

Антохин Е. Ю., Горина Л. В., Либис Р. А.

Аффективная патология и качество жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью с учетом пола на фоне терапии антидепрессантом

Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская Академия, г. Оренбург

Antokhin E. Yu., Gorina L. V., Libis R. A.

Affective pathology and quality of life at chronic heart failure patient's with sex-taking account during antidepressant therapy

Резюме

С целью определения выраженности аффективной патологии с учётом пола с дальнейшей оценкой динамики клинического состояния и качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне терапии, включающей антидепрессант эсциталопрам (Селектра) обследовано 117 пациентов. Методы: шкалы HADS и Цунга; опросник MLHFQ; шкала ШОКС. Из опрошенных были выбраны пациенты с ХСН в сочетании с повышенным уровнем тревоги и депрессии, которые помимо традиционного лечения ХСН получали эсциталопрам (Селектра) в течение двух месяцев в дозе до 20 мг в сутки. Всем больным проводился тест 6-минутной ходьбы (ТШХ), эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 6.0. Результаты: У женщин с ХСН выраженность аффективной патологии в 1,8 выше, чем у мужчин, в большей степени за счёт тревоги. У мужчин с ХСН снижение КЖ в основном обусловлено его физическим компонентом, в то время как у женщин изменяются все три аспекта КЖ. Независимо от пола больных с ХСН, сочетающейся с тревогой и депрессией, лечение, включающее эсциталопрам (Селектра), сопровождается улучшением аффективного статуса, показателей КЖ, а также уменьшением выраженности клинической симптоматики сердечной декомпенсации. У женщин в сравнении с мужчинами позитивные изменения показателей КЖ на фоне терапии антидепрессантом более выражены.

Ключевые слова: гендерные особенности, тревога, депрессия, хроническая сердечная недостаточность

Summary

In order to determine the severity of affective pathology by sex, with further assessment of the dynamics of the clinical status and quality of life in chronic heart failure (CHF) patient's during therapy, including the antidepressant escitalopram (Selectra) 117 patients were examined. Methods: HADS scale and Zung; questionnaire MLHFQ; SACS scale. From the respondents patients were selected with chronic heart failure in combination with increased levels of anxiety and depression, which in addition to traditional treatment of CHF were receiving escitalopram (Selectra) for two months at a dose of 20 mg per day. All patients underwent a test of 6-minute walk, echocardiography. Statistical analysis of results was carried out using Statistica 6.0. Results: In women with CHF severity of affective pathology was 1.8 higher than in men, largely due to anxiety. In men with CHF reduced QoL is mainly due to its physical component, while in women changes all three aspects of QoL. Regardless of gender in patients with chronic heart failure, coupled with anxiety and depression treatment, including escitalopram (Selectra), accompanied by improved affective status, indicators of QoL, as well as decrease the severity of clinical symptoms of cardiac decompensation. For women compared with men positive changes in the indices of QoL during therapy with antidepressants were more pronounced.

Key words: gender characteristic, anxiety, depression, chronic heart failure

Введение

По данным ВОЗ, в Российской Федерации смертность от сердечно-сосудистых заболеваний остается самой высокой по сравнению с экономически развитыми странами, как среди мужчин, так и среди женщин [1, 2]. Второй проблемой XXI века многие исследователи назы-

вают тревожные и депрессивные расстройства. В дифференциации клинических проявлений депрессий гендерные различия имеют немаловажное значение [3]. Исследования аффективных расстройств определяют большую распространённость депрессий среди женщин, что связывают не только с особенностями биологии, но и

социально-психологическими ролями, определяющими их стрессовую доступность [3-9]. Ряд авторов указывают на «скрытую» от популяционных исследований часть «мужских депрессий», в частности, данные Singleton с соавт. [10], в которых соотношение депрессивных эпизодов и расстройств среди мужчин и женщин установлено как 0,8:1,0.

Цель исследования - определение выраженности аффективной патологии (тревоги и депрессии) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с учётом пола с оценкой динамики клинического состояния и качества жизни пациентов при сочетании ХСН с аффективной патологией на фоне терапии, включающей антидепрессант эсциталопрам (Селектра).

