

*М.О. Христиненко***ВПЛИВ БУСПІРОНУ ГІДРОХЛОРИДУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ І НАЯВНІСТЮ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ***Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна*

**Реферат.** Метою дослідження була оцінка впливу буспіро-ну гідрохлориду на якість життя (ЯЖ) пацієнтів з тривожно-депресивними розладами (ТДР) та хронічною серцевою недостатністю (ХСН) ішемічної етіології. За результатами заповнення опитувальника HADS, шкали депресії Бека і Спілбергера-Ханіна всі пацієнти були поділені на дві групи: першу склали хворі з ТДР, другу - без них. Для оцінювання ЯЖ хворих обох груп використовувались опитувальники MLHFQ і SF-36 початково та через 3 місяці лікування буспіроном гідрохлориду. Включення буспірому гідрохлориду в комплексну терапію пацієнтів з ХСН і ТДР дозволяє не тільки нормалізувати психоемоційний статус даного контингенту хворих, але й вірогідно підвищити їх ЯЖ.

**Ключові слова:** тривожно-депресивні розлади, якість життя, хронічна серцева недостатність, буспірому гідрохлориду

Незважаючи на значні досягнення сучасної кардіології, розроблені міжнародні та національні стандарти ведення пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) та хронічною серцевою недостатністю (ХСН), результати лікування такого контингенту хворих не можна визнати задовільними. Прогресування ХСН не тільки скорочує тривалість життя, а й істотно знижує його якість [2]. У зв'язку з цим проблема поліпшення якості життя (ЯЖ) хворих з ХСН набуває важливе значення.

Як свідчать результати численних досліджень, частота виявлення ТДР при ХСН в кілька разів вище, ніж в популяції в цілому, а їх наявність достовірно погіршує клініко-функціональний стан пацієнтів з ХСН ішемічної етіології, знижує толерантність до фізичного навантаження, негативно впливає на прихильність до лікування [3, 19, 20]. На думку деяких авторів, тривожно-депресивні розлади (ТДР) можуть виступати як найбільш важлива детермінанта ЯЖ хворих з ХСН [1, 4].

Таким чином, розробка ефективних і безпечних методів корекції ТДР у обговорюваного контингенту пацієнтів є актуальним клінічним завданням.

Метою даного дослідження була оцінка впливу буспірому гідрохлориду на ЯЖ пацієнтів з ТДР і ХСН ішемічного генезу.

**М а т е р і а л і м е т о д и**

Обстежено 142 пацієнти (85 чоловіків і 57 жінок, середній вік  $66,4 \pm 10,5$  роки) з ХСН II-IV функціональних класів (ФК) за NYHA. Всі пацієнти страждали на стенокардію напруги II-III ФК, 86 з них (60,6%) перенесли інфаркт міокарда. Обстежені отримували стандартну те-

рапію ХСН і ІХС (інгібітори ангіотензінперетворюючого ферменту - 78%, в-адреноблокатори - 63%, діуретики - 79%, антагоністи альдостерону - 84%, антагоністи рецепторів до ангіотензину II - 19%, серцеві глікозиди - 31%, омега-3-поліненасичені кислоти - 17%, аспірин - 92%, статини - 86%, нітрати - 71%).

Перед початком обстеження всі пацієнти підписали добровільну інформовану згоду. З дослідження виключалися особи молодше 18 років, а також ті, що перенесли гострий інфаркт міокарда або нестабільну стенокардію протягом останніх 2 місяців, з психічними захворюваннями в анамнезі, вираженим порушенням когнітивних функцій, алкогольною і наркотичною залежністю, які отримують психотропні препарати, що мають наслідки перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу, декомпенсований цукровий діабет, неконтрольовану артеріальну гіпертензію, вроджені та набуті вади серця, хронічну печінкову або ниркову недостатність, онкологічні та інші тяжкі супутні захворювання.

Для виявлення та оцінки ступеня вираженості тривожності і депресії використовувалися Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), шкали Спілбергера-Ханіна та Бека, ЯЖ - Мінесотський опитувальник ЯЖ «Життя з серцевою недостатністю» (MLHFQ) і опитувальник SF-36 (російська версія).

Опитувальник HADS складається з 14 тверджень і має дві субшкали - тривоги (парні пункти) і депресії (непарні пункти). Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповідей. При інтерпретації враховується сумарний показник по обом субшкалам, при цьому виділяють три області його значень: 0 - 7 балів - «Норма» (відсутність достовірно виражених тривоги / депресії), 8-10 - «Субклінічно виражена тривога / депресія», 11 і вище - «Клінічно виражена тривога / депресія».

