УДК 616.12-002.772-06:616.8-008.64

В.С. Петров

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

СОПОСТАВЛЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ДИНАМИКИ ТРЕВОГИ, ДЕПРЕССИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

V.S. Petrov

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

COMPARISON OF THE PREVALENCE AND DYNAMICS OF ANXIETY, DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE

Резюме

Цель. Оценка выраженности, распространенности и пятилетней динамики тревоги и депрессии у исследуемых с хронической ревматической болезнью сердца. **Материал и методы.** В исследование включено 168 пациентов с хронической ревматической болезнью сердца: средний возраст 58,69±0,47 года; 141 женщина (83,93%) и 27 мужчин (16,07%). Для оценки тревоги и депрессии использовались: HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии), CES-D (шкала депрессии центра эпидемиологических исследований), STAI (шкала тревоги Спилбергера). Качество жизни оценивалось по суммарным шкалам SF-36 (Short Form Medical Outcomes Study); KCCQ (Канзасский опросник для больных кардиомиопатией) и MHFLQ (Миннесотский опросник качества жизни больных ХСН). **Результаты.** Исходно у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца отмечалась незначительная выраженность депрессии и тревоги, исключением был высокий уровень реактивной тревожности по STAI — 48,00±0,95. Более выраженными депрессивные расстройства были у исследуемых с III и IV ФК ХСН. По CES-D — 17,58±1,27 при ФК I и 23,4±0,75 при ФК IV, по HADS — 7,00±0,64 при ФК I и 13,6±0,78 при ФК IV. Тревожные расстройства, наоборот, были меньше при III и IV ФК ХСН: 8,5±0,49 при ФК I и 8,2±1,02 при ФК IV по HADS. По STAI реактивная тревожность — 47,58±1,22 (ФК I) и 42,8±1,76 (ФК IV), по личностной тревожности — 42,67±1,08 (ФК I) и 40,4±1,85 (ФК IV). За пятилетний период наблюдения отсутствовала негативная и позитивная динамика по данным опросников тревоги и депрессии. Исключением стало нарастание тревоги по HADS на 0,66 балла. По качеству жизни было снижение физического компонента здоровья SF-36 на 1,78, функционального статуса KCCQ на 1,55 и MHFLQ на -3,99. **Заключение.** У исследуемых с хронической ревматической болезнью сердца выраженность тревоги и депрессии незначительная и не нарастает в течение пяти лет наблюдения. Показатели депрессии более выражены в группе исследуемых с III и IV ФК ХСН, а показатели тревоги у пациентов с I и II ФК ХСН. Увеличение показателей депрессии у исследуемых с хронической ревматической болезнью сердца связано с ухудшением качества жизни. При улучшении значений качества жизни депрессивные проявления уменьшаются, а усиливаются показатели тревоги.

Ключевые слова: *ревматическая болезнь сердца, тревога, депрессия, качество жизни*

Для цитирования: Петров В.С. СОПОСТАВЛЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ДИНАМИКИ ТРЕВОГИ, ДЕПРЕССИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. Архивъ внутренней медицины. 2019; 9(3): 222-228. DOI: 10.20514/2226-6704-2019-9-3-222-228

Abstract

The objective. The assessment of the severity, prevalence and five-year dynamics of anxiety and depression in those studied with rheumatic heart disease. **Materials and methods.** The study included 168 patients with rheumatic heart disease: mean age 58,69±0,47 years; 141 women (83,93%) and 27 men (16,07%). To assess anxiety and depression, the following scales were used: HADS (hospital anxiety and depression scale), CES-D (depression scale of the epidemiological research center), and STAI (Spielberger anxiety scale). Quality of life was assessed using total scale SF-36 (Short Form

