

© Н. Г. Рындина, П. Г. Кравчун, А. Ю. Титова, П. И. Рынчак

УДК 616. 12-008. 46-036. 12:616. 155. 194]-085-036. 8

Н. Г. Рындина, П. Г. Кравчун, А. Ю. Титова, П. И. Рынчак

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Харьковский национальный медицинский университет (г. Харьков)

Работа выполнена в соответствии с основным планом научно-исследовательских работ (НИР) Харьковского национального медицинского университета и представляет собой фрагмент темы НИР «Нейрогуморальные эффекты в прогрессировании хронической сердечной недостаточности у больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца с дисфункцией почек и анемическим синдромом», № гос. регистрации 0111U001395.

Вступление. По данным Всемирной организации здравоохранения хроническая сердечная недостаточность (ХСН) не покидает лидирующих позиций среди сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в Украине и во всем мире. Распространенность ХСН в общей популяции составляет 1,5–2,0%, а среди лиц старше 65 лет достигает 6–10% [1, 6]. По результатам многочисленных многоцентровых исследований анемия является независимым фактором риска неблагоприятного течения ХСН [7]. Среди причин формирования анемического синдрома (АС) у лиц с ХСН доминирующая роль отводится дефициту железа (Fe) [4].

В современной медицине большое внимание уделяется личности самого больного, его позиции к своему заболеванию, правильное понимание роли и влияния болезни на жизненное функционирование, эмоциональное состояние и социальные связи, то есть на качество жизни (КЖ) пациента [2].

Многие авторы отмечают, что за последние годы значительно возрос уровень эмоционального стресса, в связи с чем все большую озабоченность вызывает проблема психического здоровья. Частота выявления депрессии у больных с ХСН выше, чем у лиц без симптомов ХСН. По данным М. Polikandrioti и соавт., у 27,3 % пациентов ХСН были выявлены признаки депрессии легкой степени тяжести, у 20,9 % – средней и у 17,2 % – тяжелой [8]. У больных с депрессией в 1,5 раза возрастает риск возникновения сердечно-сосудистой патологии и примерно в 3 раза – летальность при острых кардиоваскулярных событиях [9]. Известно также, что суицид среди пациентов с ССЗ, в первую очередь, ассоциирован с депрессивными расстройствами.

По данным ряда авторов, депрессии влияют не только на смертность, но и на ухудшение функционального статуса и КЖ, пропорциональное числу

депрессивных симптомов [3]. Результаты многоцентрового эпидемиологического исследования INTERHEART (Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction), включавшего более 25 000 пациентов, показали, что психосоциальные факторы – депрессивные расстройства, стресс, неблагоприятные жизненные события – играют в развитии инфаркта миокарда не меньшую роль, чем артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, низкая физическая активность и потребление алкоголя [10].

Несмотря на интерес исследователей к изучению КЖ, а также характера депрессивных расстройств у пациентов с ХСН дискуссионным остается вопрос ведения больных при наличии коморбидной патологии, в том числе и АС.

Цель исследования – оценить динамику параметров КЖ и депрессивных расстройств у пациентов с АС на фоне ХСН под влиянием стандартной терапии в сочетании с пероральными препаратами Fe и антидепрессантом флуоксетином.

Объект и методы исследования. Обследовано 68 больных с ХСН II-IV ФК вследствие ишемической болезни сердца (ИБС), которые находились на лечении в кардиологическом отделении Харьковской городской клинической больницы № 27 (средний возраст 71. 42±8. 66 лет). У всех больных с ХСН выявлена анемия легкой степени. Из исследования были исключены больные с острым коронарным синдромом, острым инфарктом миокарда, заболеваниями, которые могли бы стать причиной анемии: патологией желудочно-кишечного тракта, онкологическими заболеваниями, кровотечениями, диагностированными накануне госпитализации или во время госпитализации. Диагноз анемии определяли согласно критериям Медицинского комитета стандартов гематологии (ICST, 1989): снижение концентрации Hb в венозной крови менее 120 г/л для женщин и менее 130 г/л для мужчин. Для адекватной оценки КЖ у пациентов с анемией на фоне ХСН использовали опросник FACT-An (For patients with anemia/fatigue). Опросник включает 47 вопросов по категориям: PWB – физическое состояние, SWB – социальные/семейные взаимоотношения, EWB – эмоциональное благополучие, FWB – благополучие в повседневной жизни, AnS – дополнительные

