

Белялов Ф. И., Хамаева А. А. Тревога, депрессия и качество жизни у пациентов со стенокардией и хронической обструктивной болезнью легких. Псих. расстройства в общей медицине. 2010; 3: 25-27.

Резюме. В работе изучены выраженность тревоги и депрессии, качество жизни и клинико-функциональные показатели у пациентов со стабильной стенокардией и коморбидной хронической обструктивной болезнью легких. Было обследовано 146 человек со стенокардией I–III функционального класса, включая 79 человек с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких. Показано, что у больных стенокардией с коморбидным заболеванием легких чаще встречаются и более выражены тревога и депрессия, а также снижен физический компонент качества жизни.

Введение. Среди пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в 34–36% случаев встречается ишемическая болезнь сердца (ИБС) и почти в два раза повышены риск госпитализаций и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний [5, 10, 13]. С другой стороны, у госпитализированных пациентов с ИБС распространенность бронхиальной обструкции составила 34%, что почти в два раза выше, чем у лиц без заболевания сердца (17,5%). Причем у 60–87% пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями бронхиальная обструкция выявлена впервые [14].

Коморбидные психические расстройства также нередко встречаются при ИБС и ХОБЛ. Тревога и депрессия среди пациентов с ХОБЛ определялась в 49% и 52% соответственно, что было значительно чаще, чем у лиц без респираторного заболевания [9]. Депрессия была тесно связана с повышением смертности, ухудшением функционального состояния, большим стажем курения и более длительной госпитализацией [11]. У пациентов с ИБС депрессия и тревога выявлялась в 38–57% случаев и ассоциировалась с повышением частоты стенокардии, риска сердечно-сосудистых событий и смертности [3, 4, 8, 12, 15].

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

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

Материалы и методы. В исследовании включили обследовано 146 человек, поступивших в городскую клиническую больницу №3 г. Иркутска с диагнозом стабильная стенокардия I–III функционального класса (ФК), включая 120 мужчин (81%) и 26 женщин (19%), средний возраст которых составил 60 лет (58,5–61). Диагноз стабильной стенокардии устанавливали в соответствии с общепринятыми рекомендациями Всероссийского научного общества кардиологов и Канадской классификации стенокардии.

У 79 человек (54%) была выявлена сопутствующая ХОБЛ в соответствии с критериями GOLD, в том числе I стадии – 17%, II стадии – 27,4% и III стадии – 9,6%. Все пациенты были разделены на две группы: с изолированной СК (67 человек) и с сопутствующей ХОБЛ (79 человек).

Выраженность стенокардии оценивалась с помощью Сизтловского опросника. Для оценки одышки использовалась шкала Medical Research Council Dyspnea Scale. 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 в 12 отведениях, эхокардиографию, холтеровское мониторирование ЭКГ, велоэргометрию, спирографию, тест с бронходилататором, пикфлоуметрию. Был рассчитан индекс коморбидности Чарльсона, который включал 14 распространенных соматических заболеваний разной степени тяжести.

Оценка психического статуса проводилась с применением самоопросников тревоги и депрессии Цунга, шкалы HADS, Торонтской алекситимической шкалы, теста приверженности к лечению Мориски–Грина. Применялись также опросники для оценки качества жизни SF–36 и опросник Святого Георгия для оценки качества жизни больных с легочными заболеваниями.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы «Statistica 7.0». Для сравнения групп были применены непараметрические критерии Mann–Whitney и Kruskal–Wallisa, различия частот оценивали с помощью таблицы «2x2», а для оценки взаимосвязей использовался коэффициент корреляции Spearman. Данные описывались с помощью медианы и межквартильного размаха.