*Контакты/Contacts. E-mail: dr.vspetrov@gmail.com

Medical Outcomes Study), KCCQ (Kansas questionnaire for patients with cardiomyopathy), and MHFLQ (Minnesota questionnaire for the quality of life of patients with CHF). **Results.** Initially, patients with rheumatic heart disease had mild depression and anxiety, except for the high level of state anxiety according to STAI — 48.00 ± 0.95. More pronounced depressive disorders were revealed in patients with CHF NYHA III and IV. According to CES-D — 17,58±1,27 for FC I and 23,4±0,75 for FC IV, for HADS — 7,00±0,64 for FC I and 13,6±0,78 for FC IV. Anxiety disorders, on the contrary, were less with III and IV FC CHF: 8,5±0,49 with FC I and 8,2±1,02 with FC IV in HADS. According to STAI state anxiety — 47,58±1,22 (FC I) and 42,8±1,76 (FC IV), for trait anxiety — 42,67±1,08 (FC I) and 40,4±1,85 (FC IV). For the five-year period there was no negative and positive dynamics according to the questionnaires of anxiety and depression. The only exception was the increase in anxiety according to HADS by 0.66 points. In terms of quality of life, there was a decrease in physical health according to SF-36 by 1.78, and in overall summary score according to KCCQ by 1.55 and MHFLQ by — 3.99. **Conclusions.** In patients with rheumatic heart disease, the severity of anxiety and depression is insignificant and does not increase during five years of observation. Indicators of depression are more pronounced in the group with CHF NYHA III and IV, and anxiety indicators in patients with CHF NYHA I and II. An increase in depression rates in subjects with rheumatic heart disease is associated with a deterioration in the quality of life. With an improvement in the quality of life values, depressive symptoms decrease, and anxiety rates increase.

Key word: *rheumatic heart disease, anxiety, depression, quality of life*

For citation: Petrov V.S. COMPARISON OF THE PREVALENCE AND DYNAMICS OF ANXIETY, DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE. The Russian Archives of Internal Medicine. 2019; 9(3): 222-228. [In Russian]. DOI: 10.20514/2226-6704-2019-9-3-222-228

DOI: 10.20514/2226-6704-2019-9-3-222-228

CES-D — шкала депрессии центра эпидемиологических исследований, EQ-5D — EuroQol Group, HADS — госпитальная шкала тревоги и депрессии, KCCQ — канзасский опросник для больных кардиомиопатией, MHFLQ — Миннесотский опросник качества жизни больных ХСН, SF-36 — Short Form Medical Outcomes Study, STAI — шкала тревоги Спилбергера, ВАШ — визуальная аналоговая шкала, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ЛТ — личностная тревожность, РТ — реактивная тревожность, ФК — функциональный класс, ФП — фибрилляций предсердий, ХРБС — хроническая ревматическая болезнь сердца, ХСН — хроническая сердечная недостаточность

Высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств и их взаимосвязь с сердечно-сосудистыми заболеваниями известна давно. Тревога и депрессия значительно влияют на качество жизни пациентов, их приверженность к лечению и работоспособность [1]. Отмечается, что у лиц с депрессиями чаще развивается коронарная болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт и внезапная смерть, причем даже в случае невыраженной депрессивной симптоматики [2]. И получается, что как сами сердечно-сосудистые заболевания приводят к тревожно-депрессивным расстройствам, так и тревога с депрессией влияют на нарушения ритма сердца, продолжительность приступов стенокардии и частоту коронарных событий. При этом тревожные расстройства ассоциируются с повышением риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) на 26-41%, а сердечно-сосудистых заболеваний на 52% в случае длительного наблюдения [3, 4]. В литературе указывается, что нарастание тяжести депрессии на 1 балл по шкале самооценки Зунга увеличивает смертность на 8% [5]. А вот данных о связи между тревожными расстройствами и повышением риска смертности от ИБС не получено [3]. Зато тревожные расстройства могут быть связаны с повышением риска коронарных событий [6].

Исходом большинства сердечно-сосудистых заболеваний является хроническая сердечная недостаточность (ХСН), которая во многом определяет их течение и прогноз. Распространенность тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ХСН ишемической этиологии по данным литературы составляет от 14% до 60%. Тяжелую депрессию отмечают у 17,25% исследуемых, среднетяжелую у 20,9% и легкую у 27,3% [7]. По данным литературы на выраженность и частоту тревожно-депрессивных расстройств при ХСН могут влиять следующие факторы [8-12]: функциональный класс (ФК) ХСН (особенно III и IV ФК); ее длительность; возраст пациента (старше или моложе 60 лет); пол (в случае фракции выброса менее 40% преобладают женщины); сопутствующая патология (сахарный диабет); экономический статус (социально незащищенные пациенты и безработные); уровень образования (более низкий уровень образования); место жительства (проживание в городе); степень информированности о ХСН (неинформированность о ХСН и методах ее лечения).

