

УДК 616.12+616.89-008.454]-036.868

В.М. Корнацький, Д.М. Мороз

**ВПЛИВ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ
ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**ДУ «Національний науковий центр
«Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України», м. Київ

Резюме. У роботі досліджується зв'язок між психоемоційним станом пацієнта із серцево-судинною патологією та оцінкою якості життя. Акцентується увага на цілісному підході в наданні медичної допомоги соматичному пацієнту з урахуванням фізичних, психологічних та соціальних аспектів його життя. Інтегрований підхід передбачає залучення психотерапевта та/або медичного психолога до лікування соматичної патології.

Ключові слова: якість життя, тривога, депресія, серцево-судинна патологія.

Вступ. Серцево-судинна патологія залишається провідною серед причин смертності та захворюваності громадян України і часто поєднується з психічними розладами тривожно-депресивного спектра. Дослідження психічної сфери має значення для розуміння соматичної симптоматики та поведінкових факторів, що можуть впливати на прихильність до лікування, здорового способу життя, реабілітаційних програм і профілактики.

Багатовимірним показником, що відображає декілька сфер життя (фізичне, психологічне, соціальне здоров'я), суб'єктивно є показник «якість життя», який, за визначенням ВООЗ, є сприйняттям людиною її місця в житті через культуру та систему цінностей, в яких живе, відповідно до її цілей, очікувань, норм та турбот [16]. Саме тому цей показник сприймається як спосіб впливу хвороби на людину, допомагає зрозуміти її потреби та можливі шляхи реабілітації.

Незалежно, чи мало місце психічне порушення до розвитку серцево-судинної патології, або є наслідком, воно значно обтяжує клінічний перебіг основного захворювання [14].

Аналіз результатів попередніх досліджень підтверджує суттєвий зв'язок тривоги і депресії та ішемічної хвороби серця (ІХС), що сприяє розвитку ускладнень, впливає на прогноз захворювання [6, 15, 7].

Депресія і тривога в пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда, можуть суттєво впливати на якість їхнього життя, про що зазначають результати дослідження Hanssen T.A. et al.: 15-20 % хворих мають велику депресію, у такого ж відсотка пацієнтів виявлено субклінічний рівень [10].

Дослідження також підтверджують, що психологічні проблеми до і після інфаркту міокарда збільшують ризик серцевої смертності [13].

Стосовно артеріальної гіпертензії, то психічні порушення неспокійного характеру трапляються серед 60-80 % хворих [5, 8, 12]. Патогенетично формується замкнене коло – тривале існування тривоги та депресії сприяє стійкому підвищенню артеріального тиску (АТ), а це, у свою чергу, посилює тривожний стан. Поєднання тривоги та депресії відзначено в 70 % цих пацієнтів [2].

За даними 4-річного ретроспективного аналізу, до якого було включено 4362 пацієнти, й оцінювалась імовірність досягнення контролю серед хворих із тривогою та/або депресією і без, виявилось, що ті, яким проводили їх корекцію, демонстрували більш високі темпи стабілізації АТ [12].

Слід відзначити, що негативні емоції відіграють вагомий роль у підтримці тривоги та депресії, тому їх корекція може розглядатись як спосіб допомоги. Як приклад поведінки під впливом поглядів та переконань, якщо пацієнт вважає хворобу наслідком генетичних факторів, то переконати його залишити шкідливі звички (паління, неправильне харчування) буде значно складніше. Навпаки, які вірять, що хвороба може бути наслідком неправильного способу життя, – готові його змінити [9].

Таким чином, мультиморбідність пацієнта із серцево-судинною патологією спонукає до міждисциплінарного підходу в наданні медичної допомоги. З одного боку – лікар-інтерніст, до якого звертається хворий з соматичною проблемою, з іншого – психотерапевт, який допоможе здійснити корекцію психічного стану. Такий цілісний підхід до хворого, усвідомлення багатофакторності впливу та взаємозалежності сфер тілесного, розумового та емоційного втілюється в показнику якості життя.

