

Связь тревоги и депрессии с качеством жизни у пациентов с нестабильной стенокардией

Ф.И. БЕЛЯЛОВ, Л.Е. МАЛЬЦЕВА, Р.Н. ЯГУДИНА

Correlation between anxiety, depression and life quality in patients with unstable angina

F.I. BELYALOV, L.E. MAL'TSEVA, R.N. YAGUDINA

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск; Городская клиническая больница №3, Иркутск

Изучена взаимосвязь эмоционального состояния пациентов с нестабильной стенокардией и качества жизни. В исследовании включены 55 пациентов. Качество жизни оценивали по Сиэтловскому опроснику пациентов со стенокардией (SAQ). Показана взаимосвязь качества жизни у пациентов данной группы с уровнем тревоги и депрессии по тестам Цунга, а также с возрастом и скоростью клубочковой фильтрации почек.

Ключевые слова: нестабильная стенокардия, тревога, депрессия, качество жизни.

55 patients were included in the study. Quality of life was evaluated using Seattle Angina Questionnaire (SAQ). According to Tsung tests correlation between quality of life, levels of anxiety and depression, age and glomerular filtration rate was estimated.

Key words: unstable angina, anxiety, depression, quality of life

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — ведущая причина смерти и инвалидизации населения, поэтому изучение влияния психических и соматических факторов на тяжесть, прогноз и эффективность лечения заболевания остаются актуальными научно-исследовательскими задачами. Не менее важно исследовать влияние заболевания на разные аспекты повседневной жизни человека, которые оцениваются тестами качества жизни (КЖ).

Среди психических факторов чаще всего изучают тревогу и депрессию, поскольку в арсенале врача имеются достаточно эффективные средства коррекции эмоциональных изменений и сохраняется надежда на последующее улучшение прогноза соматического заболевания.

Анализ результатов предшествующих исследований позволил выявить существенную связь тревоги и депрессии с риском развития осложнений, трудоспособностью, частотой обращений к врачам и соблюдением схемы назначенного лечения у пациентов в основном со стабильными формами ИБС [1, 4, 13, 18].

Нестабильная стенокардия (НС) нередко предшествует инфаркту миокарда и внезапной смерти и обуславливает необходимость госпитализации и активного лечения, поэтому важна ее своевременная и точная диагностика. При этом диагноз НС устанавливается методом опроса и основан на оценке ощущений пациента.

В этой связи в работе поставлена задача оценить связь эмоционального состояния пациентов и КЖ, обусловленного стенокардией нестабильного течения.

Материал и методы

Обследованы 55 пациентов, поступивших в кардиологическое отделение городской больницы №3 Иркутска с диагнозом НС, который устанавливали в соответствии с общепринятыми критериями [2]. Средний возраст пациентов составил $60 \pm 11,4$ года, 36,4% женщины, 63,6% мужчины.

Для оценки тяжести стенокардии использовали Сиэтловский опросник стенокардии (SAQ), который включает шкалы физических ограничений (вопрос 1), недавних изменений выраженности ангинозных болей (вопрос 2), частоты стенокардии (вопросы 3–4), удовлетворенности лечением (вопросы 5–8) и КЖ, обусловленного стенокардией (вопросы 9–11) [14]. Каждая шкала включает диапазон от 0 до 100 баллов, при этом более высокие оценки свидетельствуют о лучшем функциональном состоянии. Для упрощения интерпретации физические ограничения, частоту и стабильность стенокардии ранжировали на выраженные (0–24), умеренные (25–49), легкие (50–74) и минимальные (75–100). КЖ, обусловленное стенокардией, делили на очень низкое (0–24), умеренно сниженное (25–49), незначительно сниженное (50–74), хорошее или отличное (75–100) [12, 15].

Для изучения эмоционального состояния пациентов применяли тесты самооценки тревоги и депрессии Цунга, шкалы тревоги Гамильтона и депрессии Монтгомери—Асберга, Торонтский опросник алекситимии. Шкалу AUDIT использовали для оценки употребления алкоголя.

Кроме того, исследовали уровень глюкозы, холестерина, тропонина Т в плазме крови, скорость клубочковой фильтрации по формуле и регистрировали электрокардиограмму в 12 отведениях.

Результаты и обсуждение

Анализ корреляционных связей шкал Сизтловского опросника с выбранными факторами позволил выявить, что с увеличением возраста пациентов усиливаются физические ограничения ($R=-0,53$; $p=0,00005$), повышается частота стенокардии ($R=-0,38$; $p=0,005$) и снижается КЖ, обусловленное заболеванием ($R=-0,42$; $p=0,002$). Такая связь очевидна, так как у пациентов с увеличением возраста прогрессируют коронарный атеросклероз и тяжесть ИБС.

