

Тревога, депрессия и качество жизни у пациентов со стенокардией и хронической обструктивной болезнью легких

Ф.И.Белялов¹, А.А.Хамаева²

¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей;

²Кардиологическое отделение Медсанчасти ИАПО

Резюме. Изучены выраженность тревоги и депрессии, качество жизни и клинико-функциональные показатели у пациентов (146 больных со стенокардией I–III функционального класса, включая 79 с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких) со стабильной стенокардией и коморбидной хронической обструктивной болезнью легких. Показано, что при стенокардии с коморбидным заболеванием легких чаще встречаются и более выражены тревога и депрессия, а также физические ограничения, снижающие качество жизни.

Ключевые слова: стенокардия, хроническая обструктивная болезнь легких, тревога, депрессия, качество жизни.

Anxiety, depression, and quality of life in patients with angina and chronic obstructive pulmonary disease

F.I.Balyalov¹, A.A.Hamaeva²

¹Irkutsk Medical Institute of Postgraduate Studies; ²Hospital of Irkutsk Aircraft Association

Summary. The mental state impaired in patients with angina in association with chronic obstructive pulmonary disease frequently. The mental disorders and somatic disease may lead to functional disability and decrease quality of life.

Objectives. To discover anxiety, depression, quality of life, clinical features and laboratory tests in patients with angina in association with chronic obstructive pulmonary disease.

Materials and methods. 146 inpatients (females 19%; males 81%, mean age 60±1,5 years) with angina and chronic obstructive pulmonary disease are included in the study. 146 inpatients have angina with comorbid chronic obstructive pulmonary disease.

Results and conclusions. Patients with angina pectoris with comorbid chronic obstructive pulmonary disease have more severe anxiety and depression, and lower SF-36 physical component summary scores than patients with angina or chronic obstructive pulmonary disease only.

Key words: angina pectoris, chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, depression, quality of life.

Введение

Среди пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в 34–36% случаев встречается ишемическая болезнь сердца (ИБС) и почти в 2 раза повышены риск госпитализаций и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний [1–3]. У госпитализированных пациентов с ИБС распространенность бронхиальной обструкции составила 34%, что почти в 2 раза выше, чем у лиц без заболевания сердца (17,5%). Причем у 60–87% пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями бронхиальная обструкция выявлена впервые [4].

Коморбидные психические расстройства также нередко встречаются при ИБС и ХОБЛ. Тревога и депрессия среди пациентов с ХОБЛ определялись значительно чаще, чем у лиц без респираторного заболевания – в 49 и 52% случаев соответственно [5]. При этом депрессия, по данным T.Ng и соавт. [6], тесно связана с повышением смертности,

ухудшением функционального состояния, большим стажем курения и более длительной госпитализацией. У пациентов с ИБС депрессия выявлялась с тревогой в 38–57% случаев и ассоциировалась с повышением частоты стенокардии, риска сердечно-сосудистых событий и смертности [7–11].

Таким образом, существуют многочисленные исследования коморбидных соматических и психических заболеваний у пациентов с изолированными болезнями внутренних органов, включая ИБС и ХОБЛ. В то же время остается неясным, как влияет сочетание двух соматических заболеваний и более на качество жизни и психическое состояние пациентов.

Целью настоящего исследования явилось изучение тревоги, депрессии и качества жизни у пациентов со стабильной стенокардией в зависимости от наличия коморбидной ХОБЛ и других соматических заболеваний.

Материалы и методы

Обследованы 146 пациентов, поступивших в городскую клиническую больницу №3 г. Иркутска с диагнозом «стабильная стенокардия I–III функционального класса» (120 мужчин, 81%; 26 женщин, 19%). Средний возраст больных составил 60 лет. Диагноз сердечно-сосудистого заболевания устанавливали в соответствии с общепринятыми рекомендациями Всероссийского научного общества кардиологов и Канадской классификацией стенокардии.

У 79 (54%) больных выявлена сопутствующая ХОБЛ (по диагностическим критериям GOLD): I стадии – 17%, II стадии – 27,4%, III стадии – 9,6%. Все пациенты были разделены на две группы: с изолированной стенокардией (67 наблюдений) и сопутствующей ХОБЛ (79 наблюдений).

Выраженность стенокардии оценивали с помощью Сиэтлского опросника. Для оценки одышки использовали шкалу Medical Research

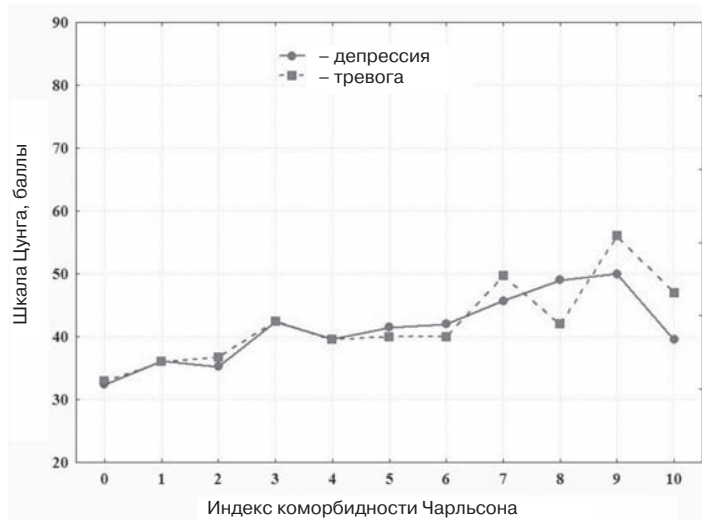
Таблица 1. Тревога и депрессия у пациентов со стабильной стенокардией и коморбидной ХОБЛ