Нині єдиного поняття якості життя немає. Експерти ВООЗ пропонують наступні критерії якості життя: фізичний (біль, сила, втома, сон, відпочинок), психологічний (позитивні та негативні емоції, мислення, увага, самооцінка), рівень самостійності (повсякденна активність, працездатність, залежність від оточення), суспільне життя (міжособистісні стосунки, соціальна активність), навколишнє середовище (добробут, безпека, побут, доступність та якість медичних послуг, довільля, екологія тощо), духовність (релігія, особисті переконання).

Для оцінки якості життя (як офіційний термін застосовується з 1977 р., "Cumulated Index Medicus"), як способу об'єктивної оцінки суб'єктивного стану пацієнта, міжнародними організаціями, які сприяють поширенню знань та єдиного підходу у сфері дослідження якості життя (International Society for Quality of Life Research – ISOQOL), розроблено чіткі критерії та вимоги до

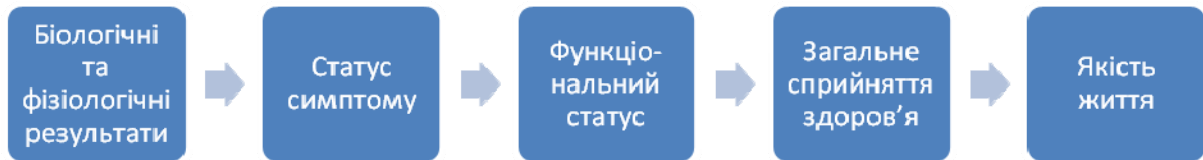


Рис. 1. Концептуальна модель залежності між параметрами здоров'я

відповідних опитувальників, що викликає активний інтерес науковців по застосуванню даної оцінки в різних галузях медицини.

Новіков А.А. бачить такі можливості використання методу в кардіології:

- вплив захворювання на фізичний, психічний та соціальний стан;
- якість життя як критерій ефективності лікарських препаратів;
- якість життя як прогностичний фактор;
- якість життя як основа реабілітаційних програм;
- якість життя та фармакоеконічний аналіз [3].

Wilson та Cleary в 1995 році запропонували концептуальну модель відносин між параметрами здоров'я, яких визначено п'ять рівнів – від біомедичних результатів до якості життя (рис.1). Біологічні та фізіологічні включають лабораторні та інструментальні методи дослідження фізичного стану; статус симптому – сприйняття свого аномального фізичного, емоційного та пізнавального стану; функціональний включає фізичні, фізіологічні та соціальні можливості; загальне сприйняття здоров'я – оцінку нинішнього стану в порівнянні з минулим, перспективи на майбутнє [9].

Критерії до опитувальника є типовими для всіх психометричних методів – багатомірність, простота, стислість, прийнятність, використання в різних мовних та соціальних культурах. Психометричні властивості перевіряються на надійність, валідність та чутливість [1].

Серед найбільш вживаних можемо зазначити: EuroQol-5D-5L – європейський опитувальник якості життя, MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study: 36-Item Short Form), The Quality of Well-Being Scale (QWB) – якості благополуччя, Sickness Impact Profile 68 (SIP 68) – профіль впливу хвороби, Nottingham Health Profile – Нотінгемський профіль здоров'я.

Серед опитувальників оцінки загальної якості життя в Україні тривалий час застосовується шкала Чабана О.С., Хаустової О.О., яка є методикою, адаптованою до місцевих умов і містить 10 запитань, що включають інтегровані показники задоволення соціальним статусом, трудовою діяльністю, сімейним добробутом, самопочуттям у цілому та дає змогу виявити динаміку змін у ставленні пацієнта до цих категорій у процесі терапії; оціночні критерії тесту виявляють суб'єктив-

ні переживання якості життя як вкрай низької (менше семи балів), низької (7-12), середньої (13-18), високої (19-24) та дуже високої (25-39) [4].