Депрессия является дополнительным фактором, влияющим на физическую, психическую и социальную активность больных с ХСН. Нередко сопровождающая ХСН пароксизмальная и перманентная фибрилляция предсердий приводит к нарастанию тревоги и депрессии [1]. Также депрессивные расстройства влияют на продолжительность жизни пациентов с ХСН. Считается, что смертность больных с депрессией составляет 25% в сравнении с 11,3% пациентов без признаков расстройств. Данных же по динамическому наблюдению за пациентами с ХСН вследствие приобретенных пороков сердца [13] и частоте встречаемости тревоги и депрессии у таких пациентов мало [14].

Целью работы была оценка выраженности, распространенности и пятилетней динамики тревоги и депрессии у исследуемых с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС).

Материалы и методы

В исследование включено 168 пациентов с ХРБС, проходивших стационарное лечение в областном кардиологическом диспансере и подписавшие информированное согласие. Средний возраст исследуемых — 58,69±0,47 года; 141 женщина (83,93%) и 27 мужчин (16,07%). Из исследуемых с диагнозом ХРБС отбирались только пациенты, имевшие митральный стеноз, как достоверный признак ревматического порока. Отсутствие митрального стеноза являлось критерием исключения.

Для объективизации оценки ФК ХСН использовался тест 6-минутной ходьбы. С I ФК было 22 (13,1%), со II ФК 77 (45,8%), с III ФК 60 (35,7%), с IV ФК 9 (5,4%) исследуемых. Дополнительно оценивалась одышка по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в 100 мм. Эхокардиография исследуемым проводилась на аппарате Philips Affinity 50 с выполнением оценки линейных размеров сердца, градиентов давления на клапанах.

В оценке тревожно-депрессивных расстройств применялись следующие шкалы оценки тревоги и депрессии: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) с оценкой: 0-7 норма; 8-10 баллов «субклинически выраженная тревога/депрессия»; 11 баллов и более — «клинически выраженная тревога/депрессия». Шкала депрессии центра эпидемиологических исследований (CES-D) с оценкой: 0-17 баллов — норма; 18-26 баллов — легкая депрессия; 27-30 баллов — депрессия средней тяжести; 31 балл и выше — тяжелая депрессия. Шкала тревоги Спилбергера (STAI) с оценкой тревожности: до 30 баллов — низкая, 31 — 44 балла — умеренная; 45 и более — высокая [15] с оценкой реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ). ЛТ отражает предрасположенность личности к тревоге и предполагает наличие тенденции воспринимать многие ситуации как угрожающие. ЛТ активизируется при восприятии определенных стимулов, которые расцениваются как опасные для самооценки и самоуважения. РТ (или ситуативная тревожность) характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, озабоченностью, нервозностью и беспокойством. РТ возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разной по интенсивности и динамичности во времени.

Качество жизни оценивалось с использованием общего опросника Short Form Medical Outcomes Study (SF-36 v.1), оценивающего качество жизни за последние 4 недели с обработкой баллов по 8 шкалам и формирующего два суммарных измерения: физический и психический компонент здоровья. Канзасского опросника для больных кардиомиопатией (KCCQ) с оценкой двух суммарных показателей: функционального статуса и суммарного клинического показателя. Специфического для ХСН Миннесотского опросника качества жизни больных ХСН (MHFLQ), состоящего из 21 пункта. Также использовалась шкала оценки качества жизни из опросника EuroQol Group — EQ-5D.

Для статистической обработки полученных данных использована программа IBM SPSS Statistics 23.0 с оценкой t-критерия для независимых выборок, критерия Краскала-Уоллиса и корреляции Пирсона. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты

Исходно у исследуемых с ХРБС распространенность депрессии по CES-D составила: 39,9% — норма; 38,7% — легкая депрессия; 8,9% — депрессия средней тяжести; 12,5% — тяжелая депрессия. По HADS (депрессия): 39,9% — норма; 36,3% — «субклинически выраженная депрессия»; 23,8% — «клинически выраженная депрессия». Частота встречаемости тревоги по HADS (депрессия) была: 36,9% — норма; 32,2% — «субклинически выраженная тревога»; 30,9% — «клинически выраженная тревога». По STAI низкая РТ была у 3,0%; умеренная РТ у 33,3%; высокая РТ у 63,7% исследуемых. Распространенность ЛТ по STAI была низкой у 10,7%; умеренной у 52,4%; высокой у 36,9% пациентов с ХРБС.

Средняя дистанция теста 6-минутной ходьбы у пациентов составила 330,91±8,42 метра и в течение 5 лет незначимо снижалась до 324,92±8,42 метра, но значение оставалось в рамках II ФК ХСН. Одышка, которая является одним из основных симптомов ХСН, хотя и нарастала по данным ВАШ одышки с 47,21±2,90мм до 50,58±3,74мм, но прирост был незначимым.

