

Т. П. Пронько, О. И. Пыжевская, Н.С. Касперович, Е. И. Гайдук, Ю. В. Драгун.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
ГУ «1134 военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики
Беларусь».*

Целью настоящего исследования явилась комплексная оценка особенностей качества жизни, уровня депрессии и физической работоспособности у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН). Обследовано 47 больных ССН в возрасте от 45 до 90 лет. Выявлено, что у больных ССН происходит значительное снижение качества жизни по сравнению со здоровыми лицами, преимущественно за счет снижения физической активности и развития депрессивных состояний. Согласно шкале депрессии Бека у больных ССН выявляется легкая депрессия. Количественные показатели качества жизни объективно отражают особенности нарушений жизнедеятельности у больных ССН и могут учитываться при установлении уровня ограничения жизнедеятельности и степени утраты трудоспособности, могут быть полезны для максимальной индивидуализации терапии, при оценке эффективности клинических испытаний и деятельности различных служб здравоохранения.

Ключевые слова: *качество жизни, депрессия, стенокардия.*

T. P. Pronko, V. I. Pyzheuskaya, N. S. Kaspiarovich, A. I. Haiduk, Y. V. Drahun
**FEATURES OF THE QUALITY OF LIFE, DEPRESSIVE DISORDERS IN ELDERLY
PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION**

The purpose of the study is evaluation of features of the quality of life, level of depression and functional capacity in patients with stable angina. Study population included 47 patients with stable angina at age 45 to 90 years old. We found that patients with stable angina have impaired quality of life to compare with healthy persons. Quality of life impaired due to decreased physical activity and depression. Mild depression was revealed in patients with stable angina according Beck scale. Quality of life objectively reflects the features of disability in patients with stable angina. Parameters of quality of life may be used in determining the level of vital activity and the degree of disability, can be useful for maximum individualization of therapy, can be used to assess the effectiveness of clinical trials and work of the various health services.

Key words: quality of life, depression, stable angina.

В начале XXI века понятие «качество жизни» превратилось в предмет научных исследований и стало более точным. Являясь комплексной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанной на его субъективном восприятии, медицинское понимание этого термина всегда связано со здоровьем (health related quality of life, HRQL). Качество жизни (КЖ) сегодня – это надежный, информативный и экономичный метод оценки здоровья больного, как на индивидуальном, так и на групповом уровне. Его рассматривают как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности помощи пациентам [4]. Одним из основных показателей тяжести и прогноза при стенокардии является снижение физической работоспособности [5]. Физическая работоспособность является также одним из ведущих критериев в определении качества жизни.

Последнее время актуальность приобретает проблема сопряженности ишемической болезни сердца (ИБС) и депрессии. Больные депрессией имеют повышенный риск развития ИБС, коронарной смерти [2]. В свою очередь депрессия является мощным независимым предиктором смертности у больных с установленной ИБС [11].

Целью настоящего исследования явилась комплексная оценка особенностей качества жизни, уровня депрессии и физической работоспособности у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН) и выявление факторов, влияющих на качество жизни у данной категории больных.

Материал и методы

Нами проведено исследование на базе терапевтического отделения ГУ «1134 военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» г. Гродно. Было обследовано 47 больных ИБС ССН функциональный класс (ФК) II-III (31 мужчина и 16 женщин, в возрасте от 45 до 90 лет). Диагноз ССН ставили по наличию типичных ангинозных болей и данных инструментальных исследований: ЭКГ, велоэргометрических проб, суточного мониторирования ЭКГ. В группу контроля вошел 21 практически здоровый человек без сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе (13 мужчин и 8 женщин, в возрасте от 55 до 71 года).

