

Аффективные расстройства и качество жизни у больных коронарной болезнью сердца при различных методах лечения

Мухтаренко С. Ю., Мураталиев Т. М., Неклюдова Ю. Н., Звенцова В. К., Окунова А. А.
Национальный Центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова. Бишкек,
Кыргызская Республика

Цель. Изучить частоту выявления симптомов тревожно-депрессивного спектра и качество жизни (КЖ) у больных коронарной болезнью сердца (КБС) при различных методах лечения: медикаментозной терапии (МТ) и реваскуляризации миокарда (РМ): чрескожном коронарном вмешательстве (ЧКВ) и коронарном шунтировании (КШ).

Материал и методы. Обследованы 106 больных с различными формами КБС, подтвержденной данными селективной коронароангиографии (КАГ): 54 (50,94%) больных получили МТ, 52 (49,06%) пациентам была выполнена РМ. Всех включенных в исследование пациентов анкетировали с применением скринингового опросника Московского НИИ психиатрии. Для диагностики тревоги и депрессии использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), шкалу депрессии Бека (BDI), тест Спилбергера для диагностики реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности, для оценки КЖ — Модифицированный Сизтлский опросник для больных стенокардией (МСОС). При статистической обработке материала использовали программы MS Excel и STATISTICA 6,0.

Результаты. По данным скринингового опросника в общей группе обследованных 106 больных КБС симптомы тревожно-депрессивного расстройства (ТДР) отмечались у 81 (76,48%), отсутствовали

ли — у 25 (23,52%) пациентов. Более высокие показатели значений шкалы депрессии HADS отмечались в группе МТ ($7,13 \pm 3,58$) vs РМ ($5,73 \pm 3,58$) ($p < 0,05$), и BDI в группе МТ ($16,28 \pm 10,55$) vs РМ ($12,0 \pm 7,51$) ($p < 0,01$). Показатель КЖ по МСОС был достоверно выше в группе больных РМ — $27,37 \pm 4,44$, по сравнению с группой МТ — $24,2 \pm 5,63$ ($p < 0,001$). Легкая степень депрессии по BDI отмечалась чаще в группе больных МТ по сравнению с группой РМ — 46,29% vs 23,08% ($p < 0,01$).

Заключение. По данным психометрических тестов выявлена более высокая степень выраженности симптомов ТДР в группе больных МТ по сравнению с группой РМ. Показатель КЖ по МСОС в группе больных, которым была проведена РМ (ЧКВ или КШ), был достоверно выше по сравнению с группой МТ.

Ключевые слова: коронарная болезнь сердца, тревога, депрессия, качество жизни, медикаментозная терапия, реваскуляризация миокарда.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2015; 14(4): 18–21
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2015-4-18-21>

Поступила 10/11-2014

Принята к публикации 01/04-2015

Affect disorders and life quality in coronary heart disease patients under different treatment approaches

Mukhtarenko S. Yu., Murataliev T. M., Neklyudova Yu. N., Zventsova V. K., Okunova A. A.
National Center of Cardiology and Therapy n.a. M. Mirrakhimov. Bishkek, Kyrgyz Republic

Aim. To study the prevalence of anxiety-depression symptoms and life quality (LQ) in coronary arteries disease patients (CHD) under a variety of treatment strategies: conservative therapy (CT) and revascularization (MR) — percutaneous intervention (PCI) and coronary bypass (CBG).

Material and methods. Totally 106 patients studied with various types of CHD, confirmed with selective coronary arteriography (CAG): 54 (50,91%) of patients underwent CT, 52 (49,06%) underwent MR. All included patients were questioned with the Score by Moscow SRI of Psychiatry. For anxiety and depression disorders we used in-hospital score of anxiety and depression (HADS), Beck depression scale (BDI), Spielberger test for diagnostics of reactive (RA) and personal (PA) anxieties, and for LQ — the Modified Seattle Questionnaire for Angina patients (MSQA). Statistics was done with MS Excel and STATISTICA 6,0 software.

