

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Н.П. Дорофеева, Д.Н. Иванченко, О.Г. Машталова, И.Е. Куликова, С.А. Чибинева, Ю.Н. Орехова, Е.Е. Кияшко, Е.Ю. Радченко

*Ростовская клиническая больница ЮОМЦ ФМБА России,
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России
г. Ростов-на-Дону*

Одним из показателей, используемых для комплексной оценки состояния пациента, является определение уровня качества жизни (КЖ), усугублять которое способны такие факторы неблагоприятного сердечно-сосудистого прогноза, как симптоматика депрессивного расстройства и снижение функции почек. Кроме того, широко распространенные у лиц пожилого возраста когнитивные расстройства также негативно влияют на качество жизни больных. Проведена оценка качества жизни и его взаимосвязь с функцией почек, выраженностью симптомов депрессии и нарушениями когнитивной функции у 47 пациентов мужского пола, госпитализированных в кардиологическое отделение с диагнозом ИБС, стенокардии напряжения 2-3 функциональных классов. Выявлено, что наличие симптомов депрессии ассоциировано со снижением качества жизни по шкале SF-36. Ухудшение функции почек также было связано с ухудшением КЖ, а также с усугублением симптоматики депрессивного расстройства. У пациентов с ИБС когнитивная дисфункция прогрессировала по мере снижения функции почек.

Ключевые слова: стенокардия напряжения, когнитивная функция, депрессия, качество жизни, функция почек, скорость клубочковой фильтрации, СКД-ЕПІ.

THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

N.P. Dorofeeva, D.N. Ivanchenko, O.G. Mashtalova, I.E. Kulikova, S.A. Chibineva, Yu.N. Orekhova, E.E. Kiyashko, E.Yu. Radchenko

Quality of life is one of the indicators for a comprehensive assessment of the patient's condition. Depression and reduced kidney function can impair the quality of life. Cognitive impairment affects negatively on patients' quality of life. We examined 47 patients with stable angina pectoris. It was found that the presence of depressive symptoms is associated with a reduction in the quality of life with using the SF-36 scale. Worsening renal function was also associated with the deterioration of quality of life and worsening of depressive symptoms. The cognitive dysfunction has progressed with decreasing renal function.

Keywords: stable angina pectoris, cognitive function, depression, quality of life, renal function, glomerular filtration's rate, CKD-EPI.

Введение

Согласно данным Федеральной службы государственной статистики, заболеваемость болезнями системы кровообращения в России в 2015 году составила 31,2 случая на 1000 человек, что, несмотря на предпринимаемые усилия по профилактике и лечению, превосходит аналогичный показатель 2014 года на 2,4 [1]. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является лидиру-

ющей нозологией среди причин смертности и сокращения продолжительности полноценной жизни. Согласно Рекомендациям по лечению стабильной ИБС Европейского общества кардиологов (2013 г.) [2], двумя основными задачами, которые стоят перед врачом при лечении ИБС, являются улучшение кардиального прогноза и качества повседневной жизни пациентов. Качество жизни (КЖ) является интегральным пока-

зателем, характеризующим как физическое, так и психологическое, социальное и эмоциональное состояние пациента, оцениваемое исходя из его субъективного восприятия [3].

Результаты крупных эпидемиологических исследований (NHANES III, Okinawa Study и др.) последних десятилетий показали высокую распространенность нарушения функции почек в общей популяции (10–20 %). При этом, почечная дисфункция у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) отмечается значительно чаще и ассоциируется с увеличением риска сердечно-сосудистых осложнений и смерти. Ряд клинических исследований, проведенных в последние годы, (ACCOMPLISH, ALTITUDE, SHARP, ADVANCE, ROADMAP, CARRESS-HF) [4] позволили считать хроническую болезнь почек фактором риска ССЗ и эквивалентом ИБС по вероятности развития осложнений [5].

Депрессию признают независимым фактором риска как развития ИБС, так и ухудшения кардиального прогноза в дальнейшем. У больных ИБС с депрессивными расстройствами достоверно ниже толерантность к физической нагрузке, хуже результаты аортокоронарного шунтирования, ниже КЖ, а также приверженность лечению и соблюдению врачебных рекомендаций. Депрессия выделяется как самостоятельный фактор риска повышения смертности после перенесенного инфаркта миокарда [6]. Летальность пациентов, перенесших ИМ и страдающих депрессией, в 3-6 раз выше, чем у аналогичных больных при отсутствии аффективной симптоматики. Распознавание и своевременно начатое лечение расстройств депрессивного спектра не только способствуют коррекции психического состояния больного, но и повышают эффективность терапии основного заболевания, а также мероприятий по реабилитации и вторичной профилактике ИБС.