При оценке показателей эхокардиографии (табл. 1) выявлено статистически значимое увеличение размеров левого предсердия на 0,25 см, аорты на 0,12 см и уменьшение площади митрального отверстия на 0,10 см^2 в течение пяти лет. Также увеличивалось давление на аортальном клапане у пациентов с комбинированным аортальным стенозом на 7,47 mmHg. По остальным показателям значимой динамики не было.

Оценка суммарных показателей динамики качества жизни показала следующие результаты (табл. 2). У исследуемых статистически значимой в течение 5 лет была динамика показателей физического компонента здоровья SF-36 на 1,78, функционального статуса KCCQ на 1,55 и MHFLQ на 3,99, отразившая снижение качества жизни. По другим значениям тоже было ухудшение качества жизни на 0,78 психического компонента здоровья SF-36 и на 2,31 шкалы EQ-5D, также улучшение на 1,76 по шкале клинического состояния KCCQ, но изменения были статистически незначимы.

На фоне вышеперечисленных изменений в дистанции теста 6-минутной ходьбы, одышки, эхо-

кардиографических показателей и качества жизни у исследуемых имела место легкая депрессия по данным CES-D как изначально (20,02±0,86), так и через 5 лет наблюдения (20,63±0,79). По данным опросника HADS показатели депрессии хотя и условно увеличивались с «нормы» (7,98±0,35) до «субклинически выраженной депрессии» (8,04±0,36), рост показателя был статистически незначимым (табл. 3). Показатель тревоги по HADS соответствовал «субклинически выраженной тревоге» — 8,06±0,39 и незначительно, но статистически значимо нарастал через 5 лет (8,72±0,32). Результаты оценки опросника STAI показали высокий уровень РТ 48,00±0,95 и 46,9±1,04 (через 5 лет) и умеренную ЛТ 39,58±0,86 и 39,66±0,89 (через 5 лет) без статистически значимой динамики показателей.

Таблица 1. *Динамика эхокардиографических показателей за 5 лет*
Table 1. *Dynamics of echocardiographic parameters for 5 years*

Показатель эхокардиографии / Echocardiographic parameters	Среднее значение / Average value		p
	Исходно / Initial	Через 5 лет / After 5 years	
Аорта, см / Aorta, cm	3,27±0,03	3,39±0,03	0,001
Левое предсердие, см / Left atrium, cm	4,83±0,06	5,08±0,06	0,001
Конечный диастолический размер, см / LVED, cm	5,51±0,06	5,51±0,06	0,951
Конечный систолический размер, см / LVES, cm	3,64±0,05	3,63±0,06	0,771
Фракция выброса, % / Ejection fraction, %	61,97±0,5	61,38±0,7	0,362
ТМЖП, см / IVS, cm	1,16±0,03	1,14±0,03	0,550
ТЗСЛЖ, см / LVPW, cm	1,11±0,03	1,29±0,32	0,139
Правый желудочек, см / Right ventricle	2,83±0,05	2,74±0,06	0,127
Правое предсердие, см / Right atrium	4,62±0,27	4,80±0,16	0,585
SMo, см^2 / MVA, cm^2	1,88±0,05	1,78±0,04	0,026
Давление левый желудочек–аорта, mmHg / Pressure of the left ventricle — aorta, mmHg	25,51±2,00	32,98±3,74	0,006
Давление на ТК, mmHg / Pressure in TV, mmHg	33,89±1,02	35,16±1,36	0,348

Примечание: ТМЖП — толщина межжелудочковой перегородки, ТЗСЛЖ — толщина задней стенки левого желудочка, SMo — площадь митрального отверстия, ТК — трикуспидальный клапан
Note: LVED — left ventricle end-diastolic dimension, LVES — left ventricle end-systolic dimension, IVS — interventricular septum, LVPW — left ventricular posterior wall, MVA — mitral valve area, TV — tricuspid valve

Таблица 2. *Динамика показателей качества жизни в течение 5 лет*
Table 2. *Quality of life indicators dynamics for 5 years*