Для вивчення рівня тривожності в цьому дослідженні використана шкала Спілбергера - Ханіна. За результатами тесту можна судити про оцінку реактивної тривожності як стану в даний момент часу і особистої тривожності як риси характеру. Особиста тривожність свідчить про стійку схильності індивідуума сприймати велике коло ситуацій як загрозливі, реагувати на такі ситуації тривогою. Реактивна тривожність характеризується занепокоєнням, напругою, нервозністю в конкретний інтервал часу. Шкала самооц-

інки особистісної та реактивної тривожностей включає 20 питань-суджень. На кожне питання можливі 4 варіанти відповіді за ступенем інтенсивності. Підсумковий показник може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. При інтерпретації показників необхідно орієнтуватися на наступні оцінки тривожності: менше 30 балів - низька; 31 - 44 бали - помірна; 45 і більше - висока.

Шкала Бека призначена для самооцінки депресії і є досить чутливим тестом відстеження динаміки депресивних розладів, що дозволяє використовувати її для оцінки ефективності лікування. Вона охоплює 21 симптом депресії: знижений настрій, песимізм, почуття невдоволення собою, незадоволеності, провини, самозвинувачення, потяг до смерті, дратівливість, нездатність до роботи, порушення сну і т.п. При заповненні бланка шкали пацієнт відзначає осередки тих варіантів відповідей, які найбільш точно відпо-

і заняттями легкими видами спорту; 12 - вираженість задишки; 13 - вплив на ЯЖ відчуття втоми). Друга група складається з питань, що відображають емоційні чинники (пункти 17 - відчуття себе тягарем для сім'ї; 18 - відчуття безпорадності; 19 - відчуття неспокою; 20 - нездатність сконцентруватися і зниження пам'яті; 21 - відчуття депресії). Пункти 8 (неможливість повноцінно заробляти на життя) і 10 (неможливість нормального статевого життя) були об'єднані в третю групу через відсутність чіткого зв'язку з іншими параметрами і між собою. Четверта група факторів складається з пунктів 1 (набряки), 14 (необхідність госпіталізації), а також 15 і 16, які стосуються вартості лікування і його побічних ефектів. Пацієнт відповідає на 21 питання, відзначаючи у вільній колонці відповідний його сприйняттю стан. 0 балів при відповіді означає, що даного ускладнення свого стану він не відчуває, а 5 балів, що саме цей пункт

**Таблиця 1.** Вираженість (середній бал) тривожності і депресії у пацієнтів 1 групи початково і через 3 місяці прийому бупіпронону гідрохлориду.

Вид ТДР	Використовувані опитувальники, результат в балах					
	HADS		Спілбергера-Ханіна		Бека	
	початково	Через 3 місяці	початково	Через 3 місяці	початково	Через 3 місяці
Тривожність	13,8 ± 2,5	8,1 ± 1,9*				
Тривожність особистісна			41,6 ± 5,4	25,2 ± 4,9**		
Тривожність реактивна			42,3 ± 4,8	31,7 ± 6,2*		
Депресія	14,10 ± 3,7	10,8 ± 2,3			27,2 ± 6,3	19,6 ± 7,4

Примітка: \* - відмінності статистично достовірні,  $p < 0,05$ , \*\* - відмінності статистично достовірні,  $p < 0,01$

відають його стану. Стосовно до кожного питання можливі чотири твердження, що відображають різні ступені самооцінки і відповідні балам 0-3. При інтерпретації отриманих результатів орієнтуються на наступні показники: 1) менше 11 балів - немає депресії; 2) 11-19 - початкові ознаки депресії; 3) 19-26 - мінімальна тяжкість депресії; 4) 26-30 - помірна депресія; 5) більше 30 - важка депресія [10].

Використаний в цьому дослідженні опитувальник MLHFQ є одним з найбільш поширених, відносно нескладних, досить інформативних і адаптованих саме для ХСН [17]. Всі його пункти можна розділити на чотири підгрупи. Перша - що оцінює фактори, які характеризують фізичні можливості пацієнта або їх обмеження (пункти 2 - необхідність денного сну; 3 - здатність до ходьби і підйому по сходах; 4 - здатність роботи по будинку або на присадибній ділянці; 5 - неможливість денних поїздок; 6 - повноцінний сон; 7 - труднощі у взаєминах з членами сім'ї і друзями; 9 - здатність до активного відпочинку

максимально ускладнював його життя протягом останнього місяця. Бали підсумовуються, при цьому 0 балів відповідають повному здоров'ю, 105 балів - критичному абсолютному нездоров'ю.