По данным эпидемиологических исследований, в последнее время наблюдается рост частоты выявления когнитивных расстройств. Это может быть связано с рядом причин: старением населения, эпидемиями неинфекционных заболеваний, включая артериальную гипертензию, атеросклероз, сахарный диабет, а также курение и злоупотребление алкоголем. Немаловажную роль в генезе умеренных когнитивных расстройств играют депрессивные расстройства. Проведение Всероссийской программы «Прометей», посвященной изучению эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожи-

лом возрасте, позволило выявить значительную распространенность когнитивных нарушений у людей из старшей возрастной группы. Когнитивные расстройства отмечались у 50% лиц 60-70 лет, у 63% лиц 70-80 лет и у 82% обследованных старше 80 лет [7]. У большинства людей с возрастной когнитивной дисфункцией она углубляется при стрессе, депрессии, перегрузках [8].

Цель работы: оценить уровень качества жизни и его взаимосвязь с функцией почек, выраженностью симптомов депрессии и нарушениями когнитивной функции у пациентов с ИБС.

Материалы и методы

В исследование были включены 47 пациентов мужского пола с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения 2-3 функциональных классов, госпитализированных в кардиологическое отделение с целью планового лечения. Средний возраст пациентов составил $60,15 \pm 7,7$ лет. Диагноз ИБС, стенокардии напряжения устанавливался в соответствии с Национальными рекомендациями по диагностике и лечению стабильной стенокардии (ВНОК, 2008 г.) [9]. Средняя продолжительность заболевания составила $4,7 \pm 1,2$ лет. Согласно данным объективного обследования, 55,3% пациентов перенесли инфаркт миокарда, у 25,5% в качестве коморбидной патологии выступал сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь была диагностирована у 62,5% больных. Снижения фракции выброса левого желудочка у включенных в исследование выявлено не было. Критериями исключения считались отказ от участия в исследовании, онкологические и тяжелые психические заболевания, патология органов зрения и слуха, не позволяющая заполнить предложенные опросники, инсульт, черепно-мозговая травма в анамнезе, а также нарушения ритма сердца.

Всем пациентам, помимо стандартных обследования и лечения, проводилась оценка качества жизни, выраженности симптомов депрессии и диагностика когнитивных расстройств. Также анализировалась связь полученных данных с результатами лабораторного обследования больных. Оценка качества жизни проводилась при помощи опросника SAQ (Seattle Angina Questionnaire), разработанного для использования у пациентов со стенокардией напряжения. SAQ позволяет объективно оценить физические ограничения пациентов, обусловленные стенокардией напряжения (шкала PL – physical limitations), частоту приступов

стенокардии и обнаружить недавние изменения симптомов (шкала AF – angina frequency), удовлетворенность лечением (TS – treatment satisfaction), и степень влияния болезни на качество жизни (QL – quality of life). По каждой из этих шкал пациент получает от 0 до 100 баллов, где более высокое количество баллов указывает на более высокую функцию (например, меньше ограничение физической активности, меньшую частоту приступов стенокардии, лучшее качество жизни). Также качество жизни оценивалось при помощи опросника SF-36, широко используемого как в эпидемиологических исследованиях, так и в рамках обследования пациентов с различными заболеваниями, включая ИБС. SF-36 позволяет оценить показатели качества жизни по 8 критериям: GH – общее состояние здоровья, PF – физическое функционирование, SF – социальное функционирование, RP – физическое состояние, RE – эмоциональное состояние, BP – интенсивность боли, VT – жизненная активность, MH – самооценка психического здоровья. Выявление симптомов депрессии осуществлялось при помощи опросника CES-D (Center of Epidemiological studies of USA - Depression, 1977), который является наиболее часто используемым инструментом для выявления депрессивных состояний в эпидемиологических исследованиях. Оценка функции почек производилась на основании расчета СКФ по формуле СКД-ЕРІ [10]. Нарушение когнитивной функции (КФ) определялось с использованием Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA) [11].

Статистическая обработка проводилась при помощи пакета программ Statistica 6.0, Microsoft-Office Excel 2007. Числовые значения представлены в виде: среднее значение \pm стандартное отклонение ($M \pm sd$). Для проверки гипотезы о равенстве средних при нормальном распределении в двух группах использовался F-критерий Фишера. При отличии распределения от нормального использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Проверку на нормальность распределения проводили с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Статистически значимыми считались различия в группах при $p \leq 0,05$. Зависимость между показателями оценивалась при помощи корреляционного анализа. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом, от всех пациентов было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты

Симптомы депрессии различной степени выраженности были обнаружены у 8 пациентов, что составило 17% от их общего числа. Из них у 7 пациентов (14,89%) отмечалась симптоматика легкого депрессивного расстройства, у одного больного симптомы депрессии были клинически выражены (2,12%).

