

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Люсов В. А., Молчанов С. Н.* , Гаева Д. Б., Лукашев А. М.

Российский государственный медицинский университет Росздрава, кафедра госпитальной терапии №1¹; ГКБ №60², Москва

Резюме

В работе приводятся данные по оценке влияния психотропной терапии на качество жизни пациентов с диастолической хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сопутствующими аффективными расстройствами. Обследовано 76 пациентов (70 женщин, 6 мужчин), у 48 из которых выявлены тревожно-депрессивные нарушения. Всем пациентам проводилось исследование качества жизни, оценивался уровень физического функционирования и тяжесть аффективных расстройств при включении пациента в исследование, а также повторно через 3 месяца от начала терапии. При этом на фоне лечения антидепрессантом регистрировалось улучшение показателей, характеризующих физической и психической статус и связанное со здоровьем качество жизни.

Ключевые слова: диастолическая хроническая сердечная недостаточность, аффективные расстройства, качество жизни.

Проблемы взаимосвязи тревожно-депрессивных нарушений и хронической сердечной недостаточности (ХСН) вызывают большой интерес у исследователей. Причиной этому, вероятно, служит все возрастающая заболеваемость этими расстройствами, а также высокая социальная значимость.

По существующим оценкам, распространенность ХСН в развитых странах составляет около 2% и постоянно растет. В России в 2002 году насчитывалось 8,1 млн. человек с четкими признаками ХСН, из которых 3,4 миллиона имели на 2003 год 3-4 ФК заболевания [1]. По материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН у 4/5 всех больных с ХСН в России это заболевание ассоциируется с артериальной гипертензией и у 2/3 больных с ИБС; кроме того, значительная часть больных (55%) с ХСН имеет нормальную или почти нормальную фракцию выброса – ФВ ЛЖ >55% [10]. По данным Фремингемского исследования, средняя 5-летняя смертность во всей популяции больных ХСН (с учетом начальных и умеренных стадий) остается недопустимо высокой и составляет 65% для мужчин и 47% для женщин [9]. Среди больных с тяжелыми стадиями ХСН смертность еще выше и колеблется в пределах 35-50% для одного года. Наличие ХСН ассоциируется с четырехкратным возрастанием летальности по сравнению с сопоставимой по возрасту популяционной группой [7].

С другой стороны, анализ распространенности аффективных расстройств выглядит удручающе. Согласно результатам клинико-эпидемиологического исследования КОМПАС по выявлению депрессий среди пациентов общемедицинской сети, проведенного в 2002-2003 годах в 35 городах России, депрессивные расстройства имеются в среднем у 45,9% обследованных пациентов. Эти состояния имели место более чем у половины больных сердечно-сосу-

дистыми заболеваниями (ССЗ) и составили 52% при артериальной гипертензии и 57% при ишемической болезни сердца [4]. По данным исследования “КОМПАС”, самый высокий показатель депрессивных расстройств среди амбулаторных больных отмечается при ХСН-61%. В проведенном В. Pennix [12] долгосрочном клиническом исследовании отмечено, что наличие депрессии увеличивает относительный риск смерти от ССЗ у больных независимо от наличия заболеваний сердца, а на фоне тяжелой депрессии риск смерти от ССЗ достоверно повышается у обеих категорий пациентов и составляет для легкой и умеренной депрессии 1,6 для больных, страдающих ССЗ, и 1,5 для больных без ССЗ, а при тяжелой депрессии – 3,0 и 3,9 соответственно. Результаты исследования G.L. Clary наблюдавших 674 больных с ХСН (ФВ < 35%) в течение года, подтвердили существование достоверной связи между депрессией и высокой смертностью от декомпенсации ХСН. Было показано, что у больных ХСН и депрессией при неэффективной терапии антидепрессантами показатели смертности были значимо выше, чем у этой же категории больных при эффективном лечении психотропными средствами [5]. Таким образом, депрессивное расстройство является независимым фактором риска, повышающим смертность и частоту госпитализаций при ХСН. E.P. Navranek et al. [8] подчеркивают, что выявление и лечение депрессий у больных ХСН может значительно улучшить уровень функционирования этих пациентов, что впоследствии приводит к большей приверженности к медикаментозной терапии и реабилитационному режиму.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния медикаментозной коррекции нозогенной тревоги и депрессии на качество жизни (КЖ) пациентов, страдающих гипертонической болезнью, ослож-