Мета дослідження. Проаналізувати рівень якості життя, частоту тривоги та депресії в пацієнтів із серцево-судинною патологією і дослідити їх зв'язок із порушеннями психічного стану.

Матеріал і методи. У проспективному зрізовому дослідженні взяли участь 508 пацієнтів (256 чоловіків, 252 жінки), які перебували на лікуванні в клініці ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України. Вікові межі 21-64 роки, середній вік склав 53,6±8,56 року.

За нозологічними формами захворювань, розподіл пацієнтів відображено в таблиці 1. Найбільша частка представлена пацієнтами з артеріальною гіпертензією (АГ) – 25,78 %, ішемічною хворобою серця (ІХС) – 22,44 %, аритміями – 19,49 %.

Для оцінки тривоги та депресії використовувалася Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), розроблена з метою простого та доступного скринінгу та якісної їх оцінки (Zigmond et al., 1983). Для оцінки рівня якості життя застосовувався опитувальник Чабана О.С., Хаустової О.О.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами дослідження, депресивні ознаки (вісім та більше балів) виявлені в 7,68 % (39 осіб) пацієнтів, тривога реєструвалася серед 31,30 % (159), тривожно-депресивні порушення – у 22,64 % (115). Загалом, частота непсихотичних психічних порушень у вибірці становила 61,61 %.

При аналізі гендерного розподілу тривожних та депресивних порушень, тривожний та тривожно-депресивний синдром має більше поширення у пацієнтів жіночої статі – 19,68 % та 13,98 % відповідно, а в чоловіків – 11,61 % та 8,66 %. Депресивний синдром на 1 % вищий у чоловіків – 4,33 % проти 3,35 % у жінок (табл. 2).

Психічні розлади залежно від нозологічної групи показані в таблиці 3.

Найбільша частка пацієнтів із тривогою у групі некоронарогенних захворювань серця (44,07 %) та артеріальної гіпертензії (34,35 %), депресивних найвища у групі ішемічної хвороби серця (13,16 %), тривожно-депресивні розлади – серед поєднаної патології ІХС та АГ (30,77 %), а також НЗС (27,12 %).

Якість життя характеризує загальний добробут та ступінь задоволеності тими ланками життя, на які впливає стан здоров'я, та навпаки – за-

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за нозологіями та віком

Нозологія	Кількість осіб	Частка хворих, %	Середній вік, роки
Артеріальна гіпертензія	131	25,78	54(±8,8)
Ішемічна хвороба серця	114	22,44	55(±8,0)
АГ + ІХС	52	10,24	61(±8,8)
Некоронарогенні захворювання серця	59	11,61	40(±9,3)
Інфаркт міокарда	53	10,43	55(±8,0)
Аритмії	99	19,49	55(±8,7)
Всього	508	100	53,5(±8,56)

Таблиця 2

Гендерні відмінності за психопатологічним синдромом

Стать	Тривога		Депресія		Тривожно-депресивний синдром	
	Кількість	Частка, %	Кількість	Частка, %	Кількість	Частка, %
Чоловіки	59	11,61	22	4,33	44	8,66
Жінки	100	19,68	17	3,35	71	13,98
Всього	159	31,30	39	7,68	115	22,64

Таблиця 3

Частка непсихотичних психічних розладів у нозологічних групах

Нозологія	Тривога		Депресія		Тривожно-депресивний розлад	
	Число осіб	Частка, %	Число осіб	Частка, %	Число осіб	Частка, %
АГ	45	34,35	6	4,58	30	22,90
ІХС	35	30,70	15	13,16	23	20,17
АГ+ІХС	12	23,08	5	9,61	16	30,77
НЗС	26	44,07	4	6,78	16	27,12
ІМ	10	18,87	4	7,55	8	15,09
Аритмії	31	31,31	5	5,05	22	22,22
Всього	159	31,30	39	7,68	115	22,64

хворювання змінює біосоціальний статус, що має відображення на оцінці якості життя. Переважна більшість – 41,53 % (211 осіб) відмітили середній рівень, 36,42 % (185) – стверджують про високий, 15,35 % (78) – низький, дуже високий зазначили 5,31 % (27) та 1,38 % (7) – дуже низький (рис. 2).