Опросники качества жизни / Quality of life questionnaires	Среднее значение / Average value		p
	Исходно / Initial	Через 5 лет / After 5 years	
Шкала / Scale EQ-5D	52,86±1,70	50,55±1,96	0,233
SF36, физический компонент здоровья / Physical health	35,79±0,78	34,01±0,77	0,008
SF36, психический компонент здоровья / Mental health	38,94±1,13	38,16±0,88	0,505
KCCQ, функциональный статус / Overall summary score	22,61±0,78	21,06±0,78	0,020
KCCQ, суммарный клинический показатель / Clinical summary score	48,70±1,96	50,46±1,72	0,369
MHFLQ	43,79±1,65	47,78±1,96	0,033

Таблица 3. *Динамика тревоги и депрессии по данным опросников*
Table 3. *Dynamics of anxiety and depression according to questionnaires*

Шкала тревоги / депрессии Scale anxiety / depression	Разность средних / Average difference	95% ДИ/CI	p
CES-D	-0,61	-1,91 — 0,69	0,357
HADS (тревога / anxiety)	-0,66	-1,25 — -0,07	0,280
HADS (депрессия / anxiety)	-0,06	-0,71 — 0,59	0,855
STAI (РТ / state anxiety)	1,10	-0,41 — 2,61	0,153
STAI (ЛТ / trait anxiety)	-0,08	-1,34 — 1,18	0,900

Примечание: ДИ — доверительный интервал
Note: CI — confidence interval

Когда исходно была проведена оценка зависимости тревожно-депрессивных расстройств от ФК ХСН, выяснилось, что показатель депрессии по данным CES-D хотя и увеличивался на 5,8 балла от 17,6±1,27 в группе с ФК I до 23,4±0,75 в группе с ФК IV, повышение было незначимым (табл. 4). А вот по данным шкалы HADS депрессия нарастала от отсутствия при ФК I (7,00±0,64) до «клинически выраженной депрессии» при ФК IV (13,6±0,78). Показатели тревоги, наоборот, в отличии от показателей депрессии, уменьшались по мере увеличения ФК ХСН. И если снижение на 0,3 балла по данным шкалы тревоги HADS было незначимым и оставалось в рамках «субклинически выраженной тревоги», то снижение показателей тревоги опросника STAI от ФК I к ФК IV было статистически значимым и по показателям РТ и ЛТ. Показатель ЛТ снижался в рамках умеренной тревожности на 2,27 балла, а показатель РТ снижался от высокой тревожности до умеренной на 4,78 балла. Повторная оценка тревожно-депрессивных расстройств через пять лет наблюдения за пациентами (табл. 5) хотя и показала снижение депрессии от группы с ФК I к группе с ФК IV по CES-D на 4,58 балла, по шкале HADS на 0,58 балла, снижение было статистически не значимы. По значениям тревоги также не получено статистически значимых результатов усиления тревоги по шкалам STAI: РТ на 6,6 балла и ЛТ на 2,2 балла.

Поскольку в литературе часто обсуждается влияние фибрилляции предсердий (ФП) на течение ХСН и качество жизни, нами было проведено сравнение показателей тревожно-депрессивных расстройств в зависимости от наличия синусового ритма (49,4% исследуемых) или перманентной ФП (51,6%) (табл. 6). Никаких значимых различий по депрессивным и тревожным расстройствам между группами не получено. Показатели депрессии и по CES-D соответствовали легкой депрессии, и по шкале HADS имела место «субклинически выраженная депрессия» в обеих группах. По шкале HADS также была «субклинически выраженная тревога» в обеих группах. По опроснику STAI умеренная тревожность по ЛТ и высокая по РТ и в случае синусового ритма, и в случае перманентной ФП.

Таблица 4. *Изменения тревоги и депрессии в зависимости от ФК ХСН*
Table 4. *Changes in anxiety and depression, depending on FC XC*

Шкала тревоги / депрессии Scale anxiety / depression	p	ФК/FK I	ФК/FK II	ФК/FK III	ФК/FK IV
CES-D	0,410	17,6±1,27	20,8±0,85	20,1±0,94	23,4±0,75
HADS (депрессия / depression)	0,001	7,0±0,64	7,8±0,32	7,9±0,37	13,6±0,78
HADS (тревога / anxiety)	0,074	8,5±0,49	8,7±0,41	8,1±0,42	8,2±1,02
STAI (РТ / state anxiety)	0,042	47,6±1,22	47,1±0,93	48,4±0,98	42,8±1,76
STAI (ЛТ / trait anxiety)	0,008	42,7±1,08	38,7±0,87	42,0±0,91	40,4±1,85