Водночас навіть така досконала методика, якою є MLHFQ, не оцінює всі компоненти ЯЖ [6]. У зв'язку з цим в цьому дослідженні використаний також загальноприйнятий у міжнародній практиці опитувальник SF-36. Він складається з 11 розділів і дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм фізичним і психічним станом, соціальним функціонуванням, а ЯЖ відображає самооцінку ступеня вираженості больового синдрому. Опитувальник SF-36 включає в себе 36 питань. Результати представляються у вигляді оцінок в балах за 8 шкалами, складених таким чином, що більш висока оцінка вказує на кращу ЯЖ (100 - повне здоров'я). При цьому кількісно оцінюються наступні показники: 1. PF - фізичне функціонування, що відбиває ступінь, в якому здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (та-

**Таблиця 2.** Показники ЯЖ (за SF-36) у пацієнтів з різними видами тривожно-депресивними розладами і без них початково і при повторному обстеженні

Шкала	Пацієнти з ізольованою тривожністю (N = 23)	Пацієнти з ізольованою депресією (N = 32)	Пацієнти з поєднанням тривожності і депресії (N = 56)	Пацієнти без ТДР (2 група) (N = 31)
Фізичне функціонування - початково	43,3±13,5*	42,0±15,1*	36,8±14,9**	61,9±16,2
Через 3 місяці	58,4±11,3***	48,8±13,9	56,9±12,0***	59,9±15,8
Рольове фізичне функціонування - Початково	32,4±9,7*	29,3±11,8*	22,6±10,4**	52,3±12,0
Через 3 місяці	49,3±10,5***	36,5±12,7	39,4±12,2***	54,0±14,2
Фізичний біль - Початково	47,3±11,7	46,8±13,0	39,9±10,1*	53,8±14,2
Через 3 місяці	50,6±10,3	49,3±13,4	50,0±9,7***	55,5±12,8
Загальний стан здоров'я - Початково	40,5±10,1*	41,3±11,5*	34,0±9,9**	54,4±13,2
Через 3 місяці	49,4±11,8	47,0±10,5	46,3±10,6***	50,2±10,9
Життєздатність - Початково	47,7±11,8	42,4±10,2*	33,5±13,1**	54,6±13,3
Через 3 місяці	49,0±12,5	44,6±11,5	47,3±11,9***	52,6±12,0
Соціальне функціонування - Початково	51,8±12,0*	50,3±10,1*	41,2±11,8**	67,2±10,9
Через 3 місяці	64,6±10,0***	62,3±10,9***	60,2±12,6***	65,9±11,7
Рольове емоційне функціонування - Початково	45,8±10,7*	46,5±11,3*	30,4±12,3**	65,9±14,4
Через 3 місяці	59,3±10,0***	59,5±9,4***	50,7±15,9***	63,3±13,2
Ментальне здоров'я - Початково	49,4±13,7*	48,0±12,6*	42,3±10,2*	62,5±11,5
Через 3 місяці	55,6±10,2	50,1±11,2	57,7±11,4***	61,6±14,1

*Примітка:* \* - відмінності статистично достовірні в порівнянні з 2 групою при вихідному обстеженні, p<0,05, \*\* - відмінності статистично достовірні в порівнянні з 2 групою при вихідному обстеженні, p<0,01, \*\*\* - відмінності статистично достовірні в порівнянні з вихідним обстеженням, p<0,05

ких, як самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення ваги і т.п.); 2. RP - рольове фізичне функціонування, відображає вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання буденної діяльності); 3. BP - фізичний біль, інтенсивність болю і його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому і поза домом; 4. GH - загальний стан здоров'я, характеризує оцінку хворим свого стану здоров'я в зараз і перспективу лікування; 5. VT - життєздатність (передбачає відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим); 6. SF - соціальне функціонування; визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність та спілкування; 7. RE - рольове емоційне функціонування - вплив емоційного стану на рольове

функціонування; передбачає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості і т. п.); 8. MH - ментальне здоров'я, дозволяє оцінити психічне здоров'я, характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій). Шкали групуються в два окремих сумарних показника - «фізичний компонент здоров'я» та «психологічний компонент здоров'я».