Физические ограничения и выраженность болей оказались выше, а КЖ ниже у женщин, однако после коррекции по уровню тревоги статистически значимых различий по полу обнаружено не было.

Тревогу с помощью теста Цунга выявили у 40% пациентов, в том числе в 34,5% — умеренную и в 5,5% — сильную. У женщин тревога была выражена сильнее, чем у мужчин (38,7 против 31,6; $p=0,005$). Найдена статистически значимая корреляция между уровнем тревоги по шкале Цунга со шкалами физических ограничений ($R=-0,52$; $p=0,0001$), частоты стенокардии ($R=-0,49$; $p=0,0002$) и КЖ, обусловленного стенокардией ($R=-0,56$; $p=0,00001$). В отличие от шкалы Цунга, показатели тревоги шкалы Гамильтона не были взаимосвязаны с исследуемыми характеристиками стенокардии.

В группе пациентов с тревогой были более выражены физические ограничения, выше частота ангинозных болей и ниже КЖ, обусловленное НС (см. таблицу).

Негативное влияние тревоги на стенокардию во многом связано с симпатической активизацией и, как следствие, с повышением потребности миокарда в кислороде, гиперкоагуляцией, дисфункцией эндотелия [9]. В предыдущих исследованиях также показано, что пациенты с хронической формой ИБС и высоким уровнем тревоги оценивали выше интенсивность ангинозных болей [3].

Легкая депрессия по тесту Цунга была обнаружена у 12,7% пациентов с НС, при этом у женщин депрессия более выражена (44,9 против 36,9 у мужчин; $p=0,0007$). Выявлена корреляция уровня депрессии с физическими ограничениями, повышением частоты ангинозных болей, нестабильным течением болезни, а также КЖ, обусловленным заболеванием ($R=-0,44$; $p=0,001$; $R=-0,55$;

$p=0,00003$; $R=-0,38$; $p=0,005$ и $R=-0,62$; $p=0,000001$ соответственно).

В группе пациентов с депрессией КЖ, связанное со стенокардией, было статистически значимо ниже (см. таблицу). Как и в случае тревоги, связь показателей более объективной шкалы депрессии Монтгомери—Асберга с показателями КЖ при стенокардии не обнаружена.

Негативное влияние депрессии на ИБС может быть связано с активацией симпатико-адреналовой системы [6, 9], снижением вагусной активности [16, 17], повышенной агрегационной способностью тромбоцитов [10, 11].

Алекситимия часто встречается у больных ИБС [4]. У пациентов с неспособностью адекватно осознавать и вербализовать собственное эмоциональное состояние оказались статистически значимо выше частота ангинозных болей и ниже КЖ. Уровень алекситимии был выше у пациентов с тревогой и не зависел существенно от наличия депрессии (см. таблицу).

Следует отметить, что у пациентов с более выраженным употреблением алкоголя реже встречалась тревога и депрессия. При этом уровень потребления алкоголя в исследуемой группе пациентов был низким.

Физические ограничения, частота ангинозных болей и КЖ, связанное со стенокардией, были статистически значимо связаны со всеми шкалами опросника SF-36.

При исследовании ассоциации показателей КЖ при стенокардии с соматическими факторами обнаружена связь КЖ, физических ограничений и выраженности ангинозных болей со скоростью клубочковой фильтрации почек ($R=-0,44$, $p=0,001$; $R=0,39$, $p=0,003$ и $R=-0,42$, $p=0,002$ соответственно). Снижение функции почек негативно влияет и на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и относится к большим факторам риска наряду с сахарным диабетом, дислипидемией, курением и артериальной гипертензией. По данным исследования HOPE, снижение скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м² связано с повышением сердечно-сосудистой смертности на 50% [19].

В то же время показатель КЖ не был связан с изменениями электрокардиограммы, уровнями в крови тропонина Т, глюкозы и холестерина.