Таблица 1
Подгруппы пациентов в зависимости от ФК ХСН и тяжести ТДР

	1 ФК ХСН	2 ФК ХСН	3 ФК ХСН
Отсутствие ТДР	8 пациентов	10 пациентов	10 пациентов
Малые ТДР (МТДР)	8 пациентов	9 пациентов	9 пациентов
Умеренные ТДР (УТДР)	0	12 пациентов	10 пациентов

ненной хронической сердечной недостаточностью с сохранной систолической функцией (ХСН-ССФ).

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе 2 кардиологического отделения городской клинической больницы №60. В исследование включено 76 пациентов (6 мужчин и 70 женщин) с диагнозом гипертонической болезни, осложненной ХСН-ССФ (ФВ>45%), при наличии аффективных расстройств, а также при отсутствии критериев исключения. Основную группу составили 48 пациентов, соматическому заболеванию которых сопутствовали аффективные расстройства. Для коррекции тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) данным пациентам в дополнение к стандартной терапии был назначен антидепрессант пиразидол в дозе 50 мг в сутки. В группу сравнения вошли 28 пациентов без тревожно-депрессивных расстройств. Средний возраст пациентов составил в основной группе 68,1±4 лет, в группе сравнения – 68 ±3,9 лет.

Из исследования были исключены пациенты:

- с другими заболеваниями, приведшими к развитию ХСН;
 - с тяжелыми психическими расстройствами;
 - с поведенческими нарушениями;
 - с эпизодами большой депрессии в анамнезе;
- а также:

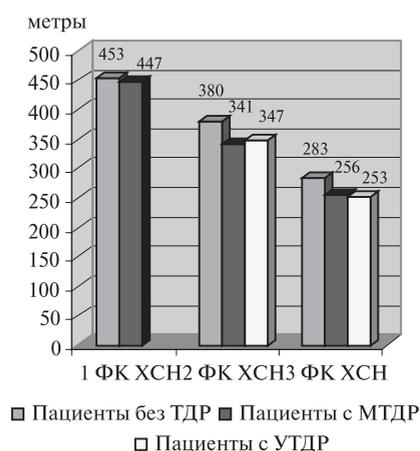


Рис. 1. Средние значения результатов теста 6МХ у пациентов в зависимости от степени выраженности ТДР и ФК ХСН, метры.

- пациенты, неспособные выполнить тест 6-минутной ходьбы (тест 6МХ) из-за декомпенсации состояния или сопутствующих заболеваний;
- неспособные самостоятельно заполнить вопросники в силу интеллектуальных способностей;
- пациенты, принимавшие антидепрессанты или транквилизаторы до исследования;
- пациенты, с постоянной формой фибрилляции предсердий, в связи с отсутствием общепринятых подходов к оценке диастолической функции при данной патологии.

Больные обследовались с использованием общеклинических методов однократно при поступлении в кардиологическое отделение. Кроме того, в начале исследования, а также через 3 месяца оценивались:

- функциональное состояние,
- выраженность депрессивных расстройств,
- качество жизни пациентов.

Обследование больных включало физикальный осмотр, проведение электрокардиографии (ЭКГ), рентгенографии, оценку линейных размеров и объемных показателей ЛЖ проводили методом эхокардиографии. В качестве объективного теста толерантности к физической нагрузке использовали 6-минутный тест. Балльную оценку выраженности симптомов ХСН определяли с помощью “Шкалы оценки клинического состояния больного с ХСН” (ШОКС) [2].

