

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЛИЦ С МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Бойчук Л.А.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра кардиологии и внутренних болезней
УЗ ГК Больница скорой медицинской помощи
г. Минск*

Ключевые слова: микроваскулярная стенокардия, тревога, депрессия, качество жизни, сердечно-сосудистые заболевания.

Резюме: в статье рассмотрены особенности эмоционального статуса и качества жизни у лиц с микроваскулярной стенокардией а также их влияние на риск кардиоваскулярных событий с применением методов медицинской диагностики, клинико-

психологических методов (беседа, наблюдение) и опросников для оценки качества жизни (SF-36) и эмоционального состояния («Госпитальная шкала тревоги и депрессии»)

Resume: The article describes the features of the emotional status and quality of life in patients with microvascular angina as well as their impact on the risk of cardiovascular events with the use of medical diagnostic techniques, clinical and psychological methods (conversation, on-observation) and questionnaires to assess quality of life (SF- 36) and emotional state ("hospital anxiety and depression scale")

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания в настоящее время остаются доминирующей причиной смертности [1], в связи с чем сохраняет актуальность проблема профилактики, своевременного распознавания и коррекции известных факторов кардиологического риска. Как известно, микроваскулярная стенокардия (МВС) определяется как стенокардия, вызванная структурно-функциональными нарушениями малых коронарных артерий. МВС характеризуется приступами стенокардии, подтвержденными данными положительных стресс-тестов, при наличии неизменных либо малоизмененных артерий при проведении селективной коронароангиографии [1;3]. Актуальность проблемы подчёркивается также исследованиями, демонстрирующими тот факт, что несмотря на благоприятный прогноз, у некоторых пациентов с микроваскулярной стенокардией наблюдаются стойкие проявления и даже ухудшение течения заболевания со временем, возникновение более частых сильных длительных приступов стенокардии, устойчивых к медикаментозному лечению[4;5]. Симптомы могут ограничивать повседневную активность пациентов и приводить к частому выполнению неинвазивных и даже инвазивных диагностических процедур, а также к госпитализации в стационар или реанимационное отделение. Таким образом, качество жизни у таких больных сильно страдает, и поэтому микроваскулярная стенокардия является социально и экономически значимым заболеванием[2;6].

Цель: изучить состояние психоэмоциональной сферы у пациентов с микроваскулярной стенокардией и определить мишени психологической коррекции в системе первичной и вторичной профилактики неблагоприятных исходов сердечно-сосудистых событий.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 20 пациентов с микроваскулярной стенокардией, госпитализированных в 1-е кардиологическое отделение УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в возрасте 35-62 лет (5 мужчин и 15 женщин). Группу сравнения составили 20 пациентов со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий (14 женщин и 6 мужчин), достоверно не отличавшихся по возрасту и соотношению полов.

Оценку качества жизни (КЖ) проводили по опроснику Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) [2; 4], который включал 36 вопросов, отражающих 8 концепций (шкал) здоровья: физическую работоспособность (Physical Functioning - PF), влияние физического состояния на повседневную деятельность (Role-Physical Functioning - RP), интенсивность боли (Bodily pain - BP), общее состояние здоровья (General Health - GH), жизненную

активность (Vitality - VT), социальное функционирование (Social Functioning — SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional - RE), психическое здоровье (Mental Health - MH). В целом вопросы опросника формировали два компонента здоровья: физический (Physical Health - PH) и психологический (Mental Health - MH). После проведения шкалирования результаты выражали в баллах от 0 до 100 по каждой из 8 шкал. Чем выше значение показателя, тем лучше оценка по избранной шкале. «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» («Hospital Anxiety and Depression Scale» - HADS), направленная на оценку выраженности симптомов тревожных и депрессивных расстройств [3; 5]. Математико-статистический анализ данных осуществлялся с помощью программной системы SPSS Statistics for Windows (версия 20). При эмпирическом анализе данных использовались методы описательной статистики (частоты, среднее, процентное соотношение), методы выявления различий на независимых выборках (U-критерий Манна-Уитни).

Результаты и их обсуждение. По социально-демографическим характеристикам группы существенно не различались: преобладали респонденты, имеющие высшее образование (в среднем 64%). В группе МВС отмечался несколько более высокий процент состоящих в браке (78,1%) по сравнению с группой пациентов с САК (в браке - 50%; $p=0,05$). В группе МВС 75% составляли женщины, мужчины — 25%. В группе пациентов с САК распределение женщин и мужчин было тем же (70% и 30% соответственно; $p=0,05$), средний возраст пациентов составил $49,6 \pm 7,2$ года. Данное наблюдение представлялось важным для более объективной оценки КЖ респондентов.