Таблица

Параметры качества жизни и шкалы депрессии у пациентов с анемическим синдромом на фоне хронической сердечной недостаточности в зависимости от схемы терапевтической коррекции ($M \pm m$)

Показатель	Пациенты с ХСН и АС до лечения n=68	После лечения	
		1 группа n=32	2 группа n=36
PWB	20,15±0,67	23,67±0,54*	26,3±0,23*#
SWB	17,67±0,45	23,07±0,48*	26,8±0,16*#
EWB	14,44±0,37	18,04±0,27*	21,9±0,18*#
FWB	15,37±0,36	20,81±0,26*	23,9±0,22*#
AnS	62,37±1,38	70,57±0,69*	74,4±0,59*#
Fact-G	67,41±1,5	89,78±0,59*	96,3±0,74*#
Fact-An total	129,78±2,58	155,56±1,24*	163,7±0,99*#
Шкала депрессии	15,93±0,53	13,52±0,56*	9,04±0,34*#
Субшкала тревожности	9,11±0,28	8,84±0,27	5,59±0,16*#
Субшкала соматических проявлений депрессии	6,81±0,27	5,22±0,21*	3,67±0,12*#

Примечание: * – $p < 0,001$ при сравнении со значениями параметров КЖ до лечения; # – $p < 0,05$ при сравнении параметров 1 и 2 групп после лечения между собой.

показатели, отражающие шкалу анемии, FACT-G – суммарные шкала слабости, FACT-An total – суммарная шкала слабости и анемии. Общее количество баллов от 0 до 180. Наибольшее количество баллов отражает более высокое КЖ. Для оценки наличия и характера депрессивных расстройств использована шкала Бека (Beck Depression Inventory). Этот опросник состоит из 21 группы утверждений. Пункты 1-13 описывают когнитивно-аффективную субшкалу, 14-21 – субшкалу соматических проявлений депрессии. Сумма результатов, равная 10 баллам и более, указывает на наличие депрессии.

Терапия ХСН проводилась в соответствии со стандартами лечения и включала ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина, β -блокаторы, петлевые диуретики, антагонисты альдостерона, ивабрадин, сердечные гликозиды (дигоксин), по показаниям – нитраты, антикоагулянты, кордарон [1, 6]. Больные с АС на фоне ХСН получали препарат железа (Fe) (III) гидроксид полимальтозный комплекс перорально по 100 мг 1-2 раза в сутки (Мальтофер, Vifor, Швейцария). С целью коррекции депрессии у пациентов с ХСН и АС использовали антидепрессант флуоксетин 20 мг 1 раз в сутки (Флуоксетин, Nicomed, Германия).

Путем случайной выборки больные с АС на фоне ХСН были разделены на две группы. Первая группа (n=32) получала пероральный препарат Fe (III) гидроксид полимальтозный комплекс на фоне стандартной терапии ХСН. Вторая группа (n=36) – комбинацию препарата (Fe) (III) и флуоксетина на фоне стандартной терапии ХСН. Длительность терапии составляла 4 месяца.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета статистических программ «Microsoft Excel». Данные

представлены в виде средних величин и ошибки среднего. Статистическая значимость различных средних определялась по критерию F-Фишера.

Результаты исследований и их обсуждение. У пациентов с ХСН и АС, получавших стандартную терапию с включением препарата Fe (III), происходило увеличение значений параметров PWB на 15% ($p < 0,001$), SWB на 35% ($p < 0,001$), EWB на 28% ($p < 0,001$), FWB на 33% ($p < 0,001$), шкалы AnS на 12% ($p < 0,001$), FACT-G на 32% ($p < 0,001$) и FACT-An total на 20% ($p < 0,001$). В группе пациентов, принимавших препарат Fe (III) и флуоксетин на фоне стандартной терапии значение PWB увеличилось на 30% ($p < 0,001$), SWB на 52% ($p < 0,001$), EWB на 50% ($p < 0,001$), FWB на 53% ($p < 0,001$), AnS на 19% ($p < 0,001$), FACT-G на 43% ($p < 0,001$) и FACT-An total на 26% ($p < 0,001$). Результаты представлены в **таблице**.