При сравнении показателей качества жизни по шкале SF-36 у пациентов с симптомами депрессии было выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) снижение уровня качества жизни по показателям общего состояния здоровья GH, жизненной активности VT, социального функционирования SF и самооценке психического здоровья MH по сравнению с пациентами, не имеющими симптомов депрессии. При анализе показателей качества жизни, оцененных по шкале SAQ, статистически значимых различий между пациентами с симптомами депрессии и не имеющими их получено не было (табл. 1).

Нормальная или повышенная СКФ (≥ 90 мл/мин/1,73 м²) имелась у 14,28% пациентов, незначительно сниженная СКФ (60-89 мл/мин/1,73 м²) – у 60%, умеренно сниженная СКФ (45-59 мл/мин/1,73 м²) – у 25,7% испытуемых.

В зависимости от функции почек пациенты были разделены на две группы. В первую вошли пациенты с СКФ ≥ 60 мл/мин/1,73 м² (незначительно сниженная, нормальная и повышенная СКФ, $n=35$). Во вторую группу были включены лица с умеренным снижением СКФ (≤ 59 мл/мин/1,73 м², $n=12$). Было обнаружено, что у пациентов со снижением функции почек, оцененным по формуле СКД-ЕРІ, несмотря на небольшое число пациентов в анализируемой подгруппе, отмечалось статистически значимое снижение следующих показателей КЖ: жизненной активности VT ($p \leq 0,05$), уровня социального функционирования SF ($p \leq 0,01$), эмоционального состояния RE ($p \leq 0,01$) и самооценки психического здоровья MH ($p \leq 0,01$). При сравнении показателей КЖ, определенных с использованием опросника SAQ, значимых различий между пациентами с нормальной и сниженной функцией почек получено не было (табл.2).

Таким образом, наличие сниженной функции почек у пациентов с ИБС ассоциируется с дополнительным снижением ряда показателей КЖ. Коррекция сниженной функции почек перспективна не только с точки зрения улучшения общего прогноза, но также и для коррекции пси-

Таблица 1

Показатели качества жизни у пациентов с ИБС в зависимости от наличия симптомов депрессии

	Всего	Без симптомов депрессии (n=39)(M±sd)	С симптомами депрессии (n=8)(M±sd)	p
SF-36				
PF	62,3±26,11	64,3±27,68	53,12±14,62	p>0,05
RP	57,33±24,8	58,2±25,42	53,12±22,9	p>0,05
BP	61,73±26,5	61,08±26,77	61,37±27,06	p>0,05
GH	52,4±15,3	55,02±14,71	40,25±13,05	p<0,05
VT	61,27±16,95	63,8±16,31	49,22±15,46	p<0,05
SF	75,99±20,6	78,6±20,53	63,54±17,07	p<0,05
RE	73,44±23,79	75,65±24,22	62,9±19,55	p>0,05
MH	66,0±18,9	70,65±17,05	43,93±9,84	p<0,01
Сизтлский опросник качества жизни				
PL	68,26±17,48	69,7±18,56	61,6±9,4	p>0,05
AS	66,66±33,41	68,91±34,56	56,25±29,12	p>0,05
AF	68,44±24,67	68,91±23,9	66,25±29,73	p>0,05
TS	84,36±13,01	84,69±13,29	82,81±12,3	p>0,05
QL	49,8±20,44	51,56±22,03	41,66±6,3	p>0,05

хического и физического функционирования пациентов с ИБС.

У большинства пациентов, проходящих стационарное лечение по поводу ССЗ, выявлено умеренное снижение КФ (76,6%), нормальная КФ (более 25 баллов по MoSA) была сохранена у 23,4%. Когнитивная функция положительно коррелировала с СКФ ($r = 0,271$; $p \leq 0,05$). С

повышением уровня креатинина наблюдалась тенденция к снижению КФ ($r = -0,227$; $p \leq 0,05$). Снижение СКФ также ассоциировалось с выраженностью симптомов депрессии ($r = -0,389$; $p \leq 0,05$).

