

О.М. Драпкина,*д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, заместитель директора Центра инновационной терапии по научной работе НИЦ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова***В.А. Дадаева,***аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова***O.M. Drapkina,***MD, prof. of the chair of propaedeutics of internal diseases, deputy director of the Centre for Innovative Therapy of the Research Centre of the I.M. Sechenov First MSMU***V.A. Dadaeva,***post-graduate student of the chair of propaedeutics of internal diseases of the I.M. Sechenov First MSMU*

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

THE INFLUENCE OF DEPRESSION ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Оксана Михайловна Драпкина, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, заместитель директора Центра инновационной терапии по научной работе НИЦ

Адрес: 119435, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 1

Телефон: 8 (499) 248—75—15

E-mail: dr.dadaeva@mail.ru

Статья поступила в редакцию: 24.03.2014

Статья принята к печати: 09.04.2014

CONTACT INFORMATION:

Oksana Mikhailovna Drapkina, prof. of the chair of propaedeutics of internal diseases, deputy director of the Centre for Innovative Therapy of the Research Centre

Address: 8—1 Trubetskaya str., Moscow, 119435

Tel.: 8 (499) 248—75—15

E-mail: dr.dadaeva@mail.ru

The article received: 24.03.2014

The article approved for publication: 09.04.2014

Аннотация. *Введение:* широко известно, что хроническая сердечная недостаточность (ХСН) оказывает влияние на качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем. *Материалы и методы:* обследовано 68 пациентов в возрасте от 43 до 80 лет со средней продолжительностью заболевания $8,63 \pm 4,52$ года. КЖ измерялось с помощью Миннесотского опросника качества жизни; депрессия — с помощью опросника Бека. *Результаты:* депрессия выявлена у 54,4% больных с ХСН. Наличие депрессии коррелировало с такими показателями КЖ как физическая активность, социальная активность и психоэмоциональный статус. *Заключение:* у пациентов с ХСН отмечается значительное снижение КЖ, связанного со здоровьем. Депрессия оказалась наиболее мощным фактором, влияющим на КЖ, связанное со здоровьем.

Annotation. *Background:* chronic heart failure (CHF) is known to profoundly affect health related quality of life (HRQoL). *Methods:* 68 patients aged 43–80 years (mean duration of disease $8,63 \pm 4,52$ years) were included. HRQoL was measured with the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire; depression — using Beck Depression Inventory. *Results:* depression was diagnosed in 54,4% patients with CHF. Depressive symptoms correlated with such measures of HRQoL as physical activity, social activity and psychoemotional status. *Conclusion:* patients with CHF suffer from severe limitations of HRQoL. Depression was the most important correlate of HRQoL.

Ключевые слова. Хроническая сердечная недостаточность, качество жизни, депрессия.

Keywords. Chronic heart failure, quality of life, depression.

ВВЕДЕНИЕ

Качество жизни (КЖ) в настоящее время рассматривают как один из важнейших показателей здоровья населения. Исследования КЖ у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) используют как для оценки степени тяжести и прогноза заболевания, так и для оценки эффективности лечения, а также для анализа взаимосвязи показателей КЖ и клинических параметров.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из самых распространенных, быстро прогрессирующих и прогностически неблагоприятных заболеваний сердечно-сосудистой системы [1].

По результатам первого эпидемиологического исследования в РФ ЭПОХА-ХСН, распространенность ХСН I–IV ФК в европейской части РФ составила 12,3%, а тяжелой ХСН III–IV ФК — 2,3% [2]. Распространенность клинически выраженной ХСН

II–IV ФК составила 5,5%, что в два с половиной раза превысило европейские данные [2, 3].

ХСН оказывает значительное влияние на качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем [4–6], которое сопоставимо с влиянием таких заболеваний как сахарный диабет и артрит [7]. Кроме того, в связи с тем, что большинство целей лечения при ХСН связаны со снижением симптомов заболевания, в последние годы растет интерес к оценке связанного со здоровьем КЖ у пациентов с ХСН. В настоящее время разработано несколько специфичных для ХСН инструментов для оценки КЖ [8], такие как Опросник жизни с сердечной недостаточностью штата Миннесота (MLHFQ), Опросник ХСН (CHFQ), Опросник КЖ при тяжелой ХСН (QLQ-SHF), Опросник кардиомиопатии Канзас-сити (KCCQ) и опросник Дисфункции левого желудочка (LVD-36).

В то же время методам оценки КЖ присущи определенные ограничения, которые необходимо учитывать для оптимизации их применения [9]. Во-первых, врачи-клиницисты лишь недавно стали использовать указанные инструменты и не всегда полностью компетентны в выборе наиболее подходящего для конкретной клинической ситуации. Кроме того, в литературе недостаточно освещены различия и сходства различных инструментов оценки КЖ [9].

