events were defined in 46.6% of cases. As heart failure progresses, anxiety and depression symptoms increase, with the prevalence of anxiety in the presence of FC II and depression in the presence of FC III. Life quality in patients with concomitant anxiety and depression stress is significantly worse compared to patients with normal psychoemotional state.

Conclusion. Thus, individuals with CHF showed psychoemotional changes including anxiety and depression stress, which may adversely affect CHF course. Anxiety and depression symptoms increase as heart failure progresses.

Keywords: chronic heart failure, myocardial infarction, anxiety and depression stress, depressions, anxiety, life quality.

Headline: psychoemotional changes in CHF

Сведения об авторах:

Барбук Ольга Анатольевна	кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории хронической ИБС ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», тел. + 375 17 256 05 28
Бельская Маргарита Ивановна	кандидат медицинских наук, заместитель директора по научной работе ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», тел. + 375 17 208 58 96
Жаранков Кирилл Сергеевич	кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела психических и поведенческих расстройств ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», тел. + 375 29 1300640
Лицо, ответственное за связь с редакцией: Мацкевич Светлана Александровна	кандидат медицинских наук, Ученый секретарь, ведущий научный сотрудник лаборатории хронической ИБС ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Адрес: 220007, г. Минск, ул. Фабрициуса, 13, к. 306, тел. + 375 17 3997416, электронная почта: s-matskevitch@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Представлены результаты оценки психоэмоциональных проявлений у пациентов с ХСН с учетом влияния на качество жизни. Дана характеристика уровней тревожно-депрессивных переживаний в зависимости от степени выраженности сердечной недостаточности.

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы большое внимание уделяется проблеме коморбидности психопатологических нарушений и ишемической болезни сердца (ИБС). О высокой частоте распространения психопатологических расстройств и об их негативном влиянии на течение и прогноз ИБС говорят многочисленные исследования. Согласно прогнозу экспертов Всемирной организации здравоохранения, количество психических заболеваний будет увеличиваться, и к 2020 году их доля достигнет почти 50%, что превосходит прогнозируемое увеличение сердечно-сосудистых заболеваний [1]. В общемедицинской практике сочетание тревожной и депрессивной симптоматики достигает по некоторым данным 60–70%. Важно отметить тесную коморбидность депрессивных и тревожных расстройств. Часто депрессия сопровождается более или менее выраженной тревожной симптоматикой, у части пациентов тревога выступает в качестве продромального признака депрессии. Тревожные и депрессивные расстройства выступают в качестве независимого фактора риска развития ИБС, способствуют повышению частоты сердечно-сосудистых осложнений и смертности среди пациентов кардиологического профиля [2,3,4,5,6].

Коморбидные соматическим заболеваниям депрессии значительно отягощают клиническое течение соматических заболеваний, затрудняют проведение реабилитации и вторичной профилактики, ухудшают качество жизни больных и отрицательно влияют на прогноз [7,8,9]. Результаты семилетнего проспективного исследования показали, что независимыми предикторами смертности пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, помимо тяжести ИБС, были депрессия, тревога и недостаток социальной поддержки [10]. Тревожно-депрессивная симптоматика отрицательно влияет и на приверженность пациентов к рекомендованной кардиологом медикаментозной терапии. Важным является тот факт, что тревожно-депрессивные расстройства считаются независимым фактором риска ИБС. В опубликованных ранее научных обзорах было показано, что симптомы депрессии — фактор не только будущего коронарного события у здоровых лиц, но и неблагоприятного прогноза для тех, кто уже страдает ИБС [11, 12,13].

Таким образом, патогенетическая взаимосвязь ИБС и тревожно-депрессивных расстройств, реализующаяся как на органическом, так и на функциональном уровне, требует пристального внимания врачей к пациентам с ИБС и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами. Интерес представляет наличие и выраженность тревожно-депрессивных расстройств у пациентов в отдаленном периоде после перенесенного острого инфаркта миокарда при наличии хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Цель исследования: определить наличие и выраженность тревожно-депрессивных переживаний и оценить их влияние

на качество жизни у пациентов с ХСН на фоне перенесенного крупноочагового (с зубцом Q) инфаркта миокарда в анамнезе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включено 118 пациентов с перенесенным крупноочаговым (с зубцом Q) инфарктом миокарда в анамнезе и наличием клинических признаков ХСН II, III функционального класса (ФК по NYHA). Из них 12 женщин (10,2%) и 106 мужчин (89,8%). Средний возраст пациентов $60,66 \pm 5,32$ года. Давность перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q составила в среднем $4,09 \pm 1,29$ года. Стенокардия напряжения ФК I, II выявлена у 60 (50,8%), артериальная гипертензия I-II ст. — у 74 (62,3%), группу инвалидности имели 87 (73,7%) пациентов. Число госпитализаций в связи с обострением ХСН за последний год составило в среднем $1,05 \pm 0,32$.