Для оценки КЖ была использована русская валидизированная версия опросника SF-36 [7]. Результаты представляются в виде оценок по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высо-

кая оценка указывает на лучшее КЖ [10, 14]. Опросник включает в себя следующие разделы:

1. Physical Functioning (PF) - физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).

2. Role-Physical (RP) - влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).

3. Bodily Pain (BP) - интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. General Health (GH) - общее состояние здоровья - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Vitality (VT) - жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обесиленным).

6. Social Functioning (SF) - социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает общение.

7. Role-Emotional (RE) - влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.).

8. Mental Health (MH) - оценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Для оценки уровня депрессии использовалась шкала депрессии Бека [6]. Оценка результатов по шкале депрессии Бека производится бально: 0-9 - отсутствие депрессивных симптомов; 10-15 - легкая депрессия (субдепрессия); 16-19 - умеренная депрессия; 20-29 - выраженная депрессия (средней тяжести); 30-63 - тяжелая депрессия [6].

Для оценки физической работоспособности были использованы индекс активности университета Дьюка (The Duke Activity Status Index – DASI) [9] и тест с 6-минутной ходьбой, проводившийся по стандартной методике [15].

Статистический анализ полученных данных проводили с помощью программы STATISTICA 6.0. Полученные результаты представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения ($M \pm SD$). Две независимые группы сравнивали с помощью U-кри-

терия Манна-Уитни. Проводился непараметрический корреляционный анализ по Спирмену. Статистически значимыми различия в группах были приняты на уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Клиническая характеристика больных представлена в таблице 1. Как видно из таблицы 1, исследуемые группы были сопоставимы по основным характеристикам. Однако имелись определенные различия. Группа здоровых лиц в среднем была моложе, по сравнению с группой больных. Это вызвано тем, что достаточно трудно найти лиц старше 50 лет без сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе.

Показатели качества жизни представлены в таблице 2. Как видно из таблицы 2, у здоровых лиц средние показатели КЖ отличались от 100% уровня «идеального здоровья». Однако полученные нами данные согласуются с данными популяционных исследований с использованием русскоязычной валидизированной версии опросника SF-36, проведенных в России [8].

Полученные результаты пациентов ССН по многим шкалам опросника SF-36 оказались достоверно ниже, чем у лиц контрольной группы. У больных ССН был выявлен низкий показатель ВР, характеризующий интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью. ВР был на 40,6 % ниже по сравнению со здоровыми ($p < 0,001$). Следствием этого явилось выраженное ограничение физической активности у больных стенокардией. Так, показатель физического здоровья (PF), был на 20,6% ниже, по сравнению со здоровыми ($p < 0,01$). Уровень показателя физически-ролевого функционирования (PR), отражающего наличие у больного проблем, связанных с работой и ограничениями в регулярной деятельности, у больных ССН был снижен на 39,7% по сравнению с группой контроля ($p < 0,01$).

Наряду с показателями физического здоровья у больных ССН страдает и психический компонент. Так, пониженный уровень показателя (RE) эмоционально-ролевого функционирования (на 47,7% ниже, по сравнению со здоровыми, $p < 0,01$) прямо указывает

на наличие у больного тревожности и депрессии, создающих у больного проблемы, связанные с работой и другой регулярной деятельностью. Общее состояние здоровья (GH) у больных ССН было также ниже по сравнению со здоровыми (на 18,7%, $p < 0,05$).

В таблице 3 представлены данные по оценке уровня депрессии и физической работоспособности у больных ССН. Как видно из таблицы 3, по шкале депрессии Бека у пациентов со ССН выявляется легкая депрессия. Хотя достоверной разницы между полученными показателями в группах нет. При глубоком анализе результатов, выявлено, что депрессия встречалась у 72% больных ССН, из них легкая депрессия была в 55,9% случаев, умеренная депрессия в 26,5% случаев, выраженная депрессия в 11,8% случаев, тяжелая депрессия – 5,8%. Тогда как в группе здоровых депрессия была у 48% лиц, причем у всех встречалась только легкая депрессия. Полученные данные согласуются с результатами опросника качества жизни SF-36.