Таблица 5. *Показатели тревоги и депрессии в зависимости от ФК ХСН через 5 лет наблюдения*
Table 5. *Indicators of anxiety and depression depending on FC CHF after 5 years of observation*

Шкала тревоги / депрессии Scale anxiety / depression	p	ФК/FK I	ФК/FK II	ФК/FK III	ФК/FK IV
CES-D	0,539	19,3±2,1	21,0±1,16	19,6±1,18	14,7±1,11
HADS (депрессия / depression)	0,098	7,3±0,97	8,4±0,43	6,4±0,0,70	6,7±1,48
HADS (тревога / anxiety)	0,149	7,9±0,85	8,5±0,49	8,9±0,38	7,0±0,37
STAI (РТ / state anxiety)	0,801	48,1±3,07	47,0±1,43	48,3±1,91	54,7±4,82
STAI (ЛТ / trait anxiety)	0,670	39,5±3,13	40,6±1,25	40,0±0,98	41,7±0,84

Таблица 6. *Выраженность тревоги и депрессии в зависимости от наличия ФП*
Table 6. *Severity of anxiety and depression, depending on the presence of AF*

Шкала тревоги / депрессии Scale anxiety / depression	p	ФП/AF	95% ДИ/CI	СР/SR	95% ДИ/CI
CES-D	0,883	19,3±0,59	18,34-20,47	20,98±0,85	19,31-22,66
HADS (депрессия / depression)	0,462	7,88±0,33	7,23-8,53	7,95±0,31	7,34-8,57
HADS (тревога / anxiety)	0,945	7,72±0,34	7,04-8,40	9,02±0,34	8,34-9,69
STAI (РТ / state anxiety)	0,214	47,8±0,80	46,22-49,38	47,42±0,83	45,79-49,06
STAI (ЛТ / trait anxiety)	0,287	41,28±0,73	39,82-42,74	40,81±0,78	39,27-42,35

Примечание: ФП — фибрилляция предсердий, СР — синусовый ритм, ДИ — доверительный интервал
Note: AF — atrial fibrillation, SR — sinus rhythm, CI — confidence interval

Таблица 7. *Корреляция суммарных шкал опросников качества жизни с показателями тревоги и депрессии*
Table 7. *Correlation of total scales quality of life questionnaires with anxiety and depression indicators*

Шкала тревоги / депрессии Scale anxiety / depression	SF 36 (ФКЗ / PH)	SF 36 (ПКЗ / MH)	KCCQ (ФС / OSS)	KCCQ (СКП / CSS)	MHFLQ	Шкала / Scale EQ-5D
CES-D	-0,44**	-0,67**	-0,37**	-0,51**	0,52**	-0,32**
HADS (депрессия / depression)	-0,46**	-0,64**	-0,41**	-0,38**	0,46**	-0,39**
HADS (тревога / anxiety)	-0,32**	0,42*	-0,23**	-0,45**	0,47**	-0,11
STAI (РТ / state anxiety)	0,437**	0,58**	0,37**	0,52**	-0,59**	0,28**
STAI (ЛТ / trait anxiety)	0,30**	0,47**	0,26**	0,44**	-0,51**	0,21**

Примечание: ФКЗ — физический компонент здоровья, ПКЗ — психический компонент здоровья, ФС — функциональный статус, СКП — суммарный клинический показатель, * — корреляция значима на уровне 0,05/, **- корреляция значима на уровне 0,01
Note: PH — physical health, MH — mental health, OSS — overall summary score, CSS — clinical summary score, * — correlation is significant at the level 0,05, **- correlation is significant at the level 0,01

При проведении корреляционного анализа выявлена обратная взаимосвязь средней силы между показателями депрессии по шкале CES-D и качеством жизни: психический компонент здоровья SF-36, суммарный клинический показатель KCCQ и MHFLQ (табл. 7). И прямая связь средней силы между значениями реактивной тревожности по STAI с психическим компонентом здоровья SF-36 и суммарным клиническим показателем KCCQ. В целом, по всем основным шкалам опросников качества жизни имела место значимая корреляция от слабой силы связи до средней. Тревожно-депрессивные изменения коррелировали с суммарными показателями опросника SF-36 — физическим и психическим компонентом здоровья; KCCQ — функциональным статусом и суммарным клиническим показателем и данными MHFLQ. Чем выше было качество жизни по данным суммарных шкал опросников, в том числе шкалы здоровья EQ-5D тем больше была выраженность тревожных расстройств. А выраженность депрессии росла по мере снижения качества жизни.