Results. By the data of screening questionnaire, in the whole selection of 106 patients with CHD the signs of anxiety-depression disorder (ADD)

were marked in 81 (76,48%), were absent in 25 (23,52%) of patients. Higher values of depression by HADS were in the group of CT ($7,13 \pm 3,58$) vs MR ($5,73 \pm 3,58$) ($p < 0,05$), and BDI in the group of CT ($16,28 \pm 10,55$) vs MR ($12,0 \pm 7,51$) ($p < 0,01$). LQ parameter by MSQA was significantly higher in MR group — $27,37 \pm 4,44$, comparing to CT group — $24,2 \pm 5,63$ ($p < 0,001$). Mild level of depression by DBI was marked more frequently in CT group comparing to MR group — 46,29% vs 23,08% ($p < 0,01$).

Conclusion. By the data of psychometric tests there is higher level of ADD in the group of CT comparing to MR. LQ value by MSQA in the group of MR (PCI or CBG) was significantly higher in the group of CT.

Key words: coronary heart disease, anxiety, depression, life quality, conservative therapy, myocardial revascularization.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2015; 14(4): 18–21
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2015-4-18-21>

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: +996 (312) 68-56-95

e-mail: muhtarenko@yandex.ru

[Мухтаренко С. Ю.* — к.м.н., с.н.с. отделения КБС, врач психотерапевт, Мураталиев Т.М. — д.м.н., зав. отделением КБС, профессор кафедры терапевтических дисциплин №2 Кыргызско-Российского Славянского университета, Неклюдова Ю.Н. — н.с. отделения КБС, врач кардиолог, Звенцова В.К. — к.м.н, с.н.с. отделения КБС, врач кардиолог, Окунова А.А. — к.м.н., н.с. отделения КБС, врач кардиолог].

КАГ — коронароангиография, КБС — коронарная болезнь сердца, КЖ — качество жизни, КШ — коронарное шунтирование, ЛТ — личностная тревожность, МТ — медикаментозная терапия, РМ — реваскуляризация миокарда, РТ — реактивная тревожность, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ТДР — тревожно-депрессивное расстройство, ФР — факторы риска, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство, BDI — шкала оценки депрессии Бека (An Inventory for Measuring Depression), HADS — госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale), MCOC — Модифицированный Сизетлский опросник для больных стенокардией (Seattle modified Angina Questionnaire).

Введение

В последние годы большое внимание уделяется реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), в частности коронарной болезнью сердца (КБС) [1]. Воздействие на модифицируемые факторы риска (ФР) и улучшение качества жизни (КЖ) — важный аспект кардиореабилитации [2, 3]. В настоящее время не вызывает сомнения факт, что в развитии ССЗ и, в частности КБС, наряду с традиционными ФР играют роль психосоциальные и психологические факторы [4]. Поэтому в последние годы вполне обосновано усиление интереса исследователей к проблеме взаимодействия психосоциальных ФР и ССЗ [5] и, в частности тревоги и депрессии [1]. Социальная значимость диагностики депрессии у больных КБС обусловлена тем, что в ряде исследований была продемонстрирована связь между степенью ее выраженности, заболеваемостью и влиянием на прогноз течения болезни [4, 6]. Следует отметить некоторые трудности в диагностике депрессии у коронарных больных в связи с личностными особенностями: алекситимией, “закрытостью”, гипернормативностью, а также феноменом стигматизации. Такие больные в ряде случаев отказываются от проведения реваскуляризации миокарда (РМ) и получают только медикаментозную терапию (МТ), что влияет на КЖ, и способствует ухудшению прогноза заболевания. Особое внимание следует уделять диагностике депрессии у больных с многососудистым поражением коронарного русла [7].

Цель — изучить частоту выявления симптомов спектра тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) и КЖ у больных КБС при различных методах лечения: МТ и РМ — чрескожном коронарном вмешательстве (ЧКВ) и коронарном шунтировании (КШ).