У разі виявлення ТДР, що вимагали медикamentозної корекції, пацієнтам призначався буспірону гідрохлорид у стартовій дозі 5 мг 3 рази на добу з поступовим протягом 2 тижнів підвищенням дози до ефективної (10 мг 3 рази на добу). Загальна тривалість лікування / спостереження

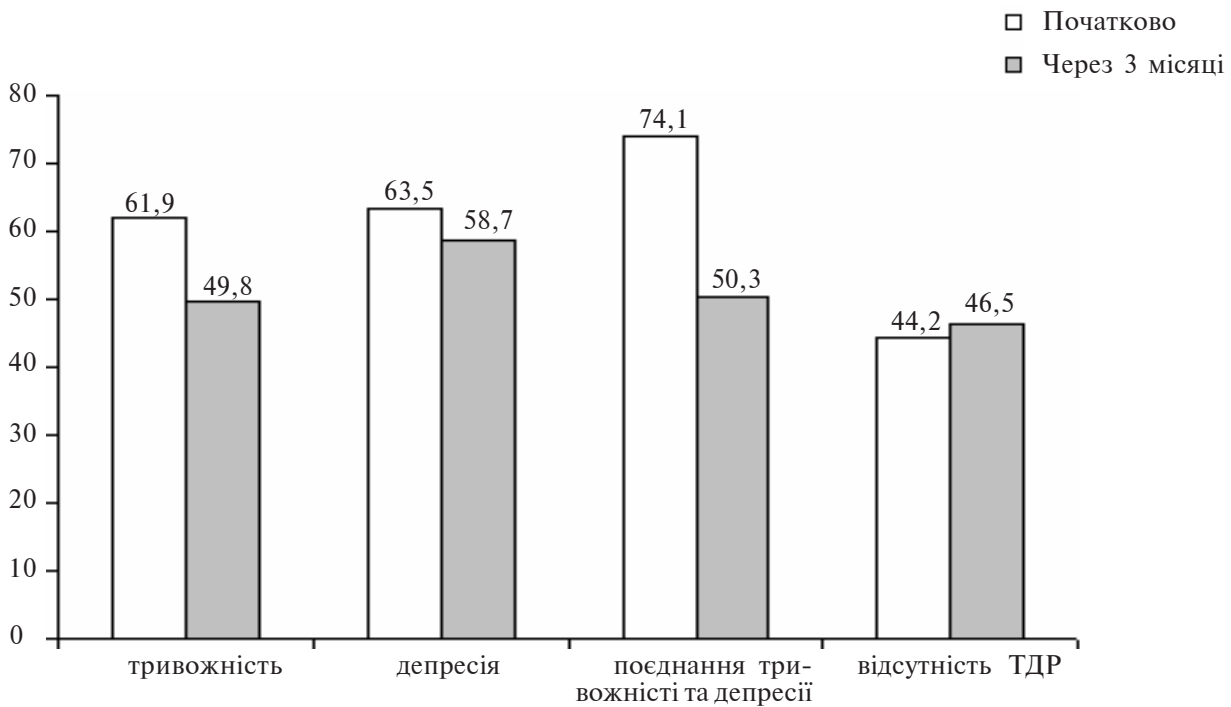


Рис 1. Показники ЯЖ (за MLHFQ) у пацієнтів з різними видами ТДР і без ТДР початково і при повторному обстеженні

становила 3 місяці, після чого обстеження повторювали.

Отримані дані оброблялися за допомогою статистичного пакету Statistica 6.0 for Windows і представлялися у вигляді  $M \pm u$  (середнє  $\pm$  стандартне відхилення). Достовірність відмінностей між незалежними групами визначали за допомогою t-критерію Стьюдента. За мінімально допустимого брали статистичну значущість при  $p < 0,05$ .

#### Результати та обговорення

З урахуванням сумарного показника опитувальників HADS, Спілбергера-Ханіна та Бека, ТДР були виявлені у 111 (78,1%) обстежених, при цьому ізольована тривожність відзначалася у 23 (16,2%) пацієнтів, ізольована депресія - у 32 (22,5%), а поєднання тривожності і депресії - у 56 (39,4%) хворих. Поширеність ТДР серед жінок була достовірно вище, ніж у чоловіків (93,0% і 83,5%, відповідно). Пацієнти з ТДР ( $n = 111$ ) увійшли до 1 групи, 2 групи ( $n = 31$ ) склали обстежені без афективних порушень.

Згідно з результатами опитувальника HADS, середній рівень як тривожності, так і депресії у пацієнтів 1 групи міг бути охарактеризований як «клінічно виражена тривога / депресія».

