

ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ДЕПРЕССИЕЙ.

Воробьева В.К., Егорова О.Н., Шангина О.А.

Кемеровская Государственная Медицинская Академия Росздрава РФ, кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии, г. Кемерово

Ключевые слова: *пожилой возраст, качество жизни, депрессия, стенокардия.*

Резюме. *Представлены данные о влиянии коморбидной депрессии на уровень качества жизни и клинико-функциональные показатели у пожилых пациентов старше 65 лет со стабильной стенокардией и артериальной гипертензией. Выявлено, что коморбидная депрессия достоверно ухудшает качество жизни пожилых пациентов, оказывая негативное влияние на психоэмоциональную сферу.*

Resume. *Data on influence of komorbidny depressive symptomatology on quality of life and kliniko-functional indicators at persons are submitted is more senior than 65 years with stable stenocardia and arterial hypertension. It is revealed that the komorbidny depression authentically worsens quality of life of elderly patients, having negative impact on the psychoemotional sphere.*

В последние годы в медицине широкое распространение получило понятие «качества жизни», которое означает степень удовлетворенности человека своим состоянием [5]. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ) приводят к снижению качества жизни (КЖ) больных, степень снижения которого связана с представлениями больных о тяжести заболевания и его последствиях. Вместе с тем существенное влияние на КЖ оказывают депрессивные расстройства. Согласно литературным данным, распространенность депрессии среди пожилых пациентов наиболее высока [6]. Склонные к депрессивным реакциям больные в той или иной степени преувеличивают не только свои жизненные неуспехи и неудачи, но и имеющиеся у них симптомы заболевания. Для больных не менее важно ощущение своего жизненного благополучия, как физического, так и психического и социального [4]. Пациенты с депрессивными расстройствами хуже устанавливают взаимоотношения с людьми и менее адекватны в социальном взаимодействии, чем здоровые люди [3]. Они страдают от целого ряда функциональных ограничений и значительного нарушения способности к выполнению повседневных задач, находят для себя сложным справиться с семейными и рабочими проблемами. Исследования показывают, что при наличии депрессии больные ИБС и АГ реже придерживаются здорового образа жизни, хуже выполняют врачебные рекомендации по соблюдению диеты, отказа от курения, режима физической активности, необходимости ограничения алкоголя, редко участвуют в мероприятиях по реабилитации и вторичной профилактике. Эти результаты вполне логичны, ибо маловероятно, что больной ИБС и АГ, находящийся к тому же в состоянии депрессии, будет регулярно заниматься

физическими упражнениями или следить за своим питанием. Исследования свидетельствуют, что у больных с депрессией значительно снижена приверженность (комплаенс) к лечению и соблюдению врачебных рекомендаций [1]. Такая ситуация приводит к прямым экономическим потерям за счет увеличения число повторных визитов к врачам, повторных госпитализаций.

Цель: Изучить влияние коморбидной депрессии на качество жизни и клинико-функциональные показатели пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией.

Материалы и методы: Обследовано 200 пациентов со стабильной стенокардией ФК I-III, АГ и депрессивными расстройствами. Пациенты, у которых отсутствовали тревожно-депрессивные расстройства (n=28), составили группу сравнения. В исследование не включались больные с тяжелой сопутствующей патологией. Для оценки депрессии и тревоги использовали госпитальную шкалу депрессии и тревоги (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983), опросник депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI) (Beck A.T. et al., 1961). Депрессию и тревогу диагностировали при суммарном балле HADS \geq 8, BDI \geq 19. Уровень тревоги исследовали по шкале личностной тревожности (ЛТ) и ситуативной тревожности (СТ) Спилбергера – Ханина (Spielberger C.D., 1983). Оценку качества жизни (КЖ) проводили при помощи методики Nottingham Health Profile (NHP) (Wikland I., 1994), а также по методике Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) (Балакирев Э.М., 2001), по методике КЖ Зайцева (Зайцев В.П. и соавт., 1986). Для оценки сократительной функции миокарда, массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) использовалась методика ЭХО-КС. Исследование выполнялось на аппарате «Алока 1200» (Япония). Для проведения суточного ЭКГ-мониторирования с определением показателей variability сердечного ритма использовали аппарат «Кардиотехника - 4000» (АО «Инкарт», г. Санкт-Петербург). Для оценки продолжительности интервала QT и его дисперсии (dQT) использовались электрокардиограммы с одновременно зарегистрированными 12 отведениями, записанными со скоростью 50 мм/с с последующим расчетом по формуле Базетта (Bazett H., 1920). Общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеидов высокой плотности изучали на биохимическом многоканальном анализаторе Express Plus - 550 фирмы «Bayer AG» (Германия).

Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью программы Microsoft Excel 2000. Достоверность межгрупповых различий оценивали по критерию множественных сравнений Даннета, достоверность различий внутри группы оценивали по t критерию Стьюдента. Значения представлены как среднее \pm стандартное отклонение.

Результаты и обсуждение.