Материал и методы

Обследованы 106 больных с различными формами КБС, подтвержденной данными селективной коронароангиографии (КАГ): средний возраст $53,5 \pm 8,9$ лет, из них 97 (91,5%) мужчин, 9 (8,5%) женщин. 54 (50,94%) больных получили МТ, и 52 (49,06%) пациентам была выполнена РМ. ЧКВ было проведено 30 (57,7%) больным, КШ — 22 (42,3%). В исследование включали пациентов, которые проходили стационарное лечение в отделении КБС или наблюдались в поликлинике Национального Центра кардиологии и терапии. Исследование с использованием психометрических тестов проводилось спустя 6 мес. после выполнения КАГ или РМ. Всех включенных в исследование пациентов анкетировали с применением скринингового опросника Московского НИИ психиатрии Росздрава [8]. Для диагностики тревоги и депрессии использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression

Scale) [9], шкалу депрессии Бека BDI (An Inventory for Measuring Depression) [10], тест Спилберга для диагностики реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности [11], для оценки КЖ — Модифицированный Сизетлский опросник для больных стенокардией MCOC (Seattle modified Angina Questionnaire) [12], ориентированный на оценку стабильности или тяжести течения стенокардии, удовлетворенности результатами лечения и получения информации от медицинского персонала о заболевании, восприятия болезни. В исследование не включали больных с выраженным органическим поражением мозга и выраженными нарушениями ритма сердца. Все больные понимали текст предложенных психометрических тестов, и самостоятельно заполняли бланки методик (тесты не адаптированы в кыргызскоязычной популяции).

Статистическую обработку материала проводили с использованием программ MS Excel и STATISTIKA 6,0. Данные представлены в виде среднего значения (М) и стандартного отклонения среднего (SD). Степень достоверности различий оценивали с использованием критерия t Стьюдента. Различия в показателях между группами считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты

Клиническая и социально-демографическая характеристика больных по группам представлена в таблицах 1 и 2.

Группы больных, включенных в исследование, по основным клинико-лабораторным, гемодинами-

Таблица 1

Клиническая характеристика больных

Показатели	Группы больных		Досто- верность
	МТ (n=54)	РМ (n=52)	
Возраст, годы	$54,0 \pm 9,1$	$53,0 \pm 8,7$	нд
Мужчины, n (%)	51 (94,4)	46 (88,5)	нд
Женщины, n (%)	3 (5,6)	6 (11,5)	нд
Стабильная стенокардия II-III ФК, n (%)	30 (55,6)	27 (52,0)	нд
Нестабильная стенокардия, n (%)	24 (44,4)	25 (48,0)	нд
Инфаркт миокарда в анамнезе, n (%)	17 (31,5)	21 (40,4)	нд
ФВ ЛЖ, %	$51,8 \pm 11,7$	$54,9 \pm 9,1$	нд
Общий холестерин, ммоль/л	$4,9 \pm 1,03$	$5,04 \pm 1,15$	нд
Сахар крови, ммоль/л	$5,4 \pm 1,83$	$5,6 \pm 2,0$	нд
Медикаментозная терапия:			
антиагреганты, n (%)	52 (96,3)	51 (98,1)	нд
β-адреноблокаторы, n (%)	43 (79,6)	45 (86,5)	нд
нитраты, n (%)	28 (51,8)	25 (48,0)	нд
статины, n (%)	49 (90,7)	49 (94,2)	нд

Примечание: ФК — функциональный класс, ФВ ЛЖ — фракция выброса левого желудочка, нд — различия между группами недостоверны.

ческим и социально-демографическим характеристикам достоверно не различались. Не было достоверных различий и в приеме антитромбоцитарных препаратов, статинов, β -адреноблокаторов и нитратов. Данные по семейному положению интерпретировали как общий психосоциальный ФР развития и течения КБС в обеих группах [13]. Общеизвестным фактом является и то, что лица с высшим образованием более привержены к выполнению врачебных рекомендаций, в т.ч. по выполнению РМ.