За даними шкали Спілбергера-Ханіна тривожні розлади були виявлені у 77 (54,2%) хворих, причому у 68 (47,8%) осіб рівень як реактивної, так і особистісної тривожності відповідав градації «помірна», у 4 (2,8%) відзначалася помірна особистісна і висока реактивна, у 1 (0,7%) - низька особистісна і помірна реактивна, у 5 (3,5%) - висока особистісна і реактивна тривожності.

При аналізі анкетування за шкалою Бека депресивні розлади визначалися у 83 (58,5%) обстежених, при цьому рівень депресії як «мінімальна» міг бути розцінений у 7 (4,9%)

пацієнтів, «помірна» - у 68 (47,8%), «важка» - у 8 (5,6%).

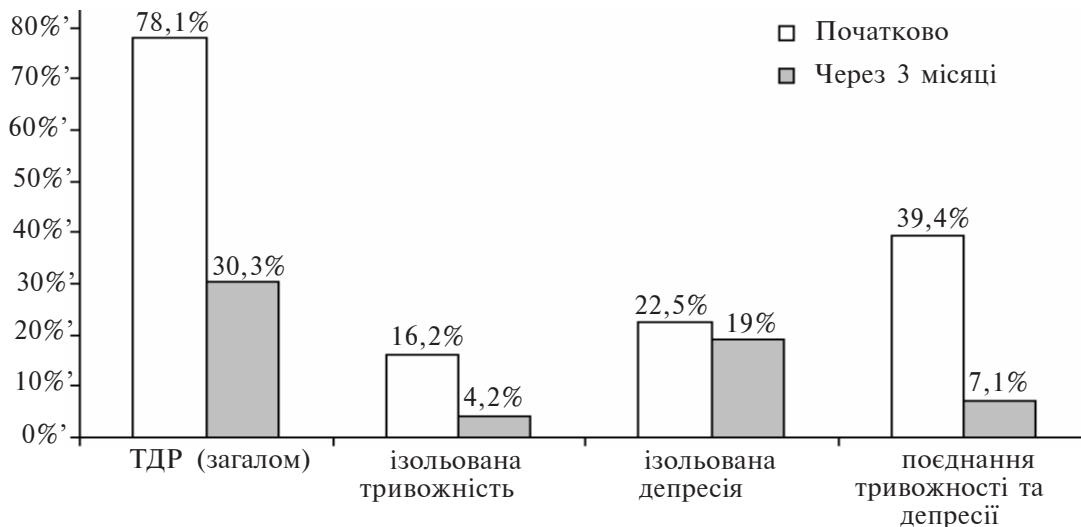
Тяжкість ТДР початково і при повторному обстеженні (згідно опросникам HADS, Спілбергера-Ханіна та Бека) відображені в таблиці 1.

Кількість балів за MLHFQ у пацієнтів 1-ї групи складала в середньому  $62,4 \pm 10,7$ , 2-ї -  $44,2 \pm 9,5$  ( $p < 0,01$ ), що вказувало на істотне зниження ЯЖ у пацієнтів з ТДР в порівнянні з хворими без афективних порушень. Показники ЯЖ згідно MLHFQ у пацієнтів з різними видами ТДР і при їх відсутності початково і при повторному обстеженні представлені на рис. 1.

Так, показники ЯЖ пацієнтів з ХСН з ізольованою тривожністю склали  $61,9 \pm 12,8$  бала, з ізольованою депресією -  $63,5 \pm 14,1$  бала, у хворих з поєднанням тривожності і депресії -  $74,1 \pm 15,2$  бала, у осіб без афективних розладів -  $44,2 \pm 13,3$  бала. Отже, ЯЖ у пацієнтів як з ізольованою тривожністю, ізольованою депресією так і поєднанням тривожності і депресії було достовірно гірше (всі  $p < 0,05$ ), ніж у пацієнтів без розладів психічного статусу.

Результати вивчення ЯЖ із застосуванням опитувальника SF-36 представлені в таблиці 2.

Погіршення ЯЖ визначалося у всіх хворих з ХСН, однак найбільш виражене його зниження реєструвалося у пацієнтів з поєднанням тривожності і депресії. У пацієнтів без ТДР воно було найбільш виражено за шкалами «рольове фізичне функціонування», «фізичний біль», «загальний стан здоров'я» та «життєздатність». У групі хворих з ізольованою тривожністю переважало зниження ЯЖ за шкалами «рольове фізичне функціонування» і «загальний стан здоров'я», з ізольованою депресією - за шкалами «рольове фізичне функціонування», «загальний стан здоров'я» та «життєздатність». При аналізі ЯЖ в групі пацієнтів



**Рис 2.** Розповсюдженість та структура ТДР початково та через 3 місяці лікування буспіроном гідрохлоридом у пацієнтів з ХСН ішемічної етіології

з поєднанням тривожності і депресії звертало на себе увагу істотне зниження показників за шкалами «рольове фізичне функціонування», «загальний стан здоров'я», «життєздатність» і «рольове емоційне функціонування».