Таким образом, КЖ больных с НС связано с аффективным состоянием в большей степени, чем с соматическими факторами. Аналогичные связи ранее были обнаружены при других формах ИБС [7]. Важность оценки КЖ у пациентов с НС обусловлена не только необходимостью интегральной оценки повседневной жизни пациен-

Таблица. Показатели клинических шкал у пациентов с нестабильной стенокардией в зависимости от аффективного состояния

Шкала, баллы	Тревога			Депрессия		
	нет	есть	<i>p</i>	нет	есть	<i>p</i>
Сизтловский опросник						
Физические ограничения	41,1	19,9	0,0001	34,1	20,4	0,12
Частота стенокардии	57	38,9	0,004	50,7	41,7	0,23
Стабильность стенокардии	33,5	29,5	0,51	31,7	33,3	0,79
Выполнение схемы назначенного лечения	58,4	60,1	0,53	59,6	57,1	0,62
Качество жизни	34,6	19,4	0,001	30,4	13,3	0,02
Алекситимия	68	78	0,01	70,7	79,6	0,099
AUDIT	6,4	4	0,01	6,2	0,9	0,03

тов, но и существенным влиянием показателя на прогноз, включая смертность и частоту развития острых коронарных синдромов [15].

Выводы

1. У пациентов с НС, характеризующейся повышенным риском развития кардиальных осложнений, преобладает тревога, а депрессия встречается реже.

2. Тесты тревоги и депрессии Цунга более чувствительны для оценки связи эмоционального состояния с КЖ у пациентов с НС по сравнению с тестом тревоги Гамильтона и тестом депрессии Монтгомери—Асберга.

3. КЖ пациентов, обусловленное НС, в большей степени связано с тревогой и депрессией, чем с исследованными соматическими факторами.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Белялов Ф.И.* Диагностика и лечение психических расстройств у соматических больных. Иркутск: РИО ИГИУВа 2009; 209—213.
2. ВНОК. Рекомендации по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ. В кн: Национальные клинические рекомендации. М: Силицея-Полиграф 2008; 412—443.
3. *Ибатов А.Д.* Влияние тревожных расстройств на течение ишемической болезни сердца. Рус мед журн 2007; 15: 1443—1446.
4. *Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В.* Психокardiология. М 2005; 784.
5. *Arnold S.V., Spertus J.A., Ciechanowski P.S. et al.* Psychosocial Modulators of Angina Response to Myocardial Ischemia. *Circulation* 2009; 120: 2: 126—133.
6. *Carney R.M., Freedland K.E., Rich M.W., Jaffe A.S.* Depression as a risk factor for cardiac events in established coronary heart disease: a review of possible mechanisms. *Ann Behav Med* 1995; 17: 142—149.
7. *Gravely-Witte S., De Gucht V., Heiser W. et al.* The impact of angina and cardiac history on health-related quality of life and depression in coronary heart disease patients. *Chronic Illn* 2007; 3: 1: 66—76.
8. *Hemingway H., Marmot M.* Evidence based cardiology: Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *Br Med J* 1999; 318: 1460—1467.
9. *Krantz D., Helmers K., Bairey C.N. et al.* Cardiovascular reactivity and mental stress-induced myocardial ischemia in patients with coronary artery disease. *Psychosom Med* 1991; 53: 1—12.
10. *Levine S.P., Towell B.L., Saurez A.M. et al.* Platelet activation and secretion associated with emotional stress. *Circulation* 1985; 71: 1129—1134.
11. *Musselman D.L., Evans D.L., Nemeroff C.B. et al.* The Relationship of Depression to Cardiovascular Disease. *Epidemiology, Biology, and Treatment. Arch Gen Psych* 1998; 50: 580—592.
12. *Rumsfeld J.S.* Health Status and Clinical Practice: When Will They Meet? *Circulation* 2002; 106: 1: 5—7.
13. *Shep D.S., Sheffield D.* Depression, Anxiety and the Cardiovascular System: the Cardiologist's Perspective. *J Clin Psych* 2001; 62 (suppl 8): 12—16.
14. *Spertus J.A., Winder J.A., Dewhurst T.A. et al.* Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 1995; 25: 2: 333—341.
15. *Spertus J.A., Jones P., McDonell M. et al.* Health Status Predicts Long-Term Outcome in Outpatients With Coronary Disease. *Circulation* 2002; 106: 1: 43—49.
16. *Stein P.K., Carney R.M., Freedland K.E. et al.* Severe depression is associated with markedly reduced heart rate variability in patients with stable coronary heart disease. *J Psychosom Res* 2000; 48: 493—500.
17. *Rechlin T., Weis M., Aspitzer A., Kaschka H.* Are affective disorders associated with alterations of heart rate variability? *J Affect Disord* 1994; 32: 271—275.
18. *Ruo B., Rumsfeld J.S., Hlatky M.A. et al.* Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *JAMA* 2003; 290: 2: 215—221.
19. *Wannamethee S.G., Shaper A.G., Lowe G.D.O. et al.* Renal function and cardiovascular mortality in elderly men: the role of inflammatory, procoagulant, and endothelial biomarkers. *Eur Heart J* 2006; 27: 2975—2981.

Поступила 25.05.10