Шкала активности Дьюка и 6-минутный тест показали наличие снижения физической активности у больных ССН (таблица 3). Что подтверждает данные, полученные при использовании опросника качества жизни SF-36.

При проведении корреляционного анализа выявлена отрицательная корреляция показателей по шкале депрессии Бека и индекса DASI ($r = -0,39$, $p < 0,01$), с данными 6-минутного теста ($r = -0,44$, $p < 0,01$), и показателем PF из опросника SF-36 ($r = -0,56$, $p < 0,001$). Чем меньше физическая работоспособность, тем более выражена депрессия. Баллы шкалы депрессии Бека коррелировали с показателями опросника SF-36, отвечающими за психический компонент качества жизни: с GH ($r = -0,36$, $p < 0,05$), с VT ($r = -0,37$, $p < 0,01$), с MH ($r = -0,64$, $p < 0,001$), что подтверждает объективность данных методов исследования.

Индекс DASI коррелировал с результатами 6-минутного теста ($r = 0,53$, $p < 0,001$), с показателями из опросника SF-36: с PF ($r = 0,77$, $p < 0,001$), GH ($r = 0,41$, $p < 0,05$), ВР ($r = 0,57$, $p < 0,001$) и с VT ($r = 0,49$, $p < 0,001$). Чем сильнее болевой синдром, тем ниже

Таблица 1 – Клиническая характеристика обследуемых лиц

Показатели	Больные ССН	Здоровые
Возраст, лет	70,1±10,3	59,25±6,0
Продолжительность ИБС, лет	13,9±7,8	-
Наличие в анамнезе ОИМ	20 (42,6%)	-
Наличие сопутствующей АГ	40 (85,1%)	-
Наличие сопутствующего СД	7 (14,9%)	-
ИМТ	28,3±4,2	28,1±3,8
Общий холестерин, ммоль/л	5,3±0,8	5,2±1,2
Креатинин, мкмоль/л	105,8±22,4	89±14,6
Глюкоза, ммоль/л	5,8±1,0	5,4±0,9
Общий билирубин, мкмоль/л	13,6±3,4	14,1±2,8

Примечания: ИБС – ишемическая болезнь сердца, ОИМ – острый инфаркт миокарда, АГ – артериальная гипертензия, СД – сахарный диабет, ИМТ – индекс массы тела.

физическая работоспособность. Индекс DASI коррелировал с полом ($r=0,44$, $p<0,01$), у женщин индекс активности DASI был ниже, по сравнению с мужчинами.

Возраст коррелировал с данными 6 минутного теста ($r=-0,44$, $p<0,01$) и с показателем BP из опросника SF-36 ($r=-0,33$, $p<0,05$).

Изучение качества жизни больных, страдающих ССН, позволяет оценить степень воздействия данной патологии на жизнь пациента, выделить те ее сферы, которые подвержены наибольшему влиянию заболевания. Согласно нашим данным, КЖ больного со стенокардией страдает в большой степени из-за ограничений его физических возможностей. Согласно литературным данным КЖ применительно к сердечно-сосудистым заболеваниям зависит, прежде всего, от физической работоспособности, снижение которой может препятствовать удовлетворению пациентом своих потребностей. КЖ больных с синдромом стенокардии определяется в основном ограничениями в сфере физической активности [4]. Важность физической сферы в жизнедеятельности человека отмечают и другие авторы. Эту причину называют 100% пациентов. На втором месте – необходимость ограничивать трудовую деятельность (90,4% пациентов). На третьем месте – необходимость избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению (85,7% пациентов) [1, 4]. Согласно данным других авторов у больных ИБС наиболее значимые изменения КЖ проявляются в психической сфере жизни [2, 3]. В нашем исследовании отмечались низкие значения восприятия общего состояния здоровья, физической активности, жизнеспособности. Более низкие значения КЖ были у пациентов

более старшего возраста. При оценке физической работоспособности с помощью 6-минутного теста и индекс активности DASI получены подобные результаты – более низкие показатели были у возрастных пациентов.