При повторному обстеженні з урахуванням даних всіх опитувальників ТДР були виявлені у 43 пацієнтів 1 групи (30,3% всіх обстежених,  $p < 0,001$ ), у тому числі ізолювана тривожність відзначалася у 6 (4,2%,  $p < 0,01$ ) пацієнтів, ізолювана депресія - у 27 (19,0%,  $p > 0,05$ ), а поєднання тривожності і депресії - у 10 (7,1%,  $p < 0,001$ ) хворих. Гендерні особливості поширеності ТДР збереглися (таблиця 1).

При аналізі структури різних видів ТДР звертало на себе увагу її перерозподіл: статистично значимо зменшилася частка ізолюваною тривожності і поєданого ТДР, в той час як частка хворих з ізолюваним депресивним розладом практично не змінилася (рис. 2). Ймовірно, це пов'язано з вираженим анксиолітичним ефектом буспірому гідрохлориду та притаманими йому лише в деякій мірі властивостями антидепресанта [11].

Зменшення поширеності поєднання тривожності і депресії можна вважати найбільш позитивним досягнутим ефектом терапії, оскільки зазначені два порушення психоемоційної сфери взаємно обтяжують одне одного і призводять до найгірших клінічних наслідків [8].

Цікавий той факт, що через 3 місяці спостереження у 2 пацієнтів 2 групи також були виявлені афективні порушення (1 випадок ізолюваною тривожності і 1 - поєданого ТДР). Не можна виключити, що погіршення стану психоемоційної сфери зазначених хворих було пов'язано з прогресуванням ХСН і, відповідно, їх соматичного статусу.

Аналіз повторного заповнення опитувальників MLHFQ і SF-36 показав статистично достовірне поліпшення ЯЖ пацієнтів 1 групи через 3 місяці терапії буспіроном гідрохлоридом. Найбільш чітко даний ефект простежувався у підгрупах пацієнтів

з ізолюваною тривожністю і поєднаним ТДР і торкався підшкали «фізичне функціонування», «рольове фізичне функціонування», «соціальне функціонування», а також «рольове емоційне функціонування» (рис. 1, таблиця 2). Корекція ТДР буспірому гідрохлоридом дозволила поліпшити суб'єктивні та об'єктивні складові ЯЖ, зменшила вплив присутності соматичної хвороби і афективних порушень на виконання пацієнтом його повсякденної активності, підвищила соціальну адаптацію обстежених. У підгрупі хворих з поєднаним ТДР поліпшення психоемоційного статусу призвело до переоцінки пацієнтом свого стану здоров'я, дозволило відмовитися від думок про безперспективність лікування, підвищити довіру до лікаря і, отже, прихильність до призначеної терапії.

Таким чином, поширеність ТДР у хворих з ХСН ішемічної етіології дуже висока і, за даними нашого дослідження, складає 78,1%, причому найбільший відсоток припадає на поєднання тривожного і депресивного афективних порушень. Наявність ТДР асоціюється з достовірним зниженням ЯЖ пацієнтів з ХСН, при цьому найбільш значуще його погіршення спостерігається при поєднанні тривожності і депресії.

Тримісячний курс лікування буспірому гідрохлоридом дозволив не тільки істотно знизити поширеність афективних порушень і зменшити ступінь їх вираженості у пацієнтів з ХСН ішемічної етіології, але й вірогідно поліпшити ЯЖ даної категорії хворих за даними опитувальників MLHFQ і SF-36.

Механізми негативного впливу ТДР на ЯЖ пацієнтів з ХСН багатогранні і до кінця не вивчені. Відомо, що тривога і депресія є додатковим фактором зниження їх фізичної, психічної та соціальної активності, що є важливою складовою ЯЖ. Крім того, наявність соматичних симптомів, безпосередньо обумовлених ТДР (розлад сну, втрата або збільшення ваги, слабкість, підвищена втома і т.п.), також відіграє певну роль у погіршенні ЯЖ таких хворих [7, 12].

Важливо відзначити, що наявність ТДР асоціюється зі зниженням ефективності лікування ХСН, що зумовлено негативним ставленням хворого до лікування. Показано, що такі пацієнти мають низьку прихильність до модифікації способу життя та медикаментозної терапії [3, 4, 5, 10].