Материалы и методы

Обследовано 117 больных в возрасте от 38 до 78 лет, с ХСН I-III стадии (I-IV функциональные классы по NYHA), на фоне перенесенного инфаркта миокарда, кардиомиопатий различного генеза, врожденных пороков сердца. Для выявления и оценки степени выраженности тревоги и депрессии использована госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS и шкала Цунга [11, 12]. Из обследованных нами были выбраны для дальнейшего наблюдения в процессе терапии пациенты с ХСН в сочетании с повышенным уровнем тревоги и депрессии, которые помимо традиционного лечения ХСН получали эсциталопрам (Селектра) в течение двух месяцев в суточной дозе 20 мг. Качество жизни (КЖ) оценивалось с помощью Миннесотского опросника «Жизнь с сердечной недостаточностью» [13]. Выраженность симптомов ХСН определяли с помощью «Шкалы оценки клинического состояния больного с ХСН» (ШОКС) [14]. Всем больным проводился тест 6-минутной ходьбы (ТШХ), эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы Statistica 6.0. Для проверки гипотез о значимости различий применялись непараметрические критерии: U-критерий Манна-Уитни для независимых выборок, W- критерий согласованных пар Вилкоксона для зависимых выборок. В качестве значимых принимались результаты со степенью достоверности не ниже 95% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

Из 117 больных с ХСН, включенных в исследование, при использовании шкалы самооценки HADS у 81 (69,2%)

пациента были выявлены признаки тревожных или депрессивных расстройств, а также их сочетание. Для уточнения характера расстройств мы выделили следующие группы:

I группа включала 23 пациента с ХСН в сочетании с депрессивными расстройствами, средний возраст больных в группе составил $60,0 \pm 7,3$ года, по половому составу - 43,5% мужчин и 56,5% женщин.

II группа - 28 больных с ХСН, имеющих тревожные расстройства, в возрасте $60,3 \pm 10,3$ года, 35,72% мужчин и 64,28% женщин.

III группа - 30 пациентов с ХСН, у которых диагностирована как тревога, так и депрессия, средний возраст больных в группе $62,1 \pm 7,8$ года, преобладали женщины (70%) над мужчинами (30%).

IV группа - это 36 больных с ХСН, не имеющих нарушений в психоэмоциональной сфере, в возрасте $59,2 \pm 9,3$ года, 58,4% мужчин и 41,6% женщин.

Аффективные расстройства в популяции больных с ХСН выявлены нами в 1,8 раза чаще у женщин (64%), чем у мужчин (36%).

При анализе выраженности показателей тревоги и депрессии в зависимости от пола установлены достоверные различия по сумме баллов тревоги по шкале HADS у женщин, относительно мужчин (рис. 1).

Выраженность тревоги по шкале HADS у женщин была достоверно выше ($p < 0,05$) и составила $12,2 \pm 3,3$ баллов, в то время как у мужчин - $9,0 \pm 3,4$ баллов (рис.1).

Однако достоверной разницы в показателях депрессии по шкале HADS нами не выявлено: $9,4 \pm 3,1$ баллов (б.) у мужчин и $10,0 \pm 3,0$ б. у женщин соответственно ($p > 0,05$).

Подобная закономерность установлена и при анализе уровней тревоги и депрессии шкалой Цунга. Так, уровень тревоги по данным шкалы Цунга у женщин достоверно выше, чем у мужчин, средний суммарный показатель составил $50,2 \pm 8,8$ б. у женщин и $41,3 \pm 9,3$ б. у мужчин ($p < 0,05$). Но достоверных различий в уровне депрессии не выявлено: $49,1 \pm 8,7$ б. у женщин и $46,1 \pm 10,5$ б. у мужчин ($p > 0,05$).

Анализ показателей качества жизни (КЖ) больных с аффективной патологией и без неё, показал, что КЖ ухудшается при сочетании с тревожными и депрессивными симптомами независимо от пола, но существуют различия по компонентам КЖ у женщин и мужчин (табл. 1).