Целью исследования явилась оценка основных показателей КЖ у пациентов с ХСН.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведенное исследование одобрено Этическим комитетом ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Обследовано 68 пациентов в возрасте от 43 до 80 года (средний возраст $65,74 \pm 9,25$), из них 29 мужчин и 39 женщин (табл. 1), поступивших в кардиологическое отделение УКБ № 2 ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Длительность заболевания в среднем составила $8,63 \pm 4,52$ (от 2 до 20 лет).

Таблица 1.

Распределение обследуемых пациентов по полу и возрасту

Возраст	<60	61-70	71-80	Итого
Мужчины	13 (19,1%)	10 (14,7%)	6 (8,8%)	29 (42,6%)
Женщины	9 (13,2%)	12 (17,6%)	18 (26,5%)	39 (57,4%)
Итого	22 (32,4%)	22 (32,4%)	24 (35,3%)	68 (100%)

Оценка состояния пациентов проводилась на основе комплекса клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования (изучение жалоб и анамнеза; общий осмотр; мониторинг со-

матического состояния; эхокардиография), теста 6-ти минутной ходьбы. Для оценки КЖ использовался Миннесотский опросник качества жизни; депрессии — шкала Бека.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием Microsoft Excel и статистического программного обеспечения Биостат (издательский дом «Практика», 2006), SPSS 15.0 и Statistica 8.0 for Windows (StatSoft Inc., USA).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основной жалобой у пациентов с ХСН была одышка при физической нагрузке, которая встречалась у 100% пациентов. Уровень систолического артериального давления (АД) составлял $138,16 \pm 11,59$ (100–180) мм.рт.ст., диастолического АД — $76,43 \pm 8,41$ (70–100) мм. рт. ст.

Средний балл КЖ у пациентов с ХСН составил $59,75 \pm 16,82$. Средний балл у пациентов в возрасте до 60 лет составил $61,27 \pm 3,75$, в возрасте от 61 до 70 лет — $55,82 \pm 3,67$, у пациентов старшей возрастной группы — $61,96 \pm 3,22$, статистически значимых различий выявлено не было. У мужчин и женщин средний балл составил $60,55 \pm 3,35$ и $59,15 \pm 2,57$ соответственно. В табл. 2 представлены составляющие КЖ у обследованных пациентов в зависимости от пола и возраста.

Таблица 2

Составляющие КЖ в зависимости от пола и возраста

	Физическая активность	Социальная активность	Психо-эмоциональная активность
Возраст			
<60	$21,86 \pm 1,39$	$21,32 \pm 1,42$	$18,09 \pm 1,31$
61–70	$19,95 \pm 1,44$	$20,86 \pm 1,56$	$15,59 \pm 1,6^*$
71–80	$21,5 \pm 0,83$	$20,67 \pm 1,21$	$21,08 \pm 1,5$
Пол			
Мужчины	$21,62 \pm 1,9$	$21,66 \pm 1,35$	$17,93 \pm 1,37$
Женщины	$20,74 \pm 0,86$	$20,41 \pm 0,96$	$18,64 \pm 1,17$

* $p < 0,05$

У пациентов в возрасте от 61 до 70 лет наблюдались статистически значимые различий при оценке психоэмоциональной активности по сравнению с более молодой и более старшей возрастной группами ($p < 0,05$).

При анализе КЖ в зависимости от ФВ, длительности заболевания не было выявлено статистически значимых различий, что согласуется с данными других исследований (Воронков Л.Г., 2010)

Депрессия выявлена у 37 (54,4%) пациентов с ХСН, из них легкая степень у 13 (35,1%), умеренная — у 18 (48,6%) и тяжелая у 6 (16,3%) больных (рис. 1).

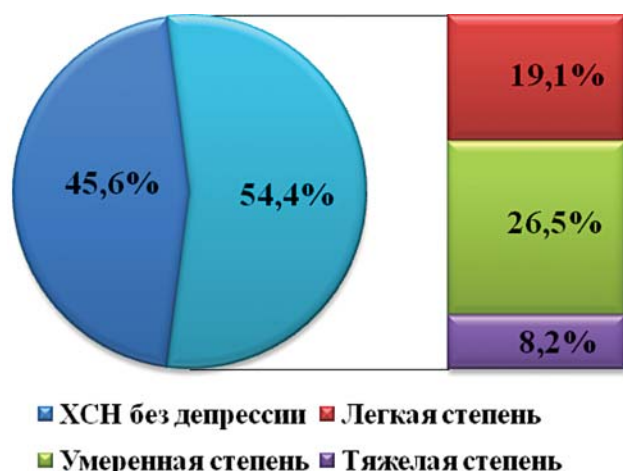


Рис. 1. Распространенность депрессии у больных с хронической сердечной недостаточностью

Максимальные различия по показателям КЖ выявлены в зависимости от наличия депрессии у пациентов с ХСН (рис. 2).