Сегодня становится очевидным, что депрессию и сердечно-сосудистые заболевания не следует рассматривать как независимые друг от друга, параллельно существующие патологические состояния, между ними имеется взаимосвязь и взаимовлияние [2, 11]. Депрессия серьезно влияет на качество жизни и адаптационные возможности пациента. Исследования свидетельствуют о том, что у больных с депрессивной и тревожно-депрессивной симптоматикой значительно снижена приверженность к лечению и соблюдению врачебных рекомендаций: больные нерегулярно принимают рекомендованное лечение, реже придерживаются здорового образа жизни, хуже выполняют врачебные рекомендации по соблюдению диеты, отказу от курения, увеличению физической активности, необходимости ограничения алкоголя; они редко участвуют в мероприятиях по реабилитации и вторичной профилактике [3]. Важно отметить, что негативное влияние на прогноз оказывает не только так называемая большая депрессия, но и депрессия легкой степени тяжести [2]. Поэтому необходимо своевременно распознавать и лечить депрессию у данной категории больных. К сожалению, в огромном большинстве случаев депрессия у больных ИБС своевременно не диагностируется и не лечится. Причина такой ситуации заключается в том, что, как правило, у больных ИБС наблюдаются скрытые, маскированные депрессии [2, 3].

Следует отметить, что без тесного контакта с пси-

Таблица 2 – Показатели качества жизни по данным SF-36 ($M \pm m$)

Показатели	Здоровые	ССН
Восприятие общего состояния здоровья (GH)	57,5±15,9	46,7±16,5*
Физическая активность (PF)	81,9±15,3	65,0±19,5**
Рольевые ограничения вследствие физических проблем (RP)	67,9±37,2	40,9±35,7**
Рольевые ограничения вследствие эмоциональных проблем (RE)	91,6±28,6	47,9±41,1**
Социальное функционирование (SF)	49,1±9,6	48,3±13,7
Физические боли (BP)	74,8±20,0	44,4±23,3***
Энергичность/жизнеспособность (VT)	55,9±14,6	52,1±16,0
Психическое здоровье (MH)	67,7±10,2	63,2±12,1

Примечания: * – достоверные отличия по сравнению с группой здоровых $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

Таблица 3 – Показатели уровня депрессии и физической работоспособности в исследуемых группах

Группа обследуемых	Шкала депрессии Бека	Индекс активности DASI	6-минутный тест, м
Здоровые	9,9±5,3	38,9±15,3	552,2±88,5
ССН	12,9±7,2	27,4±12,6**	283,8±86,3***

Примечания: ** – достоверные отличия, по сравнению со здоровыми ($p<0,01$); *** – $p<0,001$.

хотерапевтом или психиатром возможно выявление только наиболее явных случаев депрессивных расстройств. Однако выявление пациентов из группы повышенного риска и настороженность в отношении возможного наличия депрессивных расстройств может с успехом выполняться кардиологом или терапевтом. На данном этапе возможно использование специальных опросников или шкал, одним из которых является шкала депрессии Бека [6]. При выявлении выраженной и тяжелой депрессии больных необходимо направлять на консультацию к психотерапевту для подбора индивидуальной терапии с целью коррекции выявленных нарушений.

Различные исследования показывают, что индекс активности DASI и 6-минутный тест помогают лучше прогнозировать выживаемость и риск развития сердечно-сосудистых осложнений у больных ИБС. Использование результатов индексов DASI и 6-минутного теста, позволит врачам достаточно точно оценить прогноз каждого конкретного пациента, выработать адекватную стратегию лечения, а также уточнить показания к проведению процедуры реваскуляризации миокарда [12, 13].