Стосовно гендерного розподілу, то маємо більшу частку жінок (46,03 %) у групі середнього рівня показника проти чоловіків (38,28 %), майже вдвічі більша частка чоловіків у двох нечисельних групах – «дуже високий» (6,64 %/3,57 %) та «дуже низький» (1,95 %/0,40 %), що може свідчити про більшу чутливість чоловічої статі до сприйняття достатку особисто та в соціумі.

Цікавим є аналіз тих параметрів, які призводять до зниження загального рівня якості життя. Встановлено середній бал (рис.3) кожної з десяти категорій, що сумарно складає загальну оцінку якості життя (максимальний 3). Нижчий середній бал (1,2) отримала категорія «здоров'я», що є обґрунтованим для вибірки серед хронічно хворих осіб. Наступні три стосуються соціальної сфери –

«соціальний статус» (1,4), «робота» (1,5), «соціальна активність» (1,5), тобто невдоволення впливає на зниження оцінки. З іншого боку, відзначається вищий середній бал у сферах сімейного життя, любові, дружнього оточення. Так, за критерій «любов» отриманий найвищий бал – 2,5, за ним іде «друзі» – 2,2 та «сім'я» – 1,9. Наступні критерії мають проміжну посередню оцінку – «задоволення від життя» – 1,8, «фінансове благополуччя» – 1,7, «реалізованість» – 1,6.

Аналіз залежності між оцінкою якості життя та психоемоційним станом показано в таблиці 4. Найвищі рівні депресивних та тривожно-депресивних розладів демонструють групи низького (21,79 % та 42,86 %) та дуже низького (56,42 % та 42,86 %) рівнів. Частка тривоги найвища у групі середньої оцінки. Сумарна частка всіх психічних порушень непсихотичного рівня відмічена у групі низької оцінки якості життя – 88,5 %.

Залежність між оцінкою рівня якості життя та наявністю психічних порушень досліджено на основі розрахунку коефіцієнта кореляції Пірсона.