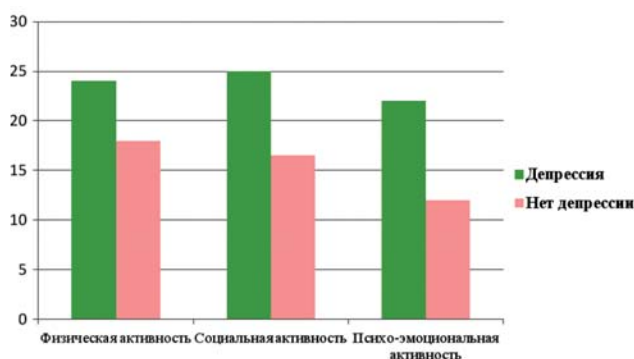


Рис. 2. Зависимость КЖ от депрессии

У пациентов с депрессией наблюдались статистически значимые различия по всем показателям КЖ ($p < 0,05$). Так, показатель физической активности у пациентов с депрессией составил $24,03 \pm 0,64$, тогда как у пациентов без депрессии — $17,43 \pm 1,06$ ($r = 0,654$; $p < 0,05$). Показатель социальной активности составил $24,76 \pm 0,69$ и $16,1 \pm 1,04$ у пациентов с и без депрессии соответственно ($r = 0,566$; $p < 0,05$). Та же зависимость наблюдалась и в отношении показателя психоэмоциональной активности — у пациентов с депрессией $22,55 \pm 0,80$, тогда как при отсутствии депрессии данный показатель составил $13,00 \pm 1,14$ ($r = 0,663$; $p < 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время нет четкого понимания взаимосвязи между ССЗ и тревожно-депрессивными расстройствами, однако исследователями предложено несколько различных гипотез, которые позволяют частично объяснить указанную связь. Для ХСН наиболее патогномоничной является теория воспаления.

У пациентов с депрессией часто описывают повышение уровней фактора некроза опухолей и других провоспалительных цитокинов, таких как С-реактивный белок (СРБ), фибриноген, интерлейкин (ИЛ)-1 и ИЛ-6 [10], что также наблюдается у пациентов с ХСН. Эти вещества участвуют в привлечении иммунных клеток, высвобождении ростовых факторов, пролиферации мышечных клеток и развитии атеросклероза. На более отдаленных стадиях заболевания они могут участвовать в разрыве атероматозных бляшек. Таким образом, эти вещества, в большом количестве высвобождаемые в состоянии депрессии, могут вносить вклад в развитие ССЗ. Возможно, что медиаторы иммунной системы являются общей причиной развития ССЗ и депрессии, оказывая системное действие или вызывая местную ишемию и повреждение эндотелия [11].

Результаты проведенных исследований демонстрируют, что КЖ может являться независимым маркером смертности у пациентов с ХСН [Ошибка! Источник ссылки не найден.]. При использовании специфичных для СН опросников КЖ и периода наблюдения более 2 лет, исследования стойко демонстрируют связь между физическими показателями КЖ и смертностью [13, 14]. К факторам, связанным с низким уровнем КЖ, относятся пожилой возраст, женский пол, длительное течение ХСН, а также наличие сопутствующих заболеваний, в том числе депрессии.

К настоящему моменту доказана способность ингибиторов ангиотензинпревращающих ферментов (иАПФ) улучшать прогноз жизни больных ХСН и ИБС [Ошибка! Источник ссылки не найден.]. Так, в проспективном исследовании, проведенном Ruszty L с соавт. (2000), было показано, что назначение лизиноприла улучшает как клинические, гемодинамические (САД, ДАД), эхокардиографические параметры, так и качество жизни у пациентов с ХСН [16]. И.Г. Ивановым (2004) показано, что у пациентов с ХСН на фоне приема лизиноприла отмечалось значимое улучшение качества жизни, а также были характерны менее дезадаптивные типы отношения к болезни, более активная жизненная позиция, что авторы связывали с улучшением соматического состояния [17].