В качестве общей методики оценки КЖ был выбран опросник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey). Для оценки болезнь-специфических аспектов КЖ больных с ХСН применяли опросник Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) [3,6]. В результате применения последнего вычисляется общий показатель КЖ, получающийся в результате простого суммирования показателей всех ответов. Наихудшему КЖ соответствует общее значение 105, а наилучшему – 0.

Депрессивные расстройства выявляли психометрическими методиками с доказанной валидностью. Применяли:

- Госпитальную Шкалу Тревоги и Депрессии (the Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [13] – для скрининга и субъективной оценки аффективного состояния больных сердечной недостаточностью.
- Шкалу Монтгомери-Асберга [11] (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADS) – для объективной оценки состояния больных.

В зависимости от суммы набранных баллов по данной шкале и функционального класса ХСН (ФК ХСН) пациенты были ранжированы на 8 подгрупп (табл. 1).

Обработку материала проводили с помощью статистической программы “Биостат”, а также с помощью программы Microsoft EXCEL. Для оценки достовернос-

Таблица 2
Сравнительный анализ клинического состояния групп, состоящих из пациентов с ХСН без ТДР и с сопутствующими ТДР

	Пациенты без ТДР	Пациенты с ТДР	p
Возраст	68±3,9	68,1±4,0	p>0,05
Фракция выброса (ФВ)	60±2,1	61±1,2	p>0,05
Тест-6МХ	366,6±48	326±33	p≤0,05
ШОКС	6,3±2,4	5,2±0,9	p>0,05

Примечание: данные представлены как среднее ± стандартное отклонение.

ти показателей использовали t критерий Стьюдента. Достоверными считали различия при p<0,05.

Результаты исследования

По результатам опросников HADS и MADS у 48 из 76 наблюдаемых пациентов было выявлено ТДР. Достоверных различий по шкале ШОКС выявлено не было. Однако результаты теста шестиминутной ходьбы выявили статистически значимые (p≤0,05) различия в физическом функционировании пациентов. Дистанция, пройденная за 6 минут пациентами с ТДР, была достоверно короче расстояния, пройденного пациентами, не страдающими ТДР (табл. 2).

На рис. 1 представлены результаты 6МХ у пациентов с различной степенью выраженности депрессивной симптоматики и различными ФК ХСН при первичном обследовании. Наиболее высокие средние значения теста 6МХ наблюдались в группе пациентов без аффективных расстройств, наиболее низкие – у пациентов с умеренными ТДР (p≤0,05).

Таким образом, выявлена прямая зависимость между физическим статусом пациентов и тяжестью расстройств в аффективной сфере.

При проведении исходного исследования качество жизни пациентов основной группы оказалось

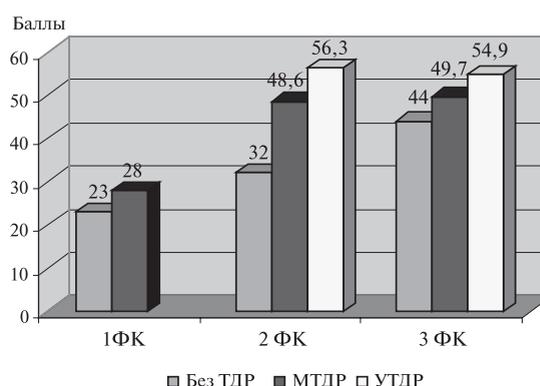


Рис. 2. Качество жизни пациентов в зависимости от функционального класса ХСН и выраженности ТДР по данным опросника MLHFQ на момент включения в исследование.

невысоким. Их возможности функционирования были ограничены как физическим, так и эмоциональным состоянием и существенно уступали по большинству пунктов шкалы SF-36 пациентам группы сравнения. Миннесотский опросник (MLHFQ) подтвердил наличие достоверных различий между больными с наличием аффективных расстройств и больными без таковых (табл. 3).