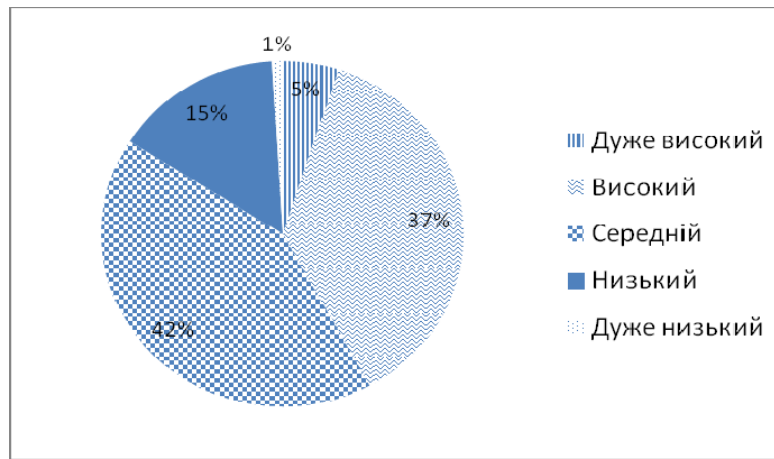


Рис. 2. Розподіл хворих залежно від рівнів якості життя

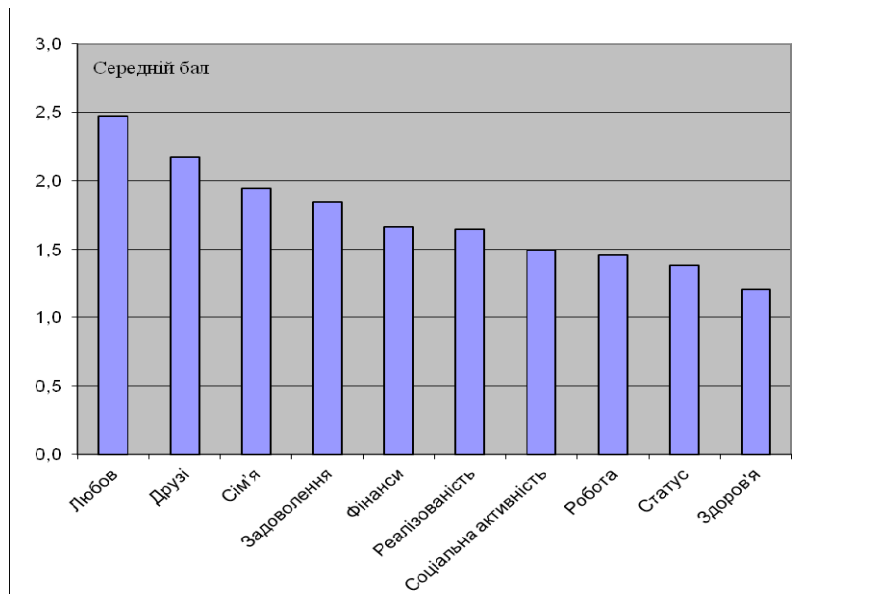


Рис. 3. Розподіл категорій, що впливають на якість життя пацієнтів

Таблиця 4

Розподіл психічних порушень залежно від рівня якості життя

Рівень якості життя	Тривога		Депресія		Тривожно-депресивний розлад	
	Число осіб	Частка, %	Число осіб	Частка, %	Число осіб	Частка, %
Дуже високий	5	18,52	0	0	0	0
Високий	60	32,43	7	3,78	19	10,27
Середній	86	40,76	12	5,69	49	23,22
Низький	8	10,26	17	21,79	44	56,41
Дуже низький	0	0,00	3	42,86	3	42,86
Всього	159	31,30	39	7,68	115	22,64

Встановлено, що існує помірний зв'язок між рівнем якості життя та наявністю (ймовірністю виникнення) психічних порушень (значення коефіцієнта складо 0,491). Істотність зв'язку між зазна-

ченими факторами з імовірністю 95% доводить порівняння розрахункового та табличного значень критерію

$$\chi^2 (\chi^2_{\text{розрах}} = 161,7; \chi^2_{\text{табл}} \{ \alpha = 0,05; m = 3 \cdot 4 = 12 \} = 21,03; \chi^2_{\text{розрах}} \chi^2_{\text{табл}}).$$

Висновки

1. Встановлено наявність тривожних, депресивних та поєднаних розладів у 61,61 % пацієнтів із серцево-судинною патологією.

2. Відмічено вагомий вплив стану здоров'я та соціального статусу на зниження загальної оцінки якості життя.

3. Доведено зв'язок між рівнем якості життя та наявністю (ймовірністю виникнення) тривожно-депресивних порушень.

4. Показано, що скринінг психічного стану та оцінка рівня якості життя, як об'єктивних показників суб'єктивного стану, є важливими високоінформативними інструментами в наданні медичної допомоги пацієнтам із серцево-судинною патологією.

Перспективи подальших досліджень. Вивчити вплив медикаментозної та психотерапевтичної корекції тривожних та депресивних станів у пацієнтів із серцево-судинною патологією з подальшим аналізом оцінки якості життя.