Констатацию ХСН и оценку степени ее тяжести (ФК) осуществляли согласно рекомендациям Европейского Общества Кардиологов по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности (2012 г.). Для более точного определения физической работоспособности и ФК ХСН использовали 6-минутный тест. Расстояние, пройденное пациентами за 6 минут при ХСН ФК II, составило в среднем $365,82 \pm 49,08$ м., при ХСН ФК III — $280,5 \pm 78,73$ м.

Все исследования проводились с информированного согласия пациентов. Критерии исключения: нестабильная стенокардия, перенесенное в ближайшие 6 месяцев острое нарушение мозгового кровообращения, гемодинамически значимые пороки сердца, тяжелые нарушения функции печени, артериальная гипертензия выше II ст., сложные нарушения ритма, постоянная форма фибрилляции предсердий, сахарный диабет, патология почек.

Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование. Ультразвуковое исследование сердца выполнено на аппарате Vivid — 7 (GE, США — Бельгия). Признаки ХСН ФК II (с фракцией выброса левого желудочка по данным эхокардиографии в среднем $52,1 \pm 5,11\%$) определялись у 62 (52,5%) пациентов, признаки ХСН ФК III (с фракцией выброса левого желудочка $47,2 \pm 6,61\%$) — у 56 (47,5%) пациентов. Медикаментозное лечение представлено бета-адреноблокаторами, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента или антагонистами рецепторов ангиотензина, дезагрегантами, статинами, мочегонными.

Оценка наличия и выраженности тревожно-депрессивных расстройств проводилась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Результат 0–7 баллов оценивался как отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии, 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия. У всех пациентов изучалось качество жизни, определяемое в баллах с использованием «Миннесотского опросника качества жизни пациентов с ХСН (MLHFO)». Все исследования проводились амбулаторно на базе РНПЦ «Кардиология».

Оценка физической активности проводилась по темпу и объему выполненной физической нагрузки в течение дня (средний темп ходьбы (шагов и минуту) и пройденное расстояние за день в км).

Статистический анализ проведен с применением обще-

принятых методов математической статистики с помощью статистического пакета программ STATSOFT STATISTICA 6.0 for Windows (USA), MS EXCEL XP. Результаты представлены в виде среднего арифметического (M) и среднего квадратичного отклонения (SD). Для сравнения количественных показателей двух независимых групп при нормальном распределении признака применяли критерий Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Для выявления силы и направления связей между исследуемыми переменными использовался корреляционный анализ с расчётом параметрического коэффициента корреляции Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате психологического тестирования установлено, что по данным шкалы HADS средние значения тревоги ($5,89 \pm 2,12$ баллов) и депрессии ($4,76 \pm 2,59$ баллов) не отличались от нормального уровня. Однако при рассмотрении индивидуальных опросников оказалось, что тревожные и депрессивные переживания выявлены у 56 (46,6%) обследованных пациентов. Признаки изолированной депрессии определялись в 21,2% случаев, тревоги – в 25,4% случаев. Причем, признаки клинически выраженной тревоги и депрессии определялись у 4,3% и 6,8% пациентов, соответственно, признаки субклинически выраженной тревоги и депрессии – у 16,9% и 18,6% пациентов. Нужно отметить, что у всех пациентов, находившихся под наблюдением, отмечалась недостаточная физическая активность. Расстояние, пройденное пациентами за день, составило в среднем $4,08 \pm 1,81$ км со скоростью $76,41 \pm 8,71$ шагов в минуту. Все эти особенности накладывают отпечаток на качество жизни, которое у пациентов с сопутствующими тревожно-депрессивными переживаниями в 1,5 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом. Также получено, что 10,2% пациентов страдают как депрессией, так и тревогой, качество жизни в этой группе в 1,6 раза хуже, чем у пациентов без тревоги и депрессии. Одновременно выявлены положительные взаимосвязи между качеством жизни и уровнем депрессии ($r=0,45$, $p<0,001$), качеством жизни и уровнем тревоги ($r=0,59$, $p<0,001$), а также между уровнями депрессии и тревоги ($r=0,46$, $p<0,001$). Определены также отрицательные корреляционные связи между уровнем депрессии и физической активностью ($r=0,41$, $p<0,001$).