Активное лечение депрессивных расстройств у больных с ХСН также связано с улучшением КЖ на фоне невысокой распространенности побочных эффектов; наиболее перспективной группой антидепрессантов для лечения данной категории больных являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и СИОЗС и норадреналина (СИОЗСН), т.к. они обладают минимальным влиянием на ССС и высоко эффективны [18].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, КЖ у пациентов с ХСН зависит от наличия депрессии, что необходимо учитывать при проведении обследования и соответствующего лечения.

Список литературы

- Смирнова Е.А. Изучение распространенности и этиологии хронической сердечной недостаточности в Рязанской области // Российский кардиологический журнал. 2010; 2: 78–83.
[Smirnova E.A. The study of prevalence and etiology of chronic heart failure in the Ryazan region // Rossijsky kardiologicheskij zhurnal. 2010; 2: 78–83.]
- Фомин И.В. Как мы лечим АГ и ХСН в реальной практике: уроки российского исследования ЭПОХА // Сердечная недостаточность. 2004; 2: 53–54.
[Fomin I.V. How we treat hypertension and heart failure in actual practice: Lessons from the Russian research ЕРОНА // Serdechnaya nedostatochnost'. 2004; 2: 53–54.]
- Мареев В.Ю. Первые результаты Российского эпидемиологического исследования по хронической сердечной недостаточности // Сердечная недостаточность. 2003; 1: 17–18.
[Mareev V.Yu. The first results of an epidemiological study on the Russian chronic heart failure // Serdechnaya nedostatochnost'. 2003; 1: 17–18.]
- Андрюхин А.Н. Качество жизни у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией // Российский семейный врач. 2010; 2: 22–26.
[Andryukhin A.N. The quality of life in patients with heart failure with preserved systolic function // Rossijsky semejny vrach. 2010; 2: 22–26.]
- Темникова Е.А. Качество жизни пациентов старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2011; 1: 12–16.
[Temnikova E.A. Quality of life of elderly patients with chronic heart failure // Medicinsky vestnik Severnogo Kavkaza. 2011; 1: 12–16.]
- Bennet S.J., Oldridge N.B., Eckert G.J. et al. Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure // Quality of Life Research 2002; 11(4):349–359.
- Alonso J., Ferrer M., Gandek B. et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project // Quality of Life Research 2004; 13:283–298.
- Patrick D.L., Deyo R.A. Generic and diseasespecific measures in assessing health status and quality of life // Medical Care 1989; 27(3 Suppl):217–232.
- Guyatt G.H., Feeny D.H., Patrick D.L. Measuring health-related quality of life // Annals of Internal Medicine 1993; 118(8):622–629.
- Kop W.J., Gottdiener J.S., Tangen C.M. et al. Inflammation and coagulation factors in persons > 65 years of age with symptoms of depression but without evidence of myocardial ischemia // Am. J. Cardiol. 2002; 89(4):419–424.
- Joynt K.E., Whellan D.J., O'Connor C.M. Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction. Biol. Psychiatry 2003; 54(3):248–261.
- Hoekstra T., Jaarsma T., van Veldhuisen D.J. et al. Quality of life and survival in patients with heart failure // Eur. J. Heart Fail 2012.
- Dickstein K., Cohen-Solal A., Filippatos G. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 // Eur. Heart J. 2008; 29:2388–2442.
- Zuluaga M.C., Guallar-Castillon P., Lopez-Garcia E. et al. Generic and diseasespecific quality of life as a predictor of long-term mortality in heart failure. Eur. J. Heart Fail 2010; 12:1372–1378.
- López-Sendón J., Swedberg K., McMurray J. et al. Expert Consensus document on angiotensin converting enzyme inhibitors in cardiovascular disease // Rev. Esp. Cardiol. 2004. № 57(12). P. 1213–1232.
- Rusztly L., Nagy A., Szónyi T. et al. Effectiveness of Lisinopril in the treatment of heart failure // Orv. Hetil. 2000. № 20; 141(34). P. 1867–1872.
- Иванов И.Г., Шишкин А.Н., Петрова Н.Н. Качество жизни и тип отношения к болезни у пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью и микроальбуминурией на фоне терапии ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента // Нефрология. 2004; 8 (3): 52–55.
[Ivanov I.G., Shishkin A.N., Petrova N.N. Quality of life and the type of attitude to the disease in patients with severe heart failure and microalbuminuria during therapy with angiotensin converting enzyme inhibitors // Nefrologiya. 2004; 8 (3): 52–55.]
- Антохин Е., Горина Л., Либис Р. Качество жизни пациентов с ХСН на фоне терапии антидепрессантом // Врач. 2011; 5: 79–82.
[Antokhin E., Gorina L., Libis R. The quality of life in patients with chronic heart failure during therapy with antidepressant // Vrach. 2011; 5: 79–82.]