Полученными нами результаты согласуются с данными мировой медицинской литературы. По мнению ряда исследователей, применение препаратов Fe у пациентов с анемией на фоне ХСН приводит к улучшению КЖ, повышению толерантности к физическим нагрузкам [5, 7].

Сравнительная оценка динамики параметров КЖ под влиянием двух схем терапии показало достоверно более существенное позитивное влияние у пациентов, получавших комбинацию стандартной терапии с препаратом Fe (III) и флуоксетином на значения PWB, SWB, EWB, FWB, FACT-G и FACT-An total ($p < 0,05$).

Результаты исследования шкалы Бека показали наличие депрессивных расстройств у всех больных обеих групп. Исследование динамики шкалы депрессивных расстройств у пациентов 1 группы, принимавших препарат Fe (III) на фоне стандартной терапии, показало достоверное уменьшение шкалы депрессии на 14 % ($p < 0,001$), субшкалы соматических проявлений на 17 % ($p < 0,001$). В результате проведенной терапии уровень субшкалы аффективных расстройств изменился незначительно, можно отметить тенденцию к положительной динамике значений когнитивно-аффективной шкалы (снижение на 3 %). У пациентов 2 группы, у которых стандартная терапия с препаратом Fe (III) была дополнена флуоксетином, достоверно улучшились показатели шкалы депрессии на 53,9 %, субшкалы соматических проявлений на 53,9 %, а также субшкалы когнитивно-аффективных расстройств на 61,3 % ($p < 0,001$).

Полученные данные свидетельствуют, что применение 2х предложенных схем терапии сопровождается улучшением физического состояния за счет уменьшения параметров шкалы слабости, суммарной шкалы слабости и анемии. Что касается

емоціонального благополуччя, спостерігається позитивна динаміка у пацієнтів з ХСН і АС, приймавших комбінацію препарату Fe (III) на фоні стандартної терапії переважно за рахунок ефекту на субшкалу соматичних проявів депресії. При лікуванні пацієнтів з ХСН і АС, отримавших додатково до стандартної терапії і препаратом Fe (III) флуоксетин, виявлено вплив як на субшкалу соматичних проявів, так і на когнітивно-афективну субшкалу, що призвело до вираженого наростання соціальної активності на фоні благополуччя в повсякденному житті.

Таким чином, проведене дослідження показало цільовість комплексної оцінки фізичного і емоціонального стану пацієнтів з ХСН і АС для формування цілісного висновку про стан хворого, що дозволяє не тільки зменшити симптоматику основного захворювання в ході терапевтичної корекції, а також підвищити соціальну активність і емоціональне благополуччя, мобілізувати внутрішні резерви, направлені на подолання хвороби і збільшити приверненість до лікування.

Висновки.

1. Застосування стандартної терапії з включенням препаратів Fe (III), а також комбінації препаратів Fe (III) і флуоксетину на фоні стандартної терапії у пацієнтів з АС і ХСН супроводжується покращенням КЖ, пов'язаним переважно з фізичними обмеженнями, що проявляється в збільшенні фізичної і соціальної активності, а також покращенні емоціонального стану за рахунок нивелювання соматичного компонента.

2. Назначення флуоксетину і препарату Fe (III) на фоні стандартної терапії у пацієнтів з АС на фоні ХСН має більш виражений позитивний ефект на параметри КЖ, проявляючись в формі достовірного зниження депресивних проявів, пов'язаних як з соматичним, так і з когнітивно-афективним компонентом, що поряд з покращенням фізичного стану асоціюється з активним соціальним і сімейним функціонуванням на фоні емоціонального благополуччя.