Исходно исследуемые группы достоверно не различались по клиническим данным. Уровни систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД) также исходно достоверно не различались. Не было выявлено статистически значимых различий между группами по исходному

значению фракции выброса левого желудочка, а также массе миокарда левого желудочка. В то же время пульсовое артериальное давление (ПАД) в группе сравнения составило $50,9 \pm 1,8$, в то время как в группе пациентов с депрессией уровень ПАД был достоверно выше и составил $71,8 \pm 1,9$ ($p < 0,05$). В настоящем исследовании у больных с коморбидной депрессией уровень КЖ по всем используемым опросникам оказался достоверно худшим, чем у больных без депрессии. Так, средний балл по шкале оценки качества жизни ВКНЦ РАМН составил среди пациентов с депрессией $-9,66 \pm 0,24$ и в группе сравнения $-3,42 \pm 0,38$ баллов ($p < 0,05$). Показатели качества жизни по данным NHR в группе пациентов с коморбидной депрессией оказались также достоверно более худшими, чем в группе сравнения. При этом в структуре причин снижения уровня КЖ среди пациентов с депрессивной симптоматикой на первом месте оказались показатели в подшкалах: «Энергичность», «Эмоции», «Социальная изоляция». В то время как показатели в подшкалах: «Боль», «Физическая активность» в исследуемых группах значимо не различались. У пациентов с депрессией относительно пациентов группы сравнения отмечены достоверно худшие показатели, отражающие состояние основных видов повседневной активности. Исходно показатели качества жизни по данным SF-36 были также достоверно хуже у пациентов с депрессивными расстройствами по сравнению с пациентами без депрессии. Полученные данные свидетельствуют о том, что на качество жизни пожилых пациентов значительное влияние оказывают имеющиеся проблемы психоэмоциональной сферы [2]. Наличие у пациентов депрессивной, тревожной симптоматики приводит к снижению общей жизнеспособности, энергичности, и, как следствие, значительному снижению социального функционирования. При проведении корреляционного анализа полученных данных выявлена прямая корреляция между уровнем депрессии и качеством жизни пациентов ($r=0,45$, $p < 0,05$). Прямая корреляционная связь в группе больных с тревожно-депрессивной симптоматикой выявлена между уровнем тревожности и качеством жизни ($r=0,30$, $p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что на КЖ пожилых пациентов с АГ и ИБС значительное влияние оказывают имеющиеся проблемы психоэмоциональной сферы. В связи с этим исследования КЖ представляются вполне оправданными, так как они выступают как относительно независимая характеристика пациентов, которая не может быть выведена из данных, полученных с помощью объективных методов обследования больного. При проведении корреляционного анализа между уровнем депрессии и функциональным классом стенокардии достоверных данных получено не было. Не выявлено достоверных корреляционных связей между уровнем САД, ДАД, ПАД, ММЛЖ и средним баллом депрессии, что, возможно обусловлено достаточно однородной группой пациентов, включенных в исследование, поскольку подавляющее большинство из них имели АГ 1 степени и стенокардию II функционального класса. Наличие в анамнезе инфаркта миокарда с невысоким функциональным классом недостаточности кровообращения не привело к достоверному ухудшению депрессивных расстройств у пациентов со стабильной

стенокардией ФК II и АГ. В нашем исследовании показано, что у пациентов с депрессией по сравнению с пациентами без депрессии преобладают влияния симпатической нервной системы (СНС), следствием чего является дисбаланс и низкая вариабельность сердечного ритма (ВСР). Выявлены достоверные различия ВСР между пациентами группы сравнения и пациентами, имеющими депрессивные расстройства. Так значение SDNN и SDANN были достоверно ниже в группе пациентов с депрессией по сравнению с пациентами без депрессии. В группе больных с депрессией выявлена обратная корреляция ($r=-0,28$, $p<0,05$) между уровнем депрессии по HADS и SDNN. Корреляционные связи выявлены между уровнем САД и SDNN ($r=0,51$, $p=0,02$), между уровнем ДАД и SDNN ($r=0,29$, $p=0,04$). Между SDANN и показателями ПАД, САД, ДАД достоверных значений не отмечено.

В группе пожилых пациентов с коморбидной депрессией отмечена четкая тенденция к удлинению дисперсии интервала QT и его скорректированного значения. В то же время показано, что между уровнем депрессии по HADS и величиной дисперсии интервала QT имеется прямая корреляция ($r=0,27$, $p<0,05$), а также выявлена корреляционная зависимость между уровнем личностной тревожности и дисперсией интервала QT ($r=0,22$, $p<0,01$). Возможно, в процессе увеличения дисперсии интервала QT играют определенную роль психоэмоциональные факторы, такие как депрессия и тревожность, приводящие к нарушению вегетативного баланса.

Выводы:

1. Качество жизни у пожилых пациентов с сочетанной патологией (ИБС: стабильной стенокардией, артериальной гипертензией) и коморбидными депрессивными расстройствами ухудшается достоверно больше, чем у пожилых пациентов с аналогичной патологией без депрессии. Существует прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем депрессии и качеством жизни пожилых пациентов с сочетанной патологией.

2. Депрессивные расстройства у пожилых пациентов со стабильной стенокардией и артериальной гипертензией ухудшают показатели вариабельности сердечного ритма (SDNN и SDANN), пульсовое артериальное давление. Существует прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем депрессии и величиной дисперсии интервала QT, а также между уровнем личностной тревожности и дисперсией интервала QT.

Литература:

1. Бицадзе, Н. О. Клиническая геронтология. 2002;6:11-14.
2. Воробьева, О.В. CONSILIUM MEDICUM. 2004;6:2:154-158.
3. Зайцев, В.П. Кардиология. 1997;4:30-38.
4. Оганов, Р.Г. Депрессия в общей практике: проблемы и решения. М., 2004:1-3.
5. Хурс, Е. М. Структурно-функциональные характеристики здорового сердца и их взаимосвязи с вегетативной регуляцией сердечного ритма / Е. М. Хурс, А. В. Поддубная // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – № 1. – С. 80–86.

6. Шальнова С.А., Оганов Р.Г. ишемическая болезнь сердца. Современная реальность по данным всемирного регистра CLARIFY// Кардиология . – 2013. – Т.53. – №8. – С. 28–33.

Репозиторий БГМУ