Результаты исследования показали, что в целом удовлетворенность своим физическим здоровьем у пациентов со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий выше, чем в группе пациентов с микроваскулярной стенокардией, несмотря на то, что респонденты группы МВС по критерию «Физическая активность» оценивают своё КЖ выше, то есть отмечали большую переносимость физических нагрузок (табл. 1). Что касается болевых ощущений в груди у пациентов обеих групп было достоверное отличие: пациенты с микроваскулярной стенокардией оценивали интенсивность болевых ощущений выше, чем пациенты сравниваемой группы. Различия в оценке КЖ в психологической сфере не выявлены.

Таблица 1. Показатели качества жизни пациентов с МВС (согласно SF-36).

Группы пациентов	Компоненты качества жизни									
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PH	MH
Пациенты с МВС, n=20	67,2	75,2	79,1	79,3	71,0	64,6	73,1	67,9	87,7	72,7
	5	1	7	3	6	9	7	0	3	3
Пациенты с САК, n=20	87,0	72,2	63,9	63,3	66,0	72,4	58,9	66,5	64,0	59,2
	5	2	0	8	3	4	7	5	4	7

Статистика, Хи-квадрат	8,74 6	2,83 0	2,93 5	3,08 1	0,33 0	1,10 9	3,24 5	0,57 3	8,66 9	2,73 1
Достоверность различий (p)	0,01 3	0,24 3	0,00 1	0,21 4	0,84 8	0,57 4	0,19 7	0,75 1	0,01 3	0,25 5

Примечание: МВС — лица с микроваскулярной стенокардией; САК — лица со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий, Physical Functioning - PF физическая работоспособность, Role-Physical Functioning - RP - влияние физического состояния на повседневную деятельность, Bodily pain - BP - интенсивность боли, General Health - GH - общее состояние здоровья, Vitality - VT - жизненная активность, Social Functioning - SF - социальное функционирование, Role-Emotional – RE - ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, Mental Health - MH - психическое здоровье.

По результатам, полученным при помощи ГШТД, можно отметить, что у 40% пациентов уровень тревожности не превышал нормального показателя, у 40% фиксируется субклинически выраженная тревожность и у 20% можно отметить клинически выраженную тревожность. Усредненный показатель тревожности был выше у женщин и составлял 8,5 балла, тогда как у мужчин этот показатель составлял 5,2 балла ($p < 0,05$).

По показателям шкалы «депрессия» установлено, что 65% респондентов имели показатель уровня депрессии не превышающий нормальный, 35% имели субклинически выраженный уровень депрессии, клинически выраженного уровня депрессии не имел ни один респондент. Однако, в отличие от показателя «тревожность», который был более выражен у женщин, показатель «депрессия» был более выражен у мужчин и усредненное значение его составляет 7,2 балла, тогда как у женщин - 3,5 ($p < 0,05$).

Таблица 2. Особенности эмоционального статуса у пациентов в группе с МВС и САК (согласно HADS; кол-во чел./% от общей численности группы).

Показатели по шкале тревоги и депрессии (HADS)	МВС, n=20		САК, n=20	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Субклинически выраженная тревожность по шкале тревоги (HADS) чел./%	2/40	6/40	3/50	8/57
Выраженная тревожность по шкале депрессии (HADS) чел./%	1/20	3/20	1/16	5/36
Усредненный показатель тревожности (баллы)	5,2	8,5*	4,5	6,9
Субклинически выраженный уровень депрессии	2/40	5/33	2/33	6/43
Выраженный показатель уровня депрессии	0/0	0/0	0/0	0/0
Усредненное значение показателя депрессии	7,2	3,5*	4,8	2,9

Примечание: МВС — лица с микроваскулярной стенокардией; САК — лица со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий, $p < 0,05$.

*- достоверность различия показателей при сравнении с респондентов мужского и женского пола в группе с микроваскулярной стенокардией.

Выводы. Среди пациентов с микроваскулярной стенокардией у женщин преобладают тревожные расстройства, а у мужчин – депрессивные. По результатам опросника SF-36 оказалось, что показатели КЖ, как физического, так и психического здоровья, среди пациентов с микроваскулярной стенокардией снижены и не имели достоверных различий с показателями качества жизни в группе пациентов со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий. Тем не менее, по таким шкалам, как GH - общее состояние здоровья, Vitality - VT - жизненная активность, Role-Emotional – RE - ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием показатели у пациентов с микроваскулярной стенокардией были несколько выше, чем у пациентов со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий. Своевременная диагностика и целенаправленная коррекция выявленных изменений позволит улучшить качество жизни пациентов.

Литература

1. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology // [Eur Heart J.](#) – 2013. – Vol. 34 (38). – P. 2949-3003
2. Александр Ф. Психосоматическая медицина / пер. Боковиков А. и соавт. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2009. – 320 с.
3. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: методическое пособие / Д.Б. Ересько, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская и др. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – 2005. – 17 с.
4. Андриященко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общей медицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – № 5. – С. 80–86.
5. Беленков Ю.Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. – 1993. – Т. 33. – № 2. – С. 85–88.
6. Васюк Ю.А., Довженко Т.В. Диагностика и лечение депрессий при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. – М., 2006. – 58 с.