Погіршення ЯЖ даної когорти хворих може бути також обумовлено посиленням клінічних проявів ХСН, які викликані безпосереднім впливом тривоги і депресії [6, 7]. Негативний вплив ТДР на перебіг і прогноз ХСН реалізується за допомогою безлічі патофізіологічних механізмів, серед яких виділяють активацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, гіперпродукцію прозапальних цитокінів, ендотеліальну і тромбоцитарну дисфункції [12, 13]. Відомо, що активація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, яка спостерігається при тривожності і депресії, супроводжується зростанням рівня кортикотропінрелізінг-фактора і продукції гіпофізом адренкортикотропного гормону. Це збільшує вироблення кортизолу і норадреналіну, підвищує частоту серцевих скорочень і артеріальний тиск, збільшує потребу міокарда в кисні, знижує варіабельність серцевого ритму, сприяє затримці натрію і води, що створює ґрунт для прогресування ХСН і виникнення життєвонебезпечних аритмій [16, 18].

Не менш важливу роль в негативному впливі ТДР на серцево-судинну систему грає гіперпродукція під їх впливом прозапальних цитокінів. Зокрема, у пацієнтів з депресіями виявляються незвично високі рівні інтерлейкіну-1, інтерлейкіну-6, фактора некрозу пухлин, С-реактивного білка, що також може сприяти прогресуванню ХСН, тому що під їх впливом прискорюється патологічне ремоделювання лівого шлуночка і посилюється його контрактильна дисфункція [9, 13, 17].

Вищевказані патофізіологічні порушення, що супроводжують тривожність і депресію, безсумнівно призводять до погіршення перебігу ХСН. З іншого боку, прогресування ХСН у свою чергу посилює наявні у пацієнта ТДР, замикаючи, таким чином, порочне коло і сприяючи подальшому погіршенню ЯЖ.

Таким чином, наявність ТДР асоціюється з достовірним зниженням ЯЖ пацієнтів з ХСН ішемічної етіології. Найбільш істотне погіршення ЯЖ спостерігається при поєднанні тривожності і депресії.

Включення буспірону гідрохлориду в комплексну терапію пацієнтів з ХСН і ТДР дозволяє не тільки нормалізувати психоемоційний статус даного контингенту хворих, але й вірогідно підвищити їх ЯЖ.

М.А. Христинченко

### **Влияние буспирона гидрохлорида на качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью**

### **ишемического генеза и наличием тревожно-депрессивных расстройств**

Целью исследования явилась оценка влияния буспирона гидрохлорида на качество жизни (КЖ) пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии. По результатам заполнения опросника HADS, шкалы депрессии Бека и Спилбергера-Ханина все пациенты были разделены на две группы: первую составили больные с ТДР, вторую - без них. Для оценки КЖ пациентов обеих групп использовались опросник MLHFQ и SF-36 исходно и через 3 месяца лечения/наблюдения контингента больных гидрохлоридом. Включение буспирона гидрохлорида в комплексную терапию пациентов с ХСН и ТДР позволяет не только нормализовать психоэмоциональный статус данного контингента больных, но и достоверно повысить их КЖ (Университетская клиника. — 2014. — Т.10, №1. — С. 56-62).

**Ключевые слова:** тревожно-депрессивные расстройства, качество жизни, хроническая сердечная недостаточность, буспирона гидрохлорид.

М.А. Khrystichenko

### **Influence of buspirone hydrochloride on the quality of life of patients with chronic heart failure of ischemic etiology and anxiety-depressive disorder**

The purpose of the study was to assess the influence of buspirone hydrochloride on quality of life (QoL) in patients with chronic heart failure (CHF) of ischemic etiology and anxiety-depressive disorders (ADD). According to the results of HADS, Beck Depression Questionnaire and Spielberger Anxiety scale all the patients were divided into two groups: the 1st one with ADD, the 2nd one - without them. For assessment of QoL MLHFQ and SF-36 questionnaires were used in patients of both groups before and after treatment with buspirone hydrochloride. Incorporation of buspirone hydrochloride in to the complex therapy of patients with CHF and ADD allows not only to normalize the psycho-emotional status of this group of patients, but also significantly improve their QoL (University clinic. — 2014. — Vol.10, №1. — P. 56-62).