Перспективами дальніших досліджень є вивчення характеру депресивних проявів у пацієнтів з ХСН і АС в залежності від наявності супутньої хронічної хвороби нирок.

Література

1. Воронков Л. Г. Рекомендації Асоціації кардіологів України з лікування хронічної серцевої недостатності у дорослих (перегляд 2011) / Л. Г. Воронков, К. М. Амосова, А. Е. Багрий // Серцева недостатність. – 2011. – №1. – С. 101–116.
2. Депресивні розлади і серцево-судинні захворювання / Н. Т. Ватутин, Н. В. Калінкіна, Е. В. Дзюба [і др.] // Серце і судини. – 2012. – №2. – С. 117–126.
3. Дробіжев М. Ю. Депресія як загальномедична проблема / М. Ю. Дробіжев // Психіатрія і психофармакотерапія. – 2006. – Т. 11. – № 2. – С. 29–33.
4. Anemia and iron deficiency in heart failure: mechanisms and therapeutic approaches / D. J. van Veldhuisen, S. D. Anker, P. Ponikowski [et al.] // Cardiology. – 2011. – Vol. 8, №9. – P. 485–493.
5. Correction of Iron Deficiency in the Cardiorenal Syndrome / D. S. Silverberg, D. Wexler, A. Iaina [et al.] // International Journal of Nephrology. – 2011. – №11. – P. 2–8.
6. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC / J. McMurray, S. Adamopoulos, S. D. Anker [et al.] // European Journal of Heart Failure. – 2012. – №14. – P. 803–869.
7. Lipic E. Erythropoietin, iron, or both in heart failure: FAIR-HF in perspective / E. Lipic, P. van der Meer // European Journal of Heart Failure. – 2010. – №12. – P. 104–105.
8. Polikandrioti M. Evaluation of depression in patients with heart failure / M. Polikandrioti, A. Christou, Z. Morou [et al.] // Health Sci. J. – 2010. – Vol. 4. – P. 37–47.
9. Rudish B. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression / B. Rudish, C. B. Nemeroff // Biol. Psychiatry. – 2003. – Vol. 54. – P. 227–240.
10. Yusuf S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case control study / S. Yusuf, S. Hawken, S. Ounpuu [et al.] // Lancet. – 2004. – № 364. – P. 937–952.

УДК 616.12-008.46-036.12:616.155.194]-085-036.8

ДИНАМІКА ПАРАМЕТРІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г., Титова Г. Ю., Ринчак П. І.

Резюме. Вивчено динаміку параметрів якості життя та депресії у пацієнтів з анемією на тлі хронічної серцевої недостатності під впливом стандартної терапії з додаванням перорального препарату заліза (III) та його комбінації з флуоксетином. Встановлено позитивний вплив обох схем терапії на якість життя за рахунок параметрів фізичної активності (PWB, FWB, FACT-G), а також нівелювання соматичного компонента депресії у анемічних хворих на ХСН ($p < 0,05$). Додавання флуоксетину та перорального препарату заліза (III) до стандартної терапії має більш виразний позитивний вплив на параметри якості життя, що пов'язано з зменшенням когнітивно-афективного та соматичного компонентів депресивних розладів, яка асоціюється з поліпшенням фізичного стану та активним соціальним функціонуванням.

Ключові слова: хронічна серцева недостатність, анемічний синдром, якість життя, депресія, терапевтична корекція

УДК 616. 12-008. 46-036. 12:616. 155. 194]-085-036. 8

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Рындина Н. Г., Кравчун П. Г., Титова А. Ю., Рынчак П. И.