Рис. 1. Уровень тревоги и депрессии по шкале HADS у мужчин и женщин

Примечание: * $p < 0,05$ в сравнении с мужчинами

Таблица 1. Анализ основных составляющих КЖ с учётом пола

Пол	Компонент КЖ	1	2	p
Мужчины	Суммарный балл КЖ	55,7±3,2	41,9±4,3	p<0,05
	Физические возможности больных	27,8±1,4	21,1±2,1	p<0,05
	Социально-экономические аспекты и общественные связи	16,4±1,3	13,6±1,4	p>0,05
	Эмоциональное восприятие жизни	10,8±1,5	7,2±1,3	p>0,05
Женщины	Суммарный балл КЖ	57,9±2,8	38,0±3,1	p<0,05
	Физические возможности больных	27,6±1,6	19,1±1,8	p<0,05
	Социально-экономические аспекты и общественные связи	16,2±0,9	10,4±1,8	p<0,05
	Эмоциональное восприятие жизни	13,9±1,1	8,5±1,9	p<0,05

Примечание: 1 - КЖ пациентов с ХСН с аффективными расстройствами, балл;

2 - КЖ пациентов с ХСН без аффективных расстройств, балл

Суммарный балл КЖ у мужчин с ХСН и аффективной патологией составил 55,7±3,2 б., а без аффективных расстройств 41,9±4,3 б. (p<0,05); у женщин эти же показатели составили: 57,9±2,8 и 38,0±3,1 б. соответственно (p<0,05).

Установлено, что у мужчин изменения в КЖ обусловлены в основном физическим аспектом: 27,8±1,4 б. у больных с нарушениями эмоционального фона и 21,1±2,1 б. у пациентов без нарушений эмоционального статуса (p<0,05).

У женщин установлены достоверные различия всех трех составляющих КЖ. Суммарный балл физической активности женщин с аффективной патологией составил 27,6±1,6 б. и 19,1±1,8 б. без эмоциональных нарушений (p<0,05); средний суммарный балл социально-экономического аспекта составил 16,2±0,9 б. и 10,4±1,8 б. соответственно (p<0,05); средние суммарные показатели эмоционального восприятия жизни соответственно составили 13,9±1,1 б. против 8,5±1,9 б. (p<0,05).

Из всех больных для наблюдения в процессе терапии нами были выбраны пациенты III группы (больные с ХСН, имевшие симптомы тревоги и депрессии).

Больные III группы получали традиционное лечение ХСН в соответствии с «Российскими национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН» (третий пересмотр, 2009) [15], а также антидепрессант эсциталопрам (Селектра) в течение двух месяцев в суточной дозе до 20 мг, перорально.

Влияние терапии больных ХСН III группы, включающей эсциталопрам (Селектра) на уровень КЖ, депрессии и тревоги с учётом пола представлено на рисунках 2 и 3. КЖ у мужчин за период лечения достоверно улучшилось (рис.2), показатель уменьшился с 60,4±4,2 б. до 48,3±3,7 б. (p<0,05).

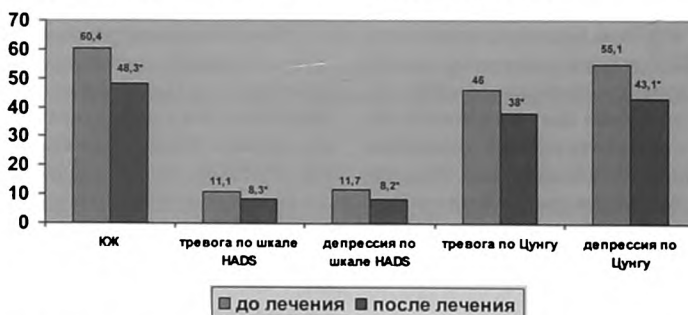


Рис. 2. Изменение показателей КЖ, тревоги и депрессии у мужчин до и после лечения ХСН, включающего эсциталопрам (Селектра)

Примечание: * - достоверность изменения показателей от исходного уровня (p<0,05)

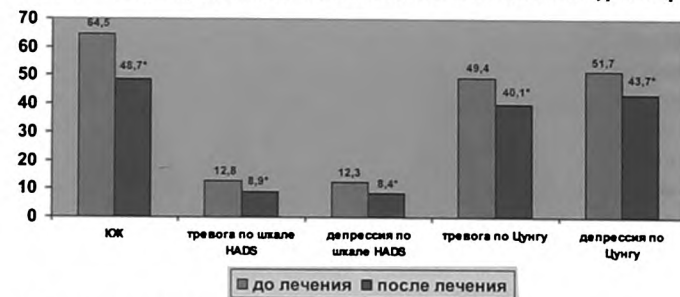


Рис. 3. Изменение показателей КЖ, тревоги и депрессии до и после лечения ХСН, включающего эсциталопрам (Селектра), у женщин.