Таблица 1. Тревога и депрессия у пациентов со СК и коморбидной ХОБЛ

Шкала Цунга	Уровень, баллы			Число пациентов с тревогой или депрессией, %		
	СК	ХОБЛ + СК	p	СК	ХОБЛ + СК	p
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

Результаты исследования. Частота тревоги и депрессии у пациентов с исследуемыми соматическими заболеваниями представлена в таблице 1. Тревожный синдром встречался у 100 человек (69%), из которых у 68 пациентов (46,6%) определена тревога легкой степени, у 28 пациентов (19,7%) – тревога средней степени, а у 4 пациентов (2,7%) – выраженная тревога. Частота тревоги увеличивалась в зависимости от тяжести ХОБЛ – 52%, 82% и 96% у 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 ФК соответственно (p=0,05). Тревога регистрировалась чаще и была более выраженной у пациентов с двумя соматическими заболеваниями, чем с одним.

Депрессия легкой степени была выявлена у 25 пациентов (17,1%) и достоверно чаще встречалась у пациентов с коморбидной ХОБЛ, чем при изолированной СК. Частота депрессии также увеличивалась в зависимости от стадии ХОБЛ: 15%, 45% и 88% у пациентов с I, II, III стадиями соответственно (p=0,01). Частота депрессии встречалась в 14%, 16% и 19% пациентов с I, II и III ФК соответственно (p >0,05). При этом средний уровень депрессии в группе с изолированной СК был ниже, чем в группе пациентов с сочетанием СК и ХОБЛ.

В целом у пациентов с сочетанием заболеваний сердца и легких увеличена частота тревоги и депрессии – отношение шансов для тревоги – 1,27; для депрессии – 3,39).

При изучении качества жизни с помощью опросника SF–36 уровень физического функционирования в группе с изолированной СК был достоверно выше, чем в группе с коморбидной ХОБЛ. Однако по суммарному физическому и психическому компонентам качества жизни различий в группах не выявлено (таблица 2).

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

Компоненты качества жизни опросника SF–36	Уровень, баллы		p
	СК	СК + 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
MH	45 (35–48)	38 (32–48)	0,12
PH sum	38 (32–42)	34 (30–41)	0,21
MH sum	41 (30–45)	32 (25–38)	0,09

Качество жизни по респираторному опроснику Святого Георгия было достоверно ниже у пациентов с двумя коморбидными соматическими заболеваниями, по сравнению с пациентами с изолированной СК – 37,60 против 15,04 баллов соответственно ($p = 0,01$).

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

Уровень депрессии увеличивался при возрастании индекса Чарльсона (рисунок). Самый высокий уровень депрессии (50 балла) наблюдался при индексе 9 баллов, а при индексе 10 баллов уровень депрессии снижился до 39 баллов. Аналогично депрессии уровень тревоги по шкале Цунга возрастал по мере увеличения индекса Чарльсона, достигнув максимальной величины при индексе 9 баллов.

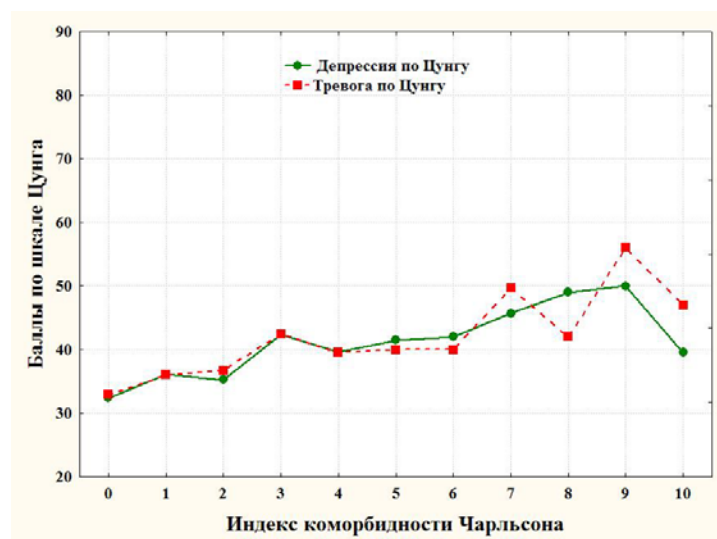


Рисунок. Уровни тревоги и депрессии в зависимости от индекса коморбидности

Между индексом Чарльсона и психическими факторами выявлена достоверная умеренная связь с уровнями тревоги ($r=0,38$, $p=0,03$) и депрессии ($r=0,48$, $p=0,03$). Также обнаружено статистически значимое снижение суммарного физи-