Обсуждение

Исходно у пациентов с ХРБС отмечалась незначительная выраженность депрессии и тревоги. Исключением был показатель РТ STAI, который превышал 45 баллов (48,00±0,95) и соответствовал высокому уровню тревожности. Хотя в литературе [15] для ХСН неишемической этиологии уровень РТ указывается на уровне 34,3±12,5, а ЛТ — 34,5±11,7, а распространенность тревожности по HADS колеблется от 24,7% (умеренная) до 32,6% (высокая) [8]. За пятилетний период наблюдения за исследуемыми с ХРБС отрицательная динамика по показателям теста 6-минутной ходьбы и ВАШ одышки отсутствовала. Значимо уменьшалась площадь митрального отверстия 0,1 см^2, увеличивались линейные размеры левого предсердия на 0,25 см и ухудшалось качество жизни по физическому компоненту здоровья SF-36 на 1,78, функциональному статусу KCCQ на 1,55 и MHFLQ на -3,99. На этом фоне за 5 лет отсутствовала выраженная как негативная, так и позитивная динамика по данным опросников тревоги и депрессии. Исключением стало только нарастание тревоги по HADS на 0,66 балла.

Изменения в показателях тревоги и депрессии получены при исходной оценке пациентов в зависимости от ФК ХСН. Так, выраженность депрессивных расстройств увеличивалась у исследуемых с III и IV ФК ХСН. По CES-D с 17,58±1,27 при ФК I до 23,4±0,75 при ФК IV, а по HADS с 7,00±0,64 при ФК I до 13,6±0,78 при ФК IV, что согласуется с литературными данными [8]. А вот тревожные расстройства наоборот, снижались при III и IV ФК: с 8,5±0,49 при ФК I до 8,2±1,02 при ФК IV по данным шкалы HADS. По опроснику STAI тоже было снижение показателей тревоги: по РТ с 47,58±1,22 (ФК I) до 42,8±1,76 (ФК IV), по ЛТ с 42,67±1,08 (ФК I) до 40,4±1,85 (ФК IV). Через 5 лет наблюдалась обратная картина: происходило снижение депрессии по CES-D и HADS у исследуемых с III и IV ФК ХСН и нарастание показателей тревоги по HADS и STAI в сравнении с пациентами с I и II ФК, однако статистическая значимость различий не получена. Хотя в литературе указывается, что уровень депрессии должен нарастать с увеличением длительности ХСН [8].

Как оказалось, дополнительного вклада на усиление тревожно-депрессивных расстройств наличие перманентной ФП у исследуемых с ХРБС не оказывает. Показатели и тревоги, и депрессии были в основном умеренные в группе с ФП и синусовым ритмом, и статистически значимо не различались. В литературе, наоборот, указывается на нарастание уровня тревоги на 18,2% и депрессии на 20,9% в сравнении с больными без аритмии [1], но речь идет о пациентах с ишемической этиологией ХСН.

Поскольку, с одной стороны, наличие тревоги и депрессии ухудшает качество жизни людей [11], а с другой, наличие тревожно-депрессивных расстройств само по себе является проявлением и исходом сниженного качества жизни, была выполнена оценка корреляции этих показателей. Практически по всем суммарным шкалам неспецифических опросников качества жизни была обратная значимая корреляция на уровне 0,01 по показателям депрессии и пря-

мая по тревоге по шкалам РТ и ЛТ опросника STAI с силой связи от слабой до средней. Т.е. чем лучше было качество жизни пациентов с ХРБС, тем сильнее была выраженность тревоги и слабее депрессии. Аналогичные результаты получены по специфическому для ХСН опроснику MHFLQ: чем выше был показатель MHFLQ (хуже качество жизни), тем более выражена депрессия и меньше выражена тревога. Возможно, это обусловлено тем, что тревога является эмоциональной реакцией и при длительном низком качестве жизни перерастает в депрессию, а последняя, по литературным данным, тесно связана с низким качеством жизни [9]. И наоборот, пациенты с лучшим качеством жизни больше беспокоятся о состоянии здоровья и имеют повышенный уровень тревожности.

Заключение

Таким образом, у пациентов с ХРБС выраженность тревоги и депрессии незначительная и в течение пяти лет наблюдения не нарастает. Показатели депрессии более выражены в группе исследуемых с III и IV ФК ХСН, а показатели тревоги у пациентов с I и II ФК ХСН. Увеличение показателей депрессии у исследуемых с ХРБС связано с ухудшением качества жизни. При улучшении значений качества жизни депрессивные проявления уменьшаются, а усиливаются показатели тревоги.