Примечание: * - достоверность изменения показателей от исходного уровня (p<0,05)

Таблица 2. Динамика составляющих качества жизни у мужчин на фоне лечения ХСН, включающего эсциталопрам (Селектра)

компоненты КЖ (в баллах)	до лечения	после лечения	p
физические возможности больных	29,7±5,4	23,3±4,8	p<0,05
социально-экономические аспекты и общественные связи	18,4±4,5	16,5±1,8	p>0,05
эмоциональное восприятие жизни	12,1±2,3	6,4±1,6	p<0,05

Анализ динамики составляющих компонентов КЖ с учётом пола показал, что у мужчин КЖ достоверно улучшилось как за счет физического, так за счет и эмоционального аспектов (табл.2). Так, средний суммарный балл физической активности уменьшился с 29,7±5,4 б. до 23,3±4,8 б. (p<0,05); средний суммарный балл психоэмоционального компонента достоверно изменился и соответственно составил 12,1±2,3 б. до лечения и 6,4±1,6 б. после (p<0,05). Достоверных различий в социально-экономическом компоненте КЖ не установлено, средние суммарные баллы соответственно составили: 18,4±4,5 б. до лечения и 16,5±1,8 б. после лечения (p<0,05).

Уровень тревоги по шкале HADS уменьшился с 11,1±1,9 б. до 8,3±1,3 б., а по шкале Цунга с 46,0±7,1 б. до 38,0±5,7 б. (p<0,05). Достоверно изменился и уровень депрессии, который составлял по шкале HADS - 11,7±2,2 б. на момент начала терапии и 8,2±1,5 б. по её завершению (p<0,05).

По шкале Цунга 55,1±9,3 б. до лечения, 43,1±9,7 б. после (p<0,05).

Установлено улучшение в клиническом состоянии мужчин, что выражалось в снижении суммарного балла по шкале ШОКС с 5,8±2,1 б. до 3,4±1,1 б. (p<0,05).

КЖ у женщин за период лечения (рис.3) улучшилось: средний суммарный показатель уменьшился с 64,5±2,6 б. до 48,7±3,1 б. (p<0,05).

Анализ динамики показателей КЖ в процессе тера-

пии у женщин показал улучшение всех его трёх компонентов: физическая активность, социально-экономическая активность и психоэмоциональный статус.

Средний суммарный балл физической активности (табл.3) снизился с 29,7±1,7 б. до 22,3±1,6 б. (p<0,05); средний суммарный балл социально-экономического компонента уменьшился с 19,3±1,5 б. до лечения до 15,4±2,7 б. после лечения (p<0,05); средний суммарный балл психоэмоционального компонента соответственно составил 14,9±1,3 б. до лечения и 10,8±3,9 б. после (p<0,05). Уровень тревоги по шкале HADS уменьшился с клинически выраженных значений - 12,8±2,9 б. до 8,9±1,4 б., а по шкале Цунга с 49,4±8,5 б. до 40,1±6,8 б. (p<0,05).

Достоверно изменился и уровень депрессии, который составлял по шкале HADS 12,3±2,1 б. на момент начала терапии и 8,4±1,6 б. по его завершению (p<0,05). Уровень депрессии по шкале Цунга в процессе терапии также снизился с 51,7±7,1 б. до 43,7±6,2 б. (p<0,05).

Установлено улучшение в клиническом состоянии женщин, что выражалось в снижении суммарного балла по шкале ШОКС с 6,3±0,6 до 3,1±0,3 б. (p<0,05).

Показатели сократительной способности миокарда и переносимости физической нагрузки (ТШХ) (таб.4) на фоне лечения ХСН, включающего эсциталопрам (Селектра) улучшились как у мужчин, так и у женщин, хотя и не достигнув степени достоверности (p>0,05), что, видимо, связано с краткосрочностью терапии.

