

Белялов Ф.И., Мальцева Л.Е., Ягудина Р.Н.

Связь тревоги и депрессии с качеством жизни у пациентов с нестабильной стенокардией. Псих. расстройств в общей медицине. 2010; 4: 21-23.

Резюме. В работе изучали связи эмоционального состояния пациентов и качества жизни, обусловленного стенокардией нестабильного течения. Качество жизни оценивали по Сизтловскому опроснику стенокардии. Показана взаимосвязь качества жизни, обусловленного заболеванием, с уровнем тревоги и депрессии по тестам Цунга, а также с возрастом и скоростью клубочковой фильтрации почек.

Введение. Ишемическая болезнь сердца – 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.

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 предшествующих исследований продемонстрировал существенную связь тревоги и депрессии с риском осложнений, трудоспособностью, частотой обращений к врачам и приверженностью к лечению у пациентов в основном со стабильными формами ишемической болезни сердца [1, 4, 13, 18].

Нестабильная стенокардия нередко предшествует инфаркту миокарда и внезапной смерти и требует госпитализации и активного лечения, поэтому важна ее своевременная и точная диагностика. При этом диагноз нестабильной стенокардии устанавливается методом опроса и основан на оценке ощущений пациента.

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

Материал и методы. Обследовано 55 пациентов, поступивших в кардиологическое отделение городской больницы №3 г. Иркутска с диагнозом нестабильная стенокардия, который устанавливали в соответствии с общепринятыми критериями [2]. Средний возраст пациентов составил $60 \pm 11,4$ лет, 36,4% пациентов составляли женщины, а 63,6% – мужчины.

Для оценки тяжести стенокардии использовался Сизтловский 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 качества жизни, обусловленного стенокардией (вопросы 9–11) [14]. Каждая шкала включает диапазон изменений от 0 до 100 баллов, где 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). Качество жизни, 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. Шкала AUDIT использовалась для скрининга оценки употребления алкоголя.

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

Результаты и обсуждение. Анализ корреляционных связей шкал Сизтловского опросника с выбранными факторами показал, 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 качество жизни, обусловленное заболеванием ($R=-0,42$; $p=0,002$). Такая связь очевидна, т.к. у пациентов с возрастом прогрессирует развитие коронарного атеросклероза и возрастает тяжесть ишемической болезни сердца.

Физические ограничения и выраженность болей оказались выше, а качество жизни ниже у женщин, однако после коррекции по уровню тревоги достоверных 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 достоверная корреляционная связь 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 качества жизни, обусловленного стенокардией ($R=-0,56$; $p=0,00001$). В отличие от шкалы Цунга показатели тревоги шкалы Гамильтона не были связаны с исследуемыми характеристиками стенокардии.

В группе пациентов с тревогой более выражены физические ограничения, выше частота ангинозных болей и ниже качество жизни, обусловленное нестабильной стенокардией (таблица).

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

Таблица.

Сравнение выраженности стенокардии и клинических шкал у пациентов с нестабильной стенокардией в зависимости от аффективного состояния

Показатель		тревога		р	депрессия		р
		Нет	Есть		Нет	Есть	
Сизгловский 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
	приверженность к лечению	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

Легкая депрессия по тесту Цунга была обнаружена у 12,7% пациентов с нестабильной стенокардией, при этом у женщин депрессия более выражена (44,9 против 36,9 у мужчин, $p=0,0007$). Выявлена тесная корреляционная связь уровня депрессии с физическими ограничениями, повышением частоты ангинозных болей, нестабильным течением болезни, а также качеством жизни, 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 качество жизни, связанное со стенокардией, было достоверно ниже (таблица). Также как и в случае тревоги, связи более объективной шкалы депрессии Монтгомери–Асберга с показателями качества жизни при стенокардии обнаружено не было.

Негативное влияние депрессии на ишемическую болезнь сердца может быть связано с активацией симпатoadреналовой системы [6, 9], снижением вагусной активности [16,17], повышенной агрегационной способностью тромбоцитов [10,11].

Алекситимия часто встречается у пациентов с ИБС [4]. У пациентов с неспособностью адекватно осознавать и вербализовать собственное эмоциональное состояние оказалась достоверно выше частота ангинозных болей и ниже качество жизни. Уровень алекситимии был выше у пациентов с тревогой и не зависел существенно от наличия депрессии (таблица).

Интересно, 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 качество жизни, связанное со стенокардией были достоверно связано со всеми шкалами опросника SF-36.

Исследование ассоциации показателей качества жизни при стенокардии с соматическими факторами выявило связь качества жизни, 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 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 качества жизни не был связан с изменениями электрокардиограммы, уровнями в крови тропонина Т, глюкозы и холестерина.

Таким образом, качество жизни больных с нестабильной стенокардией в большей степени связано с тревогой и депрессией, чем с исследованными соматическими факторами. Аналогичные связи ранее были показаны при других формах ишемической болезни сердца [7]. Важность оценки качества жизни у пациентов с нестабильной стенокардией и обусловлена не только интегральной оценкой повседневной жизни пациентов, но и существенным влиянием показателя на прогноз, включая смертность и частоту острых коронарных синдромов [15].

Выводы

1. У пациентов с нестабильной стенокардией преобладает тревога, а депрессия встречается реже.
2. Тесты тревоги и депрессии Цунга более чувствительны для оценки связи аффективного состояния с качеством жизни у пациентов с нестабильной стенокардией, по сравнению с тестом тревоги Гамильтона и тестом депрессии Монтгомери–Асберга.

3. Качество жизни пациентов, обусловленное нестабильной стенокардией, существенно зависит от уровня тревоги и депрессии, а также возраста и скорости клубочковой фильтрации почек, но не связано с депрессией сегмента ST на электрокардиограмме, уровнем тропонина, глюкозы и холестерина в плазме крови.

Литература

1. Белялов Ф.И. Диагностика и лечение психических расстройств у соматических больных. Иркутск: РИО ИГИУВа, 2009. С. 209–13.
2. ВНОК. Рекомендации по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ. В кн.: Национальные клинические рекомендации. М: Силиция–Полиграф; 2008. с. 412–43.
3. Ибатов А.Д. Влияние тревожных расстройств на течение ишемической болезни сердца. РМЖ. 2007;15(20):1443–6.
4. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокардиология. М. 2005. 784 с.
5. Arnold S.V., Spertus J.A., Ciechanowski P.S., et al. Psychosocial Modulators of Angina Response to Myocardial Ischemia. *Circulation*. 2009;120(2):126–33.
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;17:142–9.
7. Gravelly–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. *BMJ*. 1999;318:1460–7.
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;71:1129–34.
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;50:580–92.
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):12–6.
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):333–41.
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):43–9.
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;32:271–75.
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):215–21.
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;27:2975–81.