Анализ зависимости качества жизни от тяжести аффективных расстройств показал, что худшие показатели имели место у пациентов с умеренными ТДР и составили, по опроснику MLHFQ, для пациентов 2 ФК ХСН 56,3±5,4 баллов и 54,9±6,6 для пациентов 3 ФК ХСН. Больные группы сравнения с 3 ФК и 2ФК ХСН, не страдающие аффективными расстройствами, набрали соответственно 44,6± 4,2 и 32,0± 6,27 баллов по данной методике, что с большой достоверностью (p≤0,001) указывает на более высокое качество жизни пациентов группы сравнения. Статистически значимые различия были выявлены и при сравнении качества жизни пациентов без ТДР и с МТДР. При этом показатели пациентов с МТДР были несколько выше данных, полученных у больных с УТДР, но также уступали пациентам группы сравнения (рис.2).

Таблица 3
Качество жизни больных ХСН с ТДР и без ТДР в начале исследования

Методы оценки качества жизни	Больные без ТДР	Больные с ТДР	p
SF-36			
Физическое функционирование (ФФ)	56±7,5	38±7,2	p≤0,001
Рольные ограничения из-за физических проблем (РФФ)	54,5±6,3	29,7±7,5	p≤0,001
Боль (Б)	47,4±6,6	38,2±5,7	p≤0,005
Восприятие общего состояния здоровья (ОЗ)	49,3±5,7	31,1±5,7	p≤0,001
Жизнеспособность (Ж)	52,8±3,3	36,2±5,4	p≤0,001
Социальное функционирование (СФ)	56,25±5,4	42,7±6,3	p≤0,001
Рольные ограничения из-за эмоциональных проблем (РЭФ)	71,4±8,7	32,6±6	p≤0,001
Психическое здоровье (ПЗ)	57,3±3	41,3±4,2	p≤0,001
Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)			
Данные	34±6,3	48,7±4,5	p≤0,001

Примечание: данные представлены как среднее ± стандартное отклонение.

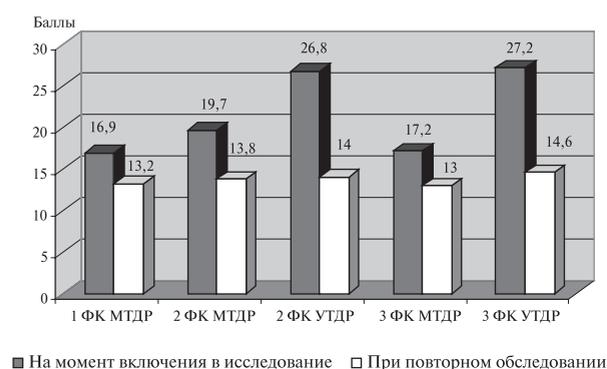


Рис. 3. Динамика выраженности ТДР по данным опросника MADRS.

Трехмесячная терапия антидепрессантом привела к существенному улучшению психического состояния больных. При повторном обследовании, на фоне лечения пиразидолом, по данным HADRS и MADRS, ТДР сохраняются у 5 (10,4%) пациентов с аффективными расстройствами. При этом выраженность ТДР у данных больных уменьшилась от умеренной степени на момент начала исследования до уровня МТДР. Несмотря на сохраняющиеся ТДР у 5 пациентов при повторном обследовании, суммарный балл по данным опросника MADRS снизился во всех подгруппах с аффективными расстройствами. На рис.3 представлена динамика выраженности ТДР у пациентов с аффективными нарушениями по данным опросника MADRS на фоне лечения антидепрессантом.

В конце исследования регистрировались положительные изменения в физическом статусе пациентов на фоне приема антидепрессанта, что подтверждалось позитивными изменениями результатов теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) с увеличением показателя пройденной дистанции с 326 ± 33 метров в начале исследования до $376,3 \pm 26,1$ метра в конце исследования. При сравнении ТШХ в основной и контрольной группах (рис. 4) повторно достоверных различий выявлено не было ($p > 0,05$). Результаты составили 401 ± 40 метров для пациентов без ТДР и $376,3 \pm 26,1$ метра для пациентов, страдающих ТДР, что также свидетельствует в пользу улучшения физического статуса пациентов, страдающих аффективными расстройствами.