шкала Цунга	Уровень, баллы			Число пациентов с тревогой или депрессией, %		
	стенокардия	ХОБЛ + стенокардия	<i>p</i>	стенокардия	ХОБЛ + стенокардия	<i>p</i>
Депрессия	36 (35–40)	42 (37–49)	0,01	5 (7,4%)	20 (25,3%)	0,004
Тревога	38 (33–43)	45 (35–48)	0,007	40 (59,7%)	60 (75,4%)	0,03

Таблица 2. Показатели качества жизни у пациентов со стабильной стенокардией и коморбидной ХОБЛ

(опросник SF-36)	Уровень, баллы		<i>p</i>
	стенокардия	стенокардия + ХОБЛ	
PF	45 (35–52)	37 (32–38)	0,01
RP	17 (17–27)	17 (17–37)	0,56
BP	35 (30–47)	35 (30–42)	0,46
GH	37 (32–45)	38 (32–42)	0,96
VT	45 (40–52)	42 (40–52)	0,36
SF	41 (30–46)	40 (35–52)	0,65
RE	24 (10–57)	25 (10–58)	0,39
MN	45 (35–48)	38 (32–48)	0,12
RH _{sum}	38 (32–42)	34 (30–41)	0,21
MN _{sum}	41 (30–45)	32 (25–38)	0,09

Уровень тревоги и депрессии в зависимости от индекса коморбидности.



Результаты

Частота тревоги и депрессии у пациентов с исследуемыми соматическими заболеваниями представлена в табл. 1.

Тревожный синдром встречался в 100 (69%) наблюдениях, из которых в 68 (46,6%) случаях определена тревога легкой степени тяжести, в 28 (19,7%) уровень тревоги соответствовал средней степени, а в 4 (2,7%) регистрировалась выраженная тревога. Частота тревоги повышалась в зависимости от тяжести ХОБЛ (у 52, 82 и 96% пациентов с I, II и III стадиями соответственно; $p=0,02$). Тревожный синдром также чаще выявлялся у пациентов с более тяжелой стенокардией (у 45, 82 и 92% пациентов с I, II и III функциональным классом соответственно; $p=0,05$). Тревога регистрировалась чаще и была более выраженной у пациентов с двумя соматическими заболеваниями, чем с одним.

Легкие депрессии выявлены у 25 (17,1%) пациентов и достоверно чаще встречались у пациентов с коморбидной ХОБЛ, чем при изолированной стенокардии. Частота депрессии также увеличивалась в зависимости от стадии ХОБЛ (в 15, 45 и 88% случаев у пациентов с I, II, III стадиями соответственно; $p=0,01$). Частота депрессии составила 14, 16 и 19% у пациентов с I, II и III функциональным классом соответственно ($p>0,05$).

В целом у пациентов с сочетанием заболеваний сердца и легких повышен риск тревоги и депрессии (отношение шансов для тревоги 1,27, для депрессии – 3,39).

При изучении качества жизни с помощью опросника SF-36 уровень физического функциониро-

Council Dyspnea Scale (MDRD). Всем пациентам проводили обследование, которое включало оценку индекса массы тела, индекса курения и степени никотиновой зависимости, общий анализ крови и мочи, анализы липидного спектра, глюкозы и креатинина в плазме крови, скорость клубочковой фильтрации по MDRD, регистрацию электрокардиограммы (ЭКГ) в 12 отведениях, эхокардиографию, холтеровское мониторирование ЭКГ, велоэргометрию, спирографию, тест с бронходилататором, пикфлоуметрию. Рассчитывали индекс коморбидности Чарльсона, включавший 14 распространенных соматических заболеваний разной степени тяжести.

Оценку психического статуса проводили с применением само-

опросников тревоги и депрессии Цунга, шкалы HADS, Торонтской алекситимической шкалы, теста приверженности лечению Мориски–Грина. Применяли также опросники для оценки качества жизни SF-36 и опросник клиники Святого Георгия для оценки качества жизни больных с легочными заболеваниями.

Статистическую обработку материала проводили с помощью программы Statistica 7.0. Для сравнения групп применяли непараметрические критерии Манна–Уитни и Крускала–Уоллиса, различия частот оценивали с помощью таблицы «2×2», а для оценки взаимосвязей использовали коэффициент корреляции Спирмена. Данные описывали с помощью медианы и межквартильного размаха.

вания в группе с изолированной стенокардией был достоверно выше, чем в группе с коморбидной ХОБЛ. Однако по суммарному физическому и психическому компонентам качества жизни различий между группами не выявлено (табл. 2).