Конфликт интересов/Conflict of interests
Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов/The authors state that this work, its theme, subject and content do not affect competing interests

Список литературы/References:

1. Скурихина О.Н., Миллер О.Н. Уровень тревоги и депрессии у пациентов с пароксизмальной и постоянной формами фибрилляции предсердий. Вестник аритмологии. 2009; 55: 14-18.
Skurikhina O.N., Miller O.N. Levels of anxiety and depression in patients with paroxysmal and chronic atrial fibrillation. Journal of arrhythmology. 2009; 55: 14-18. [in Russian]
2. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В., и др. Клинико-эпидемиолОгическая прОграмма изучения депРессии в карДиологической практИке у больНых Артериальной гиперТонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты терапевтической части многоцентрового исследования. Сердце: журнал для практикующих врачей. 2007; 33 (1): 44-48.
Chazov E.I., Oganov R.G., Pogosova G.V., et al. Clinical and epidemiolOgical prOgram for studying depRession in carDiological practIce in patieNts with Arterial hyperTEnsion and ischemic heart disease (COORDINATE): results of the therapeutic part of multicenter study. Heart: magazine for practicing doctors. 2007; 33 (1): 44-48. [in Russian]
3. Celano C.M., Millstein R.A., Bedoya C.A., et al. Association between anxiety and mortality in patients with coronary artery disease: A meta-analysis. Am Heart J. 2015;170(6):1105-1115. https://doi.org/10.1016/j.ahj.2015.09.013
4. Emdin C.A., Odutayo A., Wong C.X., et al. Meta-Analysis of Anxiety as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. Am J Card. 2016; 118(4):511-519. https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2016.05.041
5. Murberg T.A., Furze G. Depressive symptoms and mortality in patients with conges five heart failure: a six year follow up study. Med Sci Monit. 2004; 10(12):643–648.
6. Roest A.M., Martens E.J., de Jonge P., et al. Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis. J Am Coll Cardiol. 2010; 56(1) :38-46. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.03.034
7. Delville C.L., McDougall G. A systematic review of depression in adults with heart failure: instruments and incidence. Issues Ment Health Nurs. 2008;29(9):1002–1017.
8. Polikandrioti M., Goudevenos. J., Michalis L.K., et al. Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. Hellenic J Cardiol. 2015; 56(1):26-35.
9. Carels R.A. The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. Qual. Life Res. 2004; 13(1): 63–72.
10. Dekker R.L., Peden A.R., Lennie T.A., et al. Living with depressive symptoms: patients with heart failure. Am.J. Crit. Care. 2009; 18(4): 310–318.
11. Johansson P., Dahlström U., Broström A. Consequences and predictors of depression in patients with chronic heart failure: implications for nursing care and future research. Prog. Cardiovasc. Nurs. 2006; 21 (4): 202–211.
12. Якушин С.С., Филиппов Е.В. Основные направления первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Наука молодых (Eruditio Juvenium) 2014; 4:55-68.
Yakushin S.S., Filippov E.V. The main directions of the primary prevention of cardiovascular disease. Nauka molodykh (Eruditio Juvenium). 2014; 4:55-68. [in Russian].
13. Петров В.С. Результаты 5-летнего наблюдения за пациентами с ревматическими пороками сердца. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2015; 3:83-87. doi: 10.17816/pavlovj2015383-87
Petrov V.S. Result of 5-year observation for patients with rheumatic heart disease. IP Pavlov Medical Biological Herald 2015; (3):83-7. doi: 10.17816/pavlovj2015383-87 [in Russian].
14. Khan S.A., Azhar S., Asad S.M., Iqbal A., Kousar R., Ahmad M., et al. Assessment of anxiety and depression in hospitalized cardiac patients of Faisalabad Institute of Cardiology, Pakistan. Trop J Pharm Res. 2016; 15(11):2483-2488. http://dx.doi.org/10.4314/tjpr.v15i11.25
15. Jiang W., Kuchibhatla K., Cuffe M.S., Christopher E.J., Alexander J.D., Clary G.L., et al. Prognostic Value of Anxiety and Depression in Patients With Chronic Heart Failure. Circulation. 2004. 110(22):3452-6. https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000148138.25157.F9

Статья получена/Article received 03.04.2019 г.
Принята к публикации/Adopted for publication 12.04.2019 г.