**Key words:** anxiety-depressive disorder, quality of life, chronic heart failure, buspirone hydrochloride.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Ватутин Н.Т., Христинченко М.А., Кетинг Е.В., Адаричев В.В. Качество жизни пациентов с тревожными расстройствами и хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза // Материалы 1-го международного образовательного форума «Российские дни сердца». Российский кардиологический журнал, 2013; 2 (100), приложение 2. — С. 36-37.
2. Воронков Л.Г., Паращенко Л.П. Качество жизни при хронической сердечной недостаточности: актуальные аспекты. Часть 1//Серцева недостатність.- 2010. - №2. — С. 10-15.
3. Воронков Л.Г., Паращенко Л.П., Луцак Е.А. Качество жизни при хронической сердечной недостаточности: актуальные аспекты. Часть 2//Серцева недостатність.- 2010. - №3. — С. 18-25.
4. Горина Л.В., Либис Р.А. Качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью на фоне терапии антидепрессантом// Врач.- 2010. - №5. — С. 79-82.
5. Рекомендації з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності Асоціації кардіологів України, 2012 р.
6. Ресина И.А. Выявление состояний депрессии и тревоги, качество жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью // Актуальные вопросы военной и практической медицины. Сб. трудов II научно-практи-

- ческой конференции врачей Приволжско-Уральского военного округа. Оренбург.- 2001.
7. *Albert N.M.*, Depression and clinical outcomes in heart failure: an OPTIMIZE-HF analysis / N.M. Albert, G.C.Fonarow, W.T. Abraham et al. // *Am J Med.*- 2009.- Vol.122.-N. 4.- P. 366-373.
  8. *Carels R.A.* The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients / R.A. Carels // *Qual Life Res.*- 2004.- Vol.13.- N.1.- P.63-72.
  9. *Faller H., Angermann C.E.* Depression in chronic heart failure: complication, risk factor or autonomous disease? / *Internist (Berl).*- 2008.- Vol.49.- N. 4.- P. 394-404.
  10. *Gretchen A.*, Anxiety, Depression, and Quality of Life in Primary Care Patients, *Prim Care Companion // J. Clin. Psychiatry.* - 2007; 9 (6): 437-443.
  11. *Havranek E., Ware M., Lowes B.* Prevalence of depression in congestive heart failure // *Am. J. Cardiol.* - 2009; 84: 348-350.
  12. *Holzapfel N.* Self-care and depression in patients with chronic heart failure / N. Holzapfel, B. Lowe, B.Wild et al. // *Heart Lung.*- 2009.- Vol.38.- N. 5.- P.392-397.
  13. *Parissis J.T.* Plasma B-type natriuretic peptide and anti-inflammatory cytokine interleukin-10 levels predict adverse clinical outcome in chronic heart failure patients with depressive symptoms: a 1-year follow-up study / J.T. Parissis, D. Farmakis, M. Nikolaou et al. // *Eur J Heart Fail.*- 2009.- Vol.11.- N 10.- P. 967-972.
  14. *Sullivan M.D.* Depression and health status in elderly patients with heart failure: a 6month prospective study in primary care / M.D. Sullivan, K. Newton, J. Hecht et al. // *Am J Geriatr Cardiol.*- 2004.- Vol.13.- N.5.- P.252-260.
  15. *Sullivan M.D.* Usefulness of depression to predict time to combined end point of transplant or death for outpatients with advanced heart failure / M.D. Sullivan, W.C. Levy, B.A. Crane et al. // *Am J Cardiol.*- 2004.-Vol. 94.- N. 12.- P.1577-1580.
  16. *Szygula-Jurkiewicz B.* Is depression a problem in patients with chronic heart failure? / B. Szygula-Jurkiewicz, A. Duszanska, L. Polonski // *Pol Arch Med Wewn.*- 2008.- Vol. 118.-N. 1-2.- P. 52-56.
  17. *Thomas S.A.* Depression in patients with heart failure. Prevalence, pathophysiological mechanisms, and treatment / S.A. Thomas, Chara D.W., Friedman E. et al. // *CriticalCareNurse.*- 2008.- Vol.28.- N.2.- P.40—55.
  18. *Vaccarino V., Kasl S., Abramson J. et al.* Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure // *J. Am. Coll. Cardiol.* - 2001; 38: 199-205.
  19. *Vatutin M.T., Khrystychenko M.O., Keting O.V.* Quality of life in patients with chronic heart failure of ischemic etiology: role of anxiety and depressive disorders // *Journal of V.N.Karazin KhNU.* - 2013. - N.1090. - P. 46-52.
  20. *World Health Statistics Annual.* - WHO, Geneva, Switzerland, 1999.