По данным скринингового опросника в общей группе обследованных 106 больных КБС симптомы ТДР отмечались у 81 (76,48%), отсутствовали — у 25 (23,52%) пациентов ($p < 0,0001$). 14 (13,21%) пациентов оценили свое состояние здоровья в период обследования как “хорошее”, 76 (71,70%) — “удовлетворительное”, 16 (15,09%) — “плохое”.

Данные скринингового опросника в группах больных МТ и РМ представлены в таблице 3.

В группе больных РМ процентное соотношение наличия и отсутствия симптомов ТДР отлича-

лось от группы МТ: частота распространения симптомов ТДР была ниже в группе больных РМ по сравнению с группой МТ. Процентное соотношение данных самооценки было практически одинаковым в обеих сравниваемых группах.

У всех обследованных 106 больных КБС общий балл по шкале тревоги HADS составил $8,02 \pm 4,68$, что соответствовало умеренно выраженной тревоге, общий балл по шкале депрессии данной методики ($6,44 \pm 3,65$) указывал на отсутствие симптомов депрессии. Суммарный балл по шкале BDI $14,18 \pm 9,43$ соответствовал легкой степени депрессии. Показатель РТ теста Спилберга $44,71 \pm 10,99$ свидетельствовал об умеренной тревожности, ЛТ $47,11 \pm 10,94$ указывал на выраженную степень тревожности. Показатель КЖ по MCOC составил $25,75 \pm 5,32$ балла.

Результаты сравнения показателей используемых психометрических тестов и значения КЖ по MCOC в группах МТ и РМ представлены в таблице 4.

Более высокие показатели значений используемых психометрических шкал HADS и BDI, теста Спилберга отмечались в группе МТ по сравнению с группой РМ, что указывало на более выраженную степень спектра ТДР в группе больных МТ, причем различие между показателями депрессии по шкале HADS и депрессии по шкале BDI было статистически значимым. Показатель КЖ по MCOC был достоверно выше в группе больных РМ.

Данные по степени выраженности тревоги и депрессии по шкале HADS в группах МТ и РМ представлены в таблице 5.

В обеих сравниваемых группах отмечается практически одинаковое процентное выражение отсутствия симптомов тревоги по шкале HADS. Умеренно выраженная тревога встречалась чаще в группе больных РМ, что согласуется с литературными данными [14, 15] о диагностируемых симптомах расстройства адаптации (с выраженным тревожным компонентом)

Таблица 2
Социально-демографическая характеристика больных

Показатели	Группы больных		Досто- верность р
	МТ (n=54)	РМ (n=52)	
Семейное положение:			
в браке, n (%)	8 (88,9)	45 (86,6)	Нд
вдовцы, n (%)	2 (3,7)	5 (9,6)	$p < 0,0006$
в разводе, n (%)	4 (7,4)	2 (3,8)	$p < 0,002$
Образование:			
незаконченное среднее, n (%)	4 (7,4)	3 (5,8)	Нд
среднее, n (%)	24 (44,4)	12 (23,1)	$p < 0,02$
незаконченное высшее, n (%)	1 (1,9)	2 (3,8)	$p < 0,02$
высшее, n (%)	25 (46,3)	35 (67,3)	$p < 0,03$
Профессиональная занятость:			
работающие, n (%)	17 (31,6)	13 (25,0)	Нд
инвалиды, n (%)	20 (37,0)	17 (32,7)	Нд
временно неработающие, n (%)	5 (9,2)	4 (7,7)	Нд
пенсионеры, n (%)	12 (22,2)	18 (34,6)	Нд

Таблица 3
Данные скринингового опросника по диагностике симптомов спектра ТДР и самооценке состояния здоровья в группах больных МТ и РМ