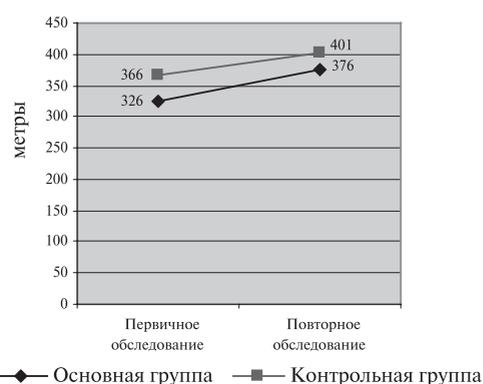


Рис. 4. Динамика теста 6МХ у пациентов основной и контрольной групп.

Через 3 месяца от начала исследования как по данным SF-36, так и MLHFQ, отмечается улучшение КЖ по всем пунктам у больных с аффективными расстройствами, что, вероятно, связано с редукцией ТДР, улучшением как физического, так и психического функционирования на фоне комплексного (соматотропного и психотропного) подхода к терапии данных больных.

В группе сравнения, на фоне стандартной терапии ХСН, по данным MLHFQ, статистически значимое улучшение качества жизни выявлено у пациентов с ХСН 3 ФК. По данным опросника SF-36, повышение качества жизни выявлено по шкалам "Физическое функционирование" а также "Ролевое физическое функционирование". Улучшение данных показателей, вероятно, связано с эффективным лечением ХСН, повышением физических возможностей данной категории пациентов. Анализ качества жизни пациентов 1 ФК ХСН и 2 ФК ХСН без аффективных расстройств через 3 месяца от начала исследования изменений в показателях не выявил. Уровень психического функционирования пациентов 1ФК, 2 ФК, по данным опросников MLHFQ и SF-36, за период наблюдения не изменился (табл. 4).

При сравнении уровня КЖ у пациентов с ТДР и без таковых через 3 месяца от начала исследования статистически значимые различия выявлены по двум пунктам шкалы SF-36: "Общее здоровье" и "Психическое здоровье" ($p \leq 0,05$) (рис.5). Что явля-

Таблица 4

Динамика качества жизни по данным опросника MLHFQ в начале и конце исследования

Подгруппы пациентов	Данные MLHFQ в начале исследования	Данные MLHFQ через 3 месяца	p
1 ФК ХСН без ТДР	23,4±3,6	23,5±4,5	p>0,05
1 ФК ХСН МТДР	28,4±3,0	24,0±2,4	p≤0,001
2 ФК ХСН без ТДР	32,0±6,3	30,0±2,4	p>0,05
2 ФК ХСН МТДР	48,5±6,0	31,9 ±3,9	p≤0,001
2 ФК ХСН УТДР	56,3±5,4	34,25±3,9	p≤0,001
3 ФК ХСН без ТДР	44,6±4,2	34,3±3,9	p≤0,001
3 ФК ХСН МТДР	49,8±3,6	37,0±3,9	p≤0,001
3 ФК ХСН УТДР	54,9±6,6	34,9±3,9	p≤0,001

Примечание: данные представлены как среднее ± стандартное отклонение.

ется закономерным, так как на момент повторного обследования у 5 пациентов основной группы сохранились ТДР. По остальным пунктам шкалы SF-36, а также по данным опросника MLHFQ, качество жизни пациентов с ТДР не имело различий с таковым у пациентов без ТДР.

Выводы

1. Пациенты с ТДР имеют худшие показатели теста 6МХ, что свидетельствует о низком уровне физического функционирования и негативном влиянии аффективных расстройств на физические возможности больных. Выявлена прямая зависимость между уровнем физического функционирования пациентов и тяжестью расстройств в аффективной сфере.

2. Наличие депрессии статистически значимо ухудшает качество жизни больных диастолической ХСН.

3. На фоне терапии антидепрессантом у больных регистрировалось улучшение показателей как физического, так и психосоциального функционирования. Рост качества жизни регистрировался также по шкалам удовлетворенности психическим и общим здоровьем, свободе от боли.