Таблица 3. Динамика составляющих КЖ у женщин на фоне лечения ХСН, включающего эсциталопрам (Селектра)

компоненты КЖ (в баллах)	до лечения	после лечения	p
физические возможности больных	29,7±1,7	22,3±1,6	p<0,05
социально-экономические аспекты и общественные связи	19,3±1,5	15,4±2,7	p<0,05
эмоциональное восприятие жизни	14,9±1,3	10,8±3,9	p<0,05

Таблица 4. Гемодинамические показатели и толерантность к физической нагрузке у больных с ХСН в зависимости от пола на фоне лечения, включающего эсциталопрам (Селектра)

Пол параметр	мужчины			женщины		
	1	2	p	1	2	p
ФВ ЛЖ, %	53,1±5,05	53,6±6,3	p>0,05	64,1±1,6	65,9±1,5	p>0,05
КДР, мм	63,2±2,2	62,1±1,4	p>0,05	68,2±1,2	66,7±1,8	p>0,05
КСР, мм	49,2±3,5	48,1±2,9	p>0,05	52,3±3,3	50,1±2,7	p>0,05
ТШХ, м	298,8±105,1	341,8±98,4	p>0,05	278,4±90,4	316,7±102,1	p>0,05

Примечание: 1 – до лечения, 2 – после лечения

Выводы

У женщин с ХСН выраженность аффективной патологии в 1,8 выше, чем у мужчин, в большей степени за счёт тревоги. У мужчин с ХСН снижение КЖ в основном обусловлено его физическим компонентом, в то время как у женщин изменяются все три аспекта КЖ. Независимо от пола больных с ХСН, сочетающейся с тревогой и депрессией, лечение, включающее эсциталопрам (Селектра), сопровождается улучшением аффективного статуса, показателей КЖ, а также уменьшением выраженности клинической симптоматики сердечной декомпенсации. У женщин в сравнении с мужчинами позитивные изменения показателей КЖ на фоне терапии антидепрессантом более выражены. ■

Антохин Е. Ю. – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Оренбург; *Горина Л. В.* – ассистент кафедры госпитальной терапии ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Оренбург; *Либис Р. А.* – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Оренбург; *Автор, ответственный за переписку - Горина Лариса Валерьевна*, г.Оренбург, ул. Комсомольская 128-21, l.gorina@mail.ru, +79123406813

Литература:

1. World Health Organization (WHO) International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bull. World Health Organ. 2000; 78: 413-6.
2. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organ. 2001.
3. Антохин Е. Ю. Гендерные аспекты психогенных депрессий: особенности клиники, подходы к терапии. Социальная и клиническая психиатрия. 2010; 20 (прил. 2): 52-60.
4. Бочкарева А. В., Холмогорова А. Б. Гендерные факторы депрессивных расстройств. Материалы XIV съезда психиатров России. 2005; 389.
5. Колесников И. А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами психотерапии): Автореф. дисс. ...канд.мед.наук, СПб., 2010.
6. Яковлева С. В. Суицидальные попытки путём самоотравления (эпидемиологический, токсикологический и клинический аспекты): Автореф. дисс. ...канд.мед.наук, М., 2003.
7. Anson O., Levenson A., Bonneh D. Y. Gender and health on the kibbutz Sex Roles. 1990; 22:213-36.
8. Bebbington P., Dunn G., Jenkins R. et al The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. International Review of Psychiatry. 2003; 15:74-83.
9. Blazer D. G. Mood disorders: epidemiology. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins. 2000; 1298-1308.
10. Singleton N., Bumpstead R., O'Brien M., et al. Psy-chi-atric Morbidity among Adults Living in Private Households. 2000; 5:456-9.
11. Zigmond A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression scale. Acta Psychiatry. 1983; 67:361-70.
12. Zung W., Durham N. A self-rating depression scale. Arch. Gen. Psychiatry. 1965; 12:63-70.
13. Rector T. S., Cohn J. N. Assessment of patients outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: Reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Am. Heart J. 1992; 124: 1017-24.
14. Cody R. J. Clinical trials of diuretic therapy in heart failure: research direction and clinical considerations. J. Am. Coll. Cardiol. 1993; 22 (Suppl. A):165-71.
15. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр). Сердечная недостаточность. 2009; 8 (1): 4-41.