Группы	Скрининг		Данные самооценки		
	наличие симптомов ТДР	отсутствие симптомов ТДР	“хорошее”	“удовлетворительное”	“плохое”
МТ, n=54	44 (81,48%)	10 (18,52%)	7 (12,96%)	38 (70,37%)	9 (16,67%)
РМ, n=52	37 (71,15%)	15 (28,85%)	7 (13,46%)	38 (73,08%)	7 (13,46%)

Таблица 4
Результаты сравнения показателей шкал HADS, BDI, теста Спилберга и КЖ по MCOC в группах больных МТ и РМ

Группы	HADS		BDI	Тест Спилберга		КЖ по MCOC
	Т	Д		РТ	ЛТ	
МТ, n=54	$8,76 \pm 4,56$	$7,13 \pm 3,58^*$	$16,28 \pm 10,55^{\dagger}$	$45,85 \pm 12,17$	$48,02 \pm 9,96$	$24,2 \pm 5,63^{\S}$
РМ, n=52	$7,25 \pm 4,71$	$5,73 \pm 3,58^*$	$12,0 \pm 7,51^{\dagger}$	$43,52 \pm 9,49$	$46,17 \pm 11,8$	$27,37 \pm 4,44^{\S}$

Примечание: достоверность различий между группами МТ и РМ: * — $p < 0,05$; † — $p < 0,01$; § — $p < 0,001$. Т — тревога, Д — депрессия.

Таблица 5

Степень выраженности тревоги и депрессии по шкале HADS в группах больных МТ и РМ

Группы	HADS					
	Тревога			депрессия		
	отсутствие 0-7	умеренная 8-10	выраженная 11 и ≥	отсутствие 0-7	умеренная 8-10	выраженная 11 и ≥
МТ, n=54	24 (44,45%)	12 (22,22%)	18 (33,33%)	31 (57,41%)*	12 (22,22%)	11 (20,37%)
РМ, n=52	25 (48,08%)	18 (34,61%)	9 (17,31%)	40 (76,92%)*	7 (13,46%)	5 (9,62%)

Примечание: достоверность различий между группами МТ и РМ: * — $p < 0,03$.

Таблица 6

Степень выраженности депрессии по шкале BDI в группах больных МТ и РМ

Группы	Степень выраженности депрессии по BDI				
	отсутствие 0-9	легкая 10-15	умеренная 16-19	выраженная 20-29	тяжелая 30-63
МТ, n=54	10 (18,52%)	25 (46,29%)*	4 (7,41%)	11 (20,37%)	4 (7,41%)
РМ, n=52	25 (48,08%)	12 (23,08%)*	4 (7,69%)	11 (21,15%)	0 (0%)

Примечание: достоверность различий между группами МТ и РМ: * — $p < 0,01$.

после КШ. Показатель тревоги по шкале HADS в группе больных РМ также согласуется с показателем РТ теста Спилберга в этой группе больных КБС (таблица 4). Отсутствие симптомов депрессии по шкале HADS отмечалось достоверно чаще в группе РМ, наличие умеренно выраженной и выраженной депрессии — чаще в группе МТ.

Данные по степени выраженности депрессии по шкале BDI в группах МТ и РМ представлены в таблице 6.

Отсутствие симптомов депрессии по шкале BDI отмечалось значительно чаще в группе РМ по сравнению с группой МТ, а наличие легкой депрессии — в группе больных МТ (различие достоверно). Частота распространения умеренной и выраженной депрессии в обеих сравниваемых группах МТ и РМ была

практически одинаковой. Симптомы тяжелой депрессии отмечались только в группе МТ.

Заключение

По данным психометрических тестов выявлена более высокая степень выраженности симптомов спектра ТДР в группе больных МТ по сравнению с группой РМ.

Показатель КЖ по МСОС в группе больных, которым была выполнена РМ (ЧКВ или КШ) был достоверно выше по сравнению с группой МТ.