Резюме. Изучена динамика параметров качества жизни и депрессии у пациентов с анемией на фоне хронической сердечной недостаточности под влиянием стандартной терапии с добавлением перорального препарата железа (III) и его комбинации с флуоксетином. Установлено положительное влияние обеих схем терапии на качество жизни за счет параметров физической активности (PWB, FWB, FACT-G), а также нивелирования соматического компонента депрессии у анемичных больных с хронической сердечной недостаточностью ($p < 0,05$). Добавление флуоксетина и перорального препарата железа (III) к стандартной терапии имеет более выраженный положительный эффект на параметры качества жизни, связанный с редукцией когнитивно-аффективного и соматического компонентов депрессорных расстройств, что ассоциируется с улучшением физического состояния и активным социальным функционированием.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, анемический синдром, качество жизни, депрессия, терапевтическая коррекция

UDC 616. 12-008. 46-036. 12:616. 155. 194]-085-036. 8

Dynamics of Quality of Life Parameters and Depressive Disorders in Patients with Anemic Syndrome on a Background of Chronic Heart Failure of Ischemic Origin

Ryndina N. G., Kravchun P. G., Tytova G. Yu., Rynchak P. I.

Summary. According to numerous multi-center trial anemia is an independent risk factor for adverse course of chronic heart failure. In modern medicine, much attention is paid to the personality of the patient, his position to the disease, a proper understanding of the role and impact of the disease on life functioning, emotional state and social relations, that is, the quality of life of patients.

The dynamics of quality of life parameters and depression in anemic patients with chronic heart failure were investigated during standard treatment with the addition of oral preparation of iron (III) and its combination with fluoxetine.

The study involved 68 patients with chronic heart failure II-IV functional class due to ischemic heart disease. In all patients with chronic heart failure revealed mild anemia. For adequate assessment of quality of life in anemic patients with chronic heart failure was used FACT-An questionnaire. The questionnaire includes 47 questions by category: PWB – physical condition, SWB – social/family relationships, EWB – emotional well-being, FWB – well-being in everyday life, AnS – additional indicators that reflect the scale of anemia, FACT-G – the total scale of weakness, FACT-An total – total scale of weakness and anemia. The total score is from 0 to 180. The greatest number of points reflects a higher quality of life. To assess the presence and nature of depressive disorders was used a Beck scale (Beck Depression Inventory). This questionnaire consists of 21 groups of statements. Paragraphs 1-13 describe the cognitive-affective subscale, 14-21 – subscale of somatic symptoms of depression. Sum results equal to 10 points or more indicates a depression.

Anemic patients with chronic heart failure were divided into two groups. The first group ($n = 32$) received oral preparation Fe (III) hydroxide polymaltose complex on a background of standard heart failure therapy. The second group ($n = 36$) – a combination of oral Fe (III) and fluoxetine on a background of standard heart failure therapy. The duration of therapy was 3 months.

In anemic patients with chronic heart failure treated with standard therapy and oral Fe (III), there was an increase values of the parameters PWB, SWB, EWB, FWB, AnS, FACT-G and FACT-An total ($p < 0,001$). In the group of patients who took oral Fe (III) and fluoxetine on a background of standard therapy also increased the value of PWB, SWB, EWB, FWB, AnS, FACT-G and FACT-An total ($p < 0,001$). Comparative evaluation of the dynamics of quality of life parameters under the influence of two treatment schemes showed significantly more positive effect in patients treated with a combination of standard therapy with the oral Fe (III) and fluoxetine. In patients of 1 group observed a significant decrease in the scale of depression by 14% ($p < 0.001$), subscale of somatic symptoms by 17% ($p < 0.001$). As a result of the therapy subscale level of affective disorders has changed slightly. 2 groups of patients significantly improved depression scale scores by 53.9%, subscale somatic symptoms by 53.9%, and the cognitive subscale of 61.3% ($p < 0.001$).

The positive effect of both schemes of treatment on quality of life through physical activity settings (PWB, FWB, FACT-G), and leveling the somatic component of depression in anemic patients with chronic heart failure were shown ($p < 0,05$). Addition of fluoxetine and oral Fe (III) to standard therapy has a clear positive impact on the parameters of quality of life associated with the reduction of cognitive-affective and somatic components of depression that are associated with improved physical condition and active social functioning.

Key words: chronic heart failure, anemic syndrome, quality of life, depression, therapeutic correction.

Рецензент – проф. Скрипніков А. М.

Стаття надійшла 4. 06. 2013 р.