ческого компонента качества жизни ($r=-0,48$, $p=0,01$), физического функционирования ($r=-0,45$, $p=0,01$), ролевого функционирования ($r=-0,35$, $p=0,01$), общего здоровья ($r=-0,30$, $p=0,01$) по мере увеличения индекса Чарльсона.

У больных со СК и коморбидной ХОБЛ с наличием тревожного синдрома уменьшалась приверженность к лечению лекарственными препаратами, и были отмечены более высокие значения по шкале алекситимии. Для пациентов с изолированной СК связи психических расстройств с уровнем алекситимии и приверженностью к лечению не наблюдалось.

Таким образом, у пациентов с сочетанием двух и более соматических заболеваний возрастает частота и выраженность тревоги и депрессии, что свидетельствует о тесной интеграции психики и структурно-функциональных соматических нарушений. Поэтому рассматривать коморбидность целесообразно шире, включая психические расстройства и соматические заболевания [1, 2]. В этой связи на повестке дня стоит разработка новых интегральных индексов коморбидности, которые должны включать как соматические, так и психические факторы [7].

Выводы

1. У пациентов со стабильной стенокардией и коморбидной хронической обструктивной болезнью легких чаще выявляются тревога и депрессия, снижен физический компонент качества жизни.
2. С увеличением числа коморбидных соматических заболеваний возрастает частота и выраженность тревоги и депрессии, а также снижается качество жизни.

ЛИТРАТУРА

1. Белялов Ф.И. Двенадцать тезисов психосоматической медицины. Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике. Сб. науч. ст. Иркутск. 2009; 55–59.
2. Белялов Ф.И. Двенадцать тезисов коморбидности. Сочетанные заболевания внутренних органов в терапевтической практике. Сб. науч. ст. Иркутск. 2009; 47–52.
3. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А. и соавт. Результаты исследования «КОМПАС». Кардиология. 2005; 8: 37–43.
4. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и соавт. Клинико–эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования. Кардиология. 2007; 3: 28–37.
5. Curkendall S.M., DeLuise C., Jones J.K. et al. Cardiovascular disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Epidemiol.* 2006; 16(1): 63–70.
6. Falk J.A., Kadiev S., Criner G.J., Scharf S.M. et al. Cardiac disease in chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc.* 2008; 5(4): 543–8.
7. Fortin M., Hudon C., Dubois M. F., et al. Comparative assessment of three different indices of multimorbidity for studies on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2005; 3: 74.
8. 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.
9. Funk G.C., Kirchheiner K., Burghuber O.C. 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.
10. Mapel D.W., Dedrick D., Davis K. et al. Trends and cardiovascular comorbidities of COPD patients in the Veterans Administration Medical System, 1991–1999. *COPD.* 2005; 2(1): 35–41.
11. Ng T.P., Niti M., Tan W.C. 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.
12. Pokorski R. J. Mortality risk in patients with coronary artery disease and depression. *J Insur Med.* 1999; 31: 4–7.
13. Sidney S., Sorel M., Quesenberry C.P. et al. COPD and incident cardiovascular disease hospitalizations and mortality: Kaiser Permanente Medical Care Program. *Chest.* 2005; 128(4): 2068–75.
14. Soriano J.B., Rigo F., Guerrero D. et al. High prevalence of undiagnosed airflow limitation in patients with cardiovascular disease. *Chest.* 2010; 137(2): 333–40.
15. Surtees P.G., Wainwright N.W. J., Luben R.N. 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.