У пациентов отмечалась достоверная разница уровня депрессии в зависимости от ФК ХСН ($p<0,01$). Так, в группе пациентов с ХСН ФК II тревожно-депрессивные переживания выявлены у 41,9% пациентов, среди них 9,6% пациентов страдают и тревогой и депрессией. Признаки изолированной тревоги и депрессии определялись в 27,4% и 14,5% случаев, соответственно. Качество жизни в этой группе хуже, чем при изолированной тревоге или депрессии ($p<0,01$). В этой группе корреляционные зависимости между изучаемыми параметрами слабо выражены.

В группе пациентов с ХСН ФК III тревожно-депрессивные переживания выявлены в 51,8% случаев, признаки изолированной тревоги и депрессии определялись в 23,2% и 28,6% случаев, соответственно. Выраженность тревоги и депрессии у пациентов с ХСН ФК III превышает нормальные значения по шкале HADS в 1,4 и 1,6 раза, соответственно. Качество жизни у пациентов с сопутствующими тревожно-депрессивными пе-

реживаниями в 1,6 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом. У 10,7% пациентов выявлены признаки и тревоги и депрессии, качество жизни в этой группе значительно хуже, чем при изолированной тревоге или депрессии ($p<0,01$). В этой группе определялась корреляционная зависимость между качеством жизни и уровнем депрессии ($r=0,51$, $p<0,001$), качеством жизни и уровнем тревоги ($r=0,56$, $p<0,001$). Выявлена также отрицательная корреляционная зависимость между уровнем депрессии и физической активностью ($r=0,43$, $p<0,01$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно полученным результатам частота выявления тревожно-депрессивных переживаний у пациентов с ХСН в нашем исследовании достигает 46,6%. Оказывается, что даже в отдаленном периоде после перенесенного инфаркта миокарда у пациентов сохраняются признаки психоэмоциональной нестабильности. Качество жизни пациентов значительно ухудшается при наличии тревоги и/или депрессии, причем при сочетании тревоги и депрессии это ухудшение наиболее выражено. Настораживает тот факт, что по мере прогрессирования сердечной недостаточности нарастает тревожно-депрессивная симптоматика: утяжеление ФК сердечной недостаточности сочетается с увеличением количества пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, причем, при ХСН ФК II преобладают тревожные переживания, при ХСН ФК III – депрессивные. Очевидно, что тревога является продромом депрессии или ее дебютом при ХСН, а наличие тревожно-депрессивных переживаний способно приводить к прогрессированию заболевания, ухудшая качество жизни пациентов, что и может привести в дальнейшем к инвалидизации.

Таким образом, очевидным является тот факт, что тревожно-депрессивные расстройства ухудшают качество жизни пациентов с ХСН, и, вероятно, могут отягощать течение заболевания. Полученные в исследовании данные диктуют необходимость своевременного распознавания и лечения тревожно-депрессивных расстройств у данной категории пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Brundtland G.H. *Mental health in the 21st century. Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78:411.
2. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. *Кардиология* 2002; 4: 86-91.
3. Погосова Г.В. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: диагностические и терапевтические аспекты. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2006; 5(5): 75-80.
4. Luukinen H., Laippala P., Huikuri H.V. Depressive symptoms and the risk of sudden cardiac death among the elderly. *Eur. Heart. J.* 2003; 24(22): 2021-2026.
5. Penninx B.W., Beekman A.T., Honing A. et al. Depression and cardiac mortality. *Arch.Gen. Psychiat.* 2001; 58: 221-227.
6. Larson S.L., Owens P.L., Ford D., Eaton W. Depressive disorder, Dysthymia, and Risk of Stroke. Thirteen-Year Follow-up from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *Stroke.* 2001; 32(9): 1979.
7. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и соавт. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС. *Кардиология* 2004; 1: 48-54.
8. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. М: Медицинское информационное агентство; 2001.
9. Buselli F.F., Stuart E.M. Influence of psychosocial factors and biopsychosocial interaction on outcomes after myocardial infarction. *J. Cardiovasc. Nurs.* 1999; 13: 60-72.
10. Pfiffner D., Niederhauser H.U., Maeder J.P. et al. Psychosocial predictors of mortality following myocardial infarction a seven-year follow-up in 222 patients. *Eur. Heart. J.* 2000; 21: 204-208.
11. Подкорытов В.С. Проблема депрессий в общесоматической практике. *Архів психіатрії* 2003; 9(1): 69-71.
12. Frasure-Smith N., Lesperance F., Talajik M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995; 91: 999-1005.
13. Carney R.M., Freedland K.E., Veith R.C. Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease. *Psychosom. Med.* 2005; 67: 29-33.