Качество жизни (респираторный опросник клиники Святого Георгия) было достоверно ниже у пациентов с двумя коморбидными соматическими заболеваниями, чем в случаях с изолированной стенокардией (37,6 балла против 15,04 балла соответственно; $p=0,01$).

Из клинических проявлений соматического заболевания у пациентов с коморбидной ХОБЛ была достоверно более выражена одышка, чем у пациентов с изолированной стенокардией. Выявлена также умеренная связь между уровнем депрессии и тревоги, с одной стороны, и степенью одышки – с другой ($r=0,45$, $p=0,01$; $r=0,48$, $p=0,01$).

Тяжесть депрессии (шкала Цунга) увеличивалась при увеличении индекса Чарльсона (см. рисунок). Самый высокий уровень депрессии (50 баллов) наблюдался при индексе 9 баллов, а при индексе 10 баллов уровень депрессии снижался до 39 баллов. Аналогично депрессии уровень тревоги по шкале Цунга увеличивался по мере увеличения индекса Чарльсона и достиг максимального значения при индексе, равном 9 баллам.

Между индексом Чарльсона и психическими факторами выявлена достоверная умеренная связь с уровнем тревоги ($r=0,38$, $p=0,03$) и депрессии ($r=0,48$, $p=0,03$). Обнаружено также статистически значимое снижение суммарного физического компонента качества жизни ($r=-0,48$, $p=0,01$), физического ($r=-0,45$, $p=0,01$), ролевого функционирования ($r=-0,35$, $p=0,01$), общего здоровья ($r=-0,30$, $p=0,01$) по мере увеличения индекса Чарльсона.

У больных со стенокардией и коморбидной ХОБЛ с тревожным синдромом снижалась приверженность лечению лекарственными препаратами и были отмечены более высокие значения по шкале алекситимии. Для пациентов с изолированной стенокардией связи психических расстройств с уровнем алекситимии и приверженностью лечению не наблюдалось.

Таким образом, у пациентов с сочетанием двух соматических заболеваний и более увеличились частота и выраженность тревоги и депрессии, что свидетельствует о широком спектре коморбидных связей между психическими и соматическими заболеваниями [12, 13]. В этой связи актуальна разработка современных интегральных индексов коморбидности [14].

Литература

1. Curkendall SM, DeLuise C, Jones JK et al. Cardiovascular disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Epidemiol* 2006; 16 (1): 63–70.

2. Mapel DW, Dedrick D, Davis K et al. Trends and cardiovascular co-morbidities of COPD patients in the Veterans Administration Medical System, 1991–1999. *COPD*. 2005; 2 (1): 35–41.

3. Sidney S, Sorel M, Quesenberry CP et al. COPD and incident cardiovascular disease hospitalizations and mortality: Kaiser Permanente Medical Care Program. *Chest* 2005; 128 (4): 2068–75.

4. Soriano JB, Rigo F, Guerrero D et al. High prevalence of undiagnosed airflow limitation in patients with cardiovascular disease. *Chest* 2010; 137 (2): 333–40.

5. Funk GC, Kirchheimer K, Burghuber OC et al. BODE index versus GOLD classification for explaining anxious and depressive symptoms in patients with COPD – a cross-sectional study. *Respir Res* 2009; 10 (1): 1.

6. Ng TP, Niti M, Tan WC et al. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch Intern Med* 2007; 167 (1): 60–7.

7. Оганов РГ, Позосова ГВ, Шальнова СА и др. Результаты исследования «КОМПАС». *Кардиология*. 2005; 8: 37–43.

8. Чазов ЕИ, Оганов РГ, Позосова ГВ и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования. *Кардиология*. 2007; 3: 28–37.

9. Frasure-Smith N, Lesperance F. Depression and Anxiety as Predictors of 2-Year Cardiac Events in Patients With Stable Coronary Artery Disease. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 62–71.

10. Pokorski RJ. Mortality risk in patients with coronary artery disease and depression. *J Insur Med* 1999; 31: 4–7.

11. Surtees PG, Wainwright NWJ, Luben RN et al. Depression and Ischemic Heart Disease Mortality: Evidence From the EPIC–Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 515–23.

12. Белялов Ф.И. Двенадцать тезисов психосоматической медицины. Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике. Сб. науч. ст. Иркутск, 2009; 55–9.

13. Белялов Ф.И. Двенадцать тезисов коморбидности. Сочетанные заболевания внутренних органов в терапевтической практике. Сб. науч. ст. Иркутск, 2009; 47–52.

15. Falk JA, Kadiev S, Criner GJ et al. Cardiac disease in chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc* 2008; 5 (4): 543–8.

Сведения об авторах:

Белялов Фарид Исмагильевич – д-р мед. наук, проф. каф. геронтологии и гериатрии Иркутского государственного института усовершенствования врачей, гл. терапевт Департамента здравоохранения г. Иркутска (e-mail: fbelyalov@yandex.ru)

Хамаева Александра Алексеевна – врач кардиологического отделения Медсанчасти ИАПО (med.email@yandex.ru)

— * —