При планировании лечебных и реабилитационных мероприятий необходимо учитывать личностные особенности больных КБС, которые могут оказывать определенное влияние на формирование выбора метода лечения: МТ или РМ.

Литература

- European Guidelines on cardiovascular disease prevention clinical practice (version 2012). Eur Heart J 2012; 33: 1635-701.
- Yusuf S, Hawkin S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study. Lancet 2004; 364: 937-52.
- Doletsky AA, Svet AV, Chaplygin AV. Psychological rehabilitation of cardiac patients. Cardiology and Cardiovascular Surgery 2011; 1: 31-6. Russian (Долецкий А.А., Свет А.В., Чаплыгин А.В. Психологическая реабилитация кардиологических больных. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия 2011; 1: 31-6).
- Rozanski A, Blumenthal JA, Karina W, et al. The Epidemiology, Pathophysiology, and Management of Psychosocial Risk Factors in Cardiac Practice. JASS 2005; 45(5): 637-51.
- Dickens C, McGowan L, Persival P, et al. Depression is a risk factor for mortality after myocardial infarction: fact or artifact? JACC 2007; 49: 1834-40.
- Depression as a Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Acute Coronary Syndrome: Systematic Review and Recommendations A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation 2014; 129: 1350-69.
- Chernoff EI, Averin EE. Depression and cytokine activation in patients with coronary heart disease with multivessel coronary disease. Bulletin of neurology, psychiatry, neurosurgery, 2010; 6:4-8. Russian (Чернова Е.И., Аверин Е.Е. Депрессия и цитокиновая активация у больных ишемической болезнью сердца с многососудистым поражением коронарного русла. Вестник неврологии, психиатрии, нейрохирургии 2010; 6:4-8).
- Vasiuk JA, Lebedev AV, Dovzhenko TV, et al. Affective disorders in acute myocardial infarction and their possible correction tiapentine. Ter arch 2010; 10:28-33. Russian (Васюк Ю.А., Лебедев А.В., Довженко Т.В. и др. Аффективные расстройства при остром инфаркте миокарда и возможности их коррекции тиапентином. Тер архив 2010; 10: 28-33).
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67: 361-70.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An Inventory for Measuring Depression. Arch Gen Psychiatr 1961; 4: 561-71.
- Hanin YL. Quick Guide to the application of the scale of reactive and personal anxiety ChD Spielberger. L.: LNIITEK 1976; 18. Russian (Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга. Л.: ЛНИИТЕК 1976; 18).
- Zalasskaya YV, Noruzbaeva AN, Mirakhimov EM. Assessment of quality of life in patients with coronary heart disease and hyperlipidemia, trained in special education programs. Central Asian Medical Journal 2002; 2(8): 189-93. Russian (Залесская Ю.В., Норузбаева А.Н., Миррахимов Э.М. Оценка качества жизни у пациентов с коронарной болезнью сердца и гиперлипидемией, прошедших обучение по специальной образовательной программе. Центрально-Азиатский медицинский журнал 2002; 2(8): 189-93).
- Oganov RG, Maslennikova GY. Strategies for prevention of cardiovascular diseases in the Russian Federation. Clinical Medicine 2012; 3: 4-7. Russian (Оганов Р.Г., Масленикова Г.Я. Стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации. Клиническая медицина 2012; 3: 4-7).
- Roohafza H, Sadeghi M, Khani A, et al. Psychological state in patients undergoing coronary artery bypass grafting surgery or percutaneous coronary intervention and their spouses. J Nurs Pract. 2014 Apr 22. doi: 10.1111/jnp.12234. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24750214>.
- Pogosova GV. Current approaches to diagnosis and treatment of depressive spectrum disorders in general practice. Methodical manual for doctors. Cardiovascular Therapy and Prevention 2007; Suppl: 3-24. Russian (Погосова Г.В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общей медицинской практике. Методическое пособие для врачей. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2007; Приложение: 3-24).