Количественные показатели качества жизни объективно отражают особенности нарушений жизнедеятельности у больных стенокардией и могут учитываться при установлении уровня ограничения жизнедеятельности и степени утраты трудоспособности. Показатели качества жизни могут быть полезны для максимальной индивидуализации терапии; при решении вопроса о выборе метода лечения, когда терапевтические цели взаимно исключают друг друга и стоит выбор между качеством или количеством жизни больного, при оценке эффективности клинических испытаний и деятельности различных служб здравоохранения.

Анализ результатов оценки уровня КЖ больных ССН указывает на следующие особенности:

1. У больных ССН происходит значительное снижение качества жизни по сравнению со здоровыми лицами, преимущественно за счет снижения физической активности и развития депрессивных состояний.

2. Физический компонент снижен в большей степени. Это подтверждается результатами 6-минутного теста, индексом активности DASI, проведенным корреляционным анализом.

3. Согласно шкале депрессии Бека у больных ССН выявляется легкая депрессия.

4. Факторами, влияющими на показатели качества жизни, являются: интенсивность и продолжительность болевого синдрома, степень снижения или ограничения физической работоспособности, глубина депрессии.

Таким образом, изучение качества жизни с помощью современных методик, использование шкалы депрессии Бека и индекса активности DASI должно стать неотъемлемой частью рутинного обследования больных с ИБС.

Литература

1. Аронов, Д. М. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Д. М. Аронов, В. П. Зайцев // Кардиология. – 2002. – № 5. – С. 92-95.
2. Васюк, Ю. А. Особенности патогенетической взаимосвязи депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний / Ю. А. Васюк, Т. В. Довженко, Е. Л. Школьник // Псих. расстройств в общей медицине. – 2007. - № 1. – Том 02. – С. 45-48.
3. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца / Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиология. – 2011. – №2. – С. 59-66.
4. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы / Н.В. Погосова [и др.] // Кардиология. – 2010. – №4. – С. 66-78.
5. Левичева, Е. Н. Сравнительная характеристика качества жизни и физического статуса больных ишемической болезнью сердца и аортальными пороками // Кардиология. – 2009. - № 4. – С. 4-8.
6. Методы диагностики тревожно-депрессивных расстройств у больных острым инфарктом миокарда / В.А. Люсов [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2010. - № 1. – С. 77-81.
7. Новик, А. А., Ионова, Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова // СПб.: Издательский дом «Нева», М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320 с.
8. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования «Мираж» / В.Н. Амирджанова и др. // Научно-практическая ревматология. – 2008. – №1. – С. 36-48.
9. A brief self-administered questionnaire to determine functional capacity (the Duke Activity Status Index) / M. Hlatky, e.a. // Am J of Cardiol. – 1989. – V. 64. – P. 651-654.
10. Apolone, G. The Italian SF-36 Health Survey translation, validation and norming / G. Apolone, P. Mosconi // J. Clin. Epidemiology. – 1998. – Vol. 11. – P. 1025-1036.
11. Birkhofer, A. Relationships between mental and cardiac diseases / A. Birkhofer, G. Schmidt, H. Forstl // MMW Fortschr Med. – 2005. – V. 147(42). – P. 40-43.
12. Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class: advantages of a new specific activity scale / L. Goldman, e.a. // Circulation. – 1991. – V. 64 (6). – P. 1227-1234.
13. Fleg, J.L. Assessment of functional capacity in clinical and research applications. An advisory from the committee on exercise, rehabilitation, and prevention, council on clinical cardiology, American Heart Association // Circulation. – 2000. – V. 102. – P. 1591-1597.
14. The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and control-specific health in 10 countries from JOOZA Project / J. Ware, B. Gandek, M. Kosinski // J. Clin Epidemiology. – 1998. – Vol. 11. – P. 1167-1170.
15. Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. Recommendations for exercise testing in chronic heart failure patients // Eur. Heart. J. – 2001. – V. 22. – P. 37-45.