Литература

1. Агеев Ф.Т., Даниелян М.О., Мареев В.Ю. и др. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА–О–ХСН)// Сердечная Недостаточность. 2004;5(1):4–7.
2. Беленков Ю. М., Мареев В. Ю., Арутюнов Г. П. и др. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН: утверждены Съездом кардиологов РФ в окт. 2003 г. // Сердечная недостаточность.-2003.-6:276-279.
3. Гиляревский СР., Орлов В.А., Бенделиани Н.Г. Современная методология оценки качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью / РМАПО, Москва. 2000.
4. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А. и др. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога// Кардиология 2005; 8: 38-44.
5. Clary G.L., Davenport C., Biracree D. et al. // J Am Coll Cardiol 2002; 39 (Suppl. A): 1134-56.
6. Cleland J.G., Swedberg K., Follath F. et al. The EuroHeart Failure survey programme a survey on the quality of care among patients

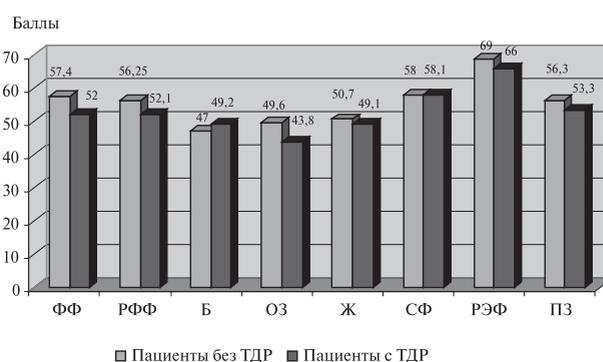


Рис. 5. Качество жизни пациентов при повторном обследовании по данным опросника SF-36.

4. Включение антидепрессанта в схему лечения пациентов с аффективными расстройствами сопровождалось улучшением функциональных возможностей больных, что подтверждалось позитивными изменениями теста 6МХ.

Таким образом, включение современных антидепрессантов в схему лечения больных с ТДР способствует улучшению результатов терапии и повышению качества жизни пациентов.

- with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis// Eur Heart J. 2003;24(5):442–463.
7. Cowie MR, Fox KF, Wood DA et al. Hospitalization of patients with heart failure: a population-based study// Eur Heart J. 2002;23:877–85.
8. Havranek E.P., Ware M.G., Lowes B.D. Prevalence of depression in congestive heart failure // Am. J. Cardiol. – 1999. – Vol. 84. – P. 348-350.
9. Ho K.K., Pinsky J.L., Kannel W.B. et al. The epidemiology of heart failure: Framingham Study II // J. Am. Coll. Cardiol. – 1993. – Vol. 22(suppl A). – P. 6A-13A.
10. Hogg K., Swedberg K., McMurray J. Heart Failure with preserved left ventricular systolic function. Epidemiology, Clinical Characteristics, and Prognosis // J Am Coll Cardiol. 2004;43:317–27.
11. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change// Br J Psychiatry. 1979; 134:382–389.
12. Pennix B.M., Beekmann A.T., Honig A. et al. // Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 221-7.
13. Zigmond A.S, Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // Psychiatr Scand.1983;67:361–370.

Abstract

The study assessed the effects of psychotropic therapy on quality of life (QoL) among patients with diastolic chronic heart failure (CHF) and concomitant affective disorders. In total, 76 patients (70 women, 6 men) were examined; in 48, anxiety and depressive disorders were observed. All participants underwent the assessment of QoL, physical functioning and affective disorder severity at baseline and 3 months after the start of the therapy. The antidepressant therapy was associated with improved physical and psychological status, as well as with improved health-related QoL.

Key words: Diastolic chronic heart failure, affective disorders, quality of life.

Поступила 24/02-2010

© Коллектив авторов, 2010

E-mail: smolch@list.ru

[Люсов В.А. – профессор, заведующий кафедрой, Молчанов С.Н. (*контактное лицо) – доцент кафедры, Гаева Д.Б. – аспирант кафедры, Лукашев А.М. – главный врач].