Література

- Евсина О. В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) [Электронный ресурс]: О.В. Евсина // Электронный научный журнал Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. – 2013. – №1. – С. 119-133. – Режим доступа к журн.: <http://humjournal.rzgm.ru/art&id=24>.
- Морозов П.В. Терапия депрессии и тревожных расстройств в современной психиатрии / П.В. Морозов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – № 3. – С.166-168.
- Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко / Новик А.А., Ионова Т.И. – М.: ЗАО «Олма Медиа Групп, 2007. – 320 с.
- Романів О. П. Комбінована дія тразодону як фактор підвищення терапевтичної ефективності при лікуванні депресивних та тривожно-депресивних розладів у порівнянні з препаратами групи СИЗС / О.П. Романів, О.О. Хаустова // Укр. вісн. психоневрол. – 2013. – Т. 21, вип. 1 (74). – 2013. – С. 95-99.
- Психокardiология / Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. – М., 2005. – 784 с.
- Bambauer K.Z. Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for depression in cardiac patients / K.Z. Bambauer, S.E. Locke, O. Aupont // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2005. – Vol. 27 (4). – P. 84-89.
- ENRICH Investigators: Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH) study intervention: rationale and design // Psychosom. Med. – 2001. – № 3. – P. 747-755.
- Esler M. Sympathetic nervous system activation in essential hypertension, cardiac failure and psychosomatic heart disease / M. Esler, D. Kaye // J. Cardiovasc. Pharmacol. – 2000. – Vol. 35, № 7, Suppl. 4. – P.1-7.
- Fairclough L.D. Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials / L.D. Fairclough // Charman & Hall/CRC. – 2002. – P. 164-177.
- Hanssen T.A. Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population / T.A. Hanssen, J.E. Nordrehaug, G.E. Eide // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. – 2009. – Vol.16 (6). – P. 651-659.
- Hirani S.P. Patients' beliefs about their cardiovascular disease / S.P. Hirani, S.P. Newman // Heart. – 2005. – Vol. 91 (9). – P. 1235-1239.
- Ho A.K. Association of anxiety and depression with hypertension control: a US multidisciplinary group practice observational study/ A.K. Ho, C.T. Thorpe, N. Pandhi // J. Hypertens. – 2015. – Vol. 7. – P. 418-427.
- Lane D. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety / D. Lane, D. Carroll, C Ring // Psychosom. Med. – 2001. – Vol. 63 (2). – P. 221-230.
- Marmot M. Psychosocial factors and cardiovascular disease: epidemiological approaches / M. Marmot // Eur. Heart J. – 1988. – Vol. 9. – P. 690-697.
- Power M. WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-old module / M. Powe, K. Quinn, S. Schmidt // Qual. Life Res. – 2005. – Vol. 14. – P. 2197-2214.
- Shep D.S. Depression, Anxiety and the Cardiovascular System: the Cardiologist's Perspective / D.S. Shep, D. Sheffield // J. Clin. Psych. – 2001. – Vol. 62 (8). – P. 12-16.

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В.М. Корнацкий, Д.М. Мороз

Резюме. В работе исследуется связь между психоэмоциональным состоянием пациента с сердечно-сосудистой патологией и оценкой качества жизни. Акцентируется внимание на целостном подходе в предоставлении медицинской помощи соматическому пациенту с учетом физических, психологических и социальных аспектов его жизни. Интегрированный подход предусматривает привлечение психотерапевта и/или медицинского психолога к лечению соматической патологии.

Ключевые слова: качество жизни, тревога, депрессия, сердечно-сосудистая патология.

THE EFFECT OF ANXIETY AND DEPRESSION ON LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE

V.M. Kornatskyi, D.M. Moroz

Abstract. The study is about relationship between psycho-emotional state of patients with cardiovascular disease and evaluation of quality of life. The attention is focused on a holistic approach to health care for a somatic patient considering physical, psychological and social aspects of their life. An integrated approach means the involvement of therapist and/or medical psychologist to the treatment of patient with somatic pathology.

Key words: quality of life, anxiety, depression, cardiovascular disease.

State institution "National scientific center
"The M.D. Strazhesko Institute of cardiology" National Academy of medical sciences of Ukraine (Kiev)

Рецензент – проф. В.К. Ташук

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 4 (76). – P. 84-88