Выводы:

1. Наличие симптомов депрессии у пациентов с ИБС ассоциировано со снижением таких

Таблица 2

Показатели качества жизни у пациентов с нормальной и сниженной функцией почек

	Нормальная функция почек, (СКФ ≥ 60 мл/мин/1,73 м ²) (n=35)	Сниженная функция почек, (СКФ ≤ 59 мл/мин/1,73 м ²) (n=12)	p
SF-36			
PF	61,06±22,52	54,375±24,6	p>0,05
RP	50,17±22,8	53,125±23,2	p>0,05
BP	60,25±23	50,875±15,75	p>0,05
GH	40,42±15,2	44,25±16,26	p>0,05
VT	55,2±16,4	44,53±17,2	p\leq0,05
SF	70,39±23,7	51,56±21,8	p\leq0,01
RE	69,57±25	57,29±25,97	p\leq0,01
MH	65±19,4	50,4±14,24	p\leq0,01
Сизтлский опросник качества жизни			
PL	76,38±17,8	65,88±17,00	p>0,05
AS	63,8±43,5	65,44±31,9	p>0,05
AF	77,77±19,8	64,7±25,4	p>0,05
TS	85,4±9,88	83,5±13,9	p>0,05
QL	51,82±18,5	48,76±21,23	p>0,05

показателей качества жизни по шкале SF-36, как GH – общее состояние здоровья, VT – жизненная активность, SF – социальное функционирование, MH – самооценка психического здоровья, и не связано с изменением показателей качества жизни, оцененных при помощи опросника SAQ.

2. У пациентов со сниженной функцией почек отмечалось снижение таких показателей

КЖ, как жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE), самооценка психического здоровья (MH). Кроме того, ухудшение функции почек было ассоциировано с усугублением симптоматики депрессивного расстройства.

3. У пациентов с ИБС когнитивная функция ухудшалась по мере снижения СКФ.

Литература:

1. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики (Росстат) http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/

2. Task Force Members, Montalescot G., Sechtem U. et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. EurHeart J. 2013 Oct; 34 (38): 2949–3003.

3. Драпкина О.М. Качество жизни у больных ИБС Трудный пациент Том 12, №7, 2014 – с. 12-15.

4. Matsushita K, van der Velde M, Astor BC et al, Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium. Association of estimated glomerular filtration rate and albuminuria with all-cause and cardiovascular mortality in general population cohorts: a collaborative meta-analysis. Lancet 2010;375(9731):2073-81.

5. Национальные рекомендации «Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции». Российский кардиологический журнал. 2014. №8 (112). С 7-37.

6. William Whang, Matthew M. Burg, Robert M. Carney et al. Design and Baseline Data from the Vanguard

of the Comparison of Depression Interventions after Acute Coronary Syndrome (CODIACS) Randomized Controlled Trial ContempClin Trials. 2012 September ; 33(5): 1003–1010. doi:10.1016/j.cct.2012.05.005.

7. Локшина А., Захаров В. Когнитивные нарушения в общеклинической практике / Врач. – 2009 - №4. – с. 21-25

8. Как избежать сосудистых катастроф мозга : руководство для больных и здоровых / Л. С. Манвелов, А. С. Кадыков, А. В. Кадыков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 160 с. : ил.

9. Национальные рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии (ВНОК, 2008 г.) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – 7(6), приложение 4.

10. Andrew S. Levey A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate / Andrew S. Levey, Lesley A. Stevens, Christopher H. Schmid et al // Ann Intern Med. 2009. № 5;150 (9). P. 604-12.

11. Davis DHJ, Creavin ST, Yip JLY, et al. Montreal Cognitive Assessment for the diagnosis of Alzheimer's disease and other dementias. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.: CD010775. DOI: 10.1002/14651858.CD010775.pub2

Контактная информация:

Дорофеева Наталья Петровна, д.м.н., профессор, РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, зав кардиологическим отделением
Контактный телефон: +7(904) 341-20-14; e-mail: pprmahogany@yandex.ru

Иванченко Дарья Николаевна, к.м.н., ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, ассистент кафедры терапии ФПК и ППС.
Контактный телефон: +7(918) 578-65-08; e-mail: d_ivanchenko@mail.ru

Машталова Ольга Георгиевна, РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, врач-кардиолог
Контактный телефон: +7(903) 439-58-20; e-mail: olga.mashtalova@mail.ru

Куликова Ирина Евгеньевна, РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, врач-кардиолог
Контактный телефон: +7(918) 536-71-79; e-mail: pprmahogany@yandex.ru

Чибинева Светлана Анатольевна, РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, врач-кардиолог БИТ
Контактный телефон: +7(905) 457-09-56; e-mail: pprmahogany@yandex.ru

Орехова Юлия Николаевна, ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, аспирант кафедры терапии ФПК и ППС.
Контактный телефон: 8-(988) 546-91-38

Кияшко Екатерина Евгеньевна, РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, врач-кардиолог
Контактный телефон: +7(961) 281-78-28; e-mail: pprmahogany@yandex.ru

Радченко Елена Юрьевна, РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, зав отделением функциональной диагностики
Контактный телефон: +7(903) 402-13-26; e-mail: pprmahogany@yandex.ru