

УДК:616.89-008.19-053.9

# Показники якості життя, тривоги та депресії у пацієнтів з хронічною ішемією мозку та хронічною серцевою недостатністю при наявності вегетативної дисфункції

**Кравчук Н.О.**

Аспірант кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## Резюме

Наявність поєднаної патології суттєво впливає на якість життя пацієнтів та погіршує прогноз щодо подальших результатів лікування та реабілітації. Серцево-судинні захворювання (ССЗ), а саме, хронічна серцева недостатність (ХСН) є однією з актуальних проблем охорони здоров'я в розвинених країнах світу. ССЗ і депресивні розлади відносяться до числа найбільш поширених хвороб, що знижують працездатність і призводять до інвалідизації. Їх поєднання є досить відомим в клінічній практиці фактом і підтверджено численними популяційними дослідженнями. Дослідження якості життя є високоінформативним інструментом, що визначає ефективність системи надання медичної допомоги і дозволяє дати об'єктивну оцінку якості медичної допомоги самим пацієнтом.

**Ключові слова:** якість життя, тривога, депресія, вегетативна нервова система, хронічна ішемія мозку, хронічна серцева недостатність, серцево-судинні захворювання.

Серцева недостатність (СН) визнана однією з основних епідемій охорони здоров'я, що пов'язана зі значною смертністю, захворюваністю та витратами на охорону здоров'я, особливо серед осіб у віці 65 років і старше. Хронічна серцева недостатність (ХСН) часто ускладнюється появою систолічної дисфункції лівого шлуночка (ЛШ) і асоціюється з високою смертністю. [1]

Встановлено, що смертність після госпіталізації у пацієнтів з СН становить 10,4% протягом 30 днів, 22% - протягом 1 року, і 42,3% - протягом 5 років,

незважаючи на помітне поліпшення медичного забезпечення та лікування. Кожна повторна госпіталізація збільшує смертність приблизно на 20-22% [2]. СН в поєднанні з систолічною дисфункцією асоціюється зі збільшенням смертності на 50% після 5 років [3]. Найбільш частими причинами серцевої недостатності в промислово-розвинених країнах є ішемічна та клапанна кардіоміопатія. Частота поширеності СН серед чоловіків та жінок є однаковою, однак, жінки мають тенденцію до її розвитку в більш пізньому віці, ніж чоловіки, тоді як у жінок з СН депресія розвивається частіше ніж у чоловіків [4].

За оцінками ВООЗ від депресії страждає 350 мільйонів людей, що пов'язано зі зміною настрою і короткочасними емоційними реакціями, які стають серйозним фактором порушення здоров'я, особливо коли депресія має прогресуючий перебіг або важку форму [5].

Оцінка якості життя (ЯЖ) у хворих з різними хронічними захворюваннями є важливим джерелом медичної інформації в доповнення до лабораторних або діагностичних тестів та стає все більш актуальною при проведенні контрольованих клінічних випробувань. Основною метою дослідження якості життя є можливість отримання об'єктивної оцінки впливу хвороби на повсякденне життя пацієнта і які це має наслідки.

На думку експертів ВООЗ, якість життя - «це індивідуальне співвідношення положення в житті суспільства в контексті культури і систем цінності цього суспільства з цілями даного індивідуума, його планами, можливостями і ступенем загального незадоволення». ВООЗ були розроблені основні критерії ЯЖ і їх складові: фізичні (сила, енергія, втома, біль, дискомфорт, сон, відпочинок); психологічні (позитивні емоції, емоції, мислення, навчання, запам'ятовування, концентрація, самооцінка, зовнішній ви-

гляд, негативні переживання); рівень незалежності (повсякденна активність, працездатність, залежність від лікування і ліків); суспільне життя (особисті взаємини, суспільна цінність суб'єкта, сексуальна активність); навколишнє середовище (благополуччя, безпека, побут, забезпеченість, доступність і якість медичного і соціального забезпечення, доступність інформації, можливість навчання та підвищення кваліфікації, дозвілля, екологія) [6].

Таким чином, виявлення особливості тривоги та депресії в залежності від тяжкості хронічної серцевої недостатності у хворих хронічною ішемією (ХІМ) мозку при наявності вегетативної дисфункції; аналіз зниження показників якості життя у пацієнтів з ХСН зі збереженою та зниженою систолічною функцією лівого шлуночка, ХІМ та вегетативною дисфункцією – є актуальною проблемою, що і обумовило проведення нашого дослідження.

**Мета дослідження:** оцінити якість життя, рівень тривоги та депресії у пацієнтів з хронічною ішемією мозку на тлі хронічної серцевої недостатності та при наявності вегетативної дисфункції.

#### Матеріали і методи дослідження.

Було обстежено 23 хворих (9 жінок і 14 чоловіків) віком від 45 до 74 років ( $57,6 \pm 6,3$ ) з хронічною ішемією мозку (МКБ 10: 67.2 Церебральний атеросклероз; 67.4 Гіпертензивна енцефалопатія; 67.8 ХІМ) на тлі ХСН ІІ, ІІА і ІІБ стадії (за класифікацією М.Д. Стражеска і В.Х. Василенка в модифікації Українського наукового товариства кардіологів), ІІ і ІІІ функціональним класом (ФК) за класифікацією Нью-Йоркської асоціації серця (НУНА). При аналізі групи обстежених - 60,8% становили чоловіки, 39,2% - становили жінки. Діагностику ХСН проводили згідно з Наказом МОЗ України № 436 від 03.07.06р., Рекомендаціями Української асоціації кардіологів на підставі клінічної картини захворювання, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження відповідно до рекомендацій Європейського кардіологічного товариства з діагностики та лікування гострої і хронічної серцевої недостатності (2012).

Обстежені хворі були розділені на дві групи: 1 група включала 13 осіб (5 жінок і 8 чоловіків) з ХІМ та вегетативною дисфункцією на тлі ХСН ІІА і ІІБ стадії, ІІ і ІІІ (ФК), ФВ <45%. 2 група включала 10 осіб (4 жінок і 6 чоловіків) з ХІМ та вегетативною дисфункцією на тлі ХСН ІІА і ІІБ стадії, ІІ і ІІІ (ФК), ФВ >45%. Критеріями включення були відсутність: термінальних стадій ХСН, інфекційні та онкологічні захворювання, гострий період інфаркту міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу, супутні соматичні та психічні захворювання в стадії декомпенсації, облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок, травми головного і спинного в анамнезі, цукровий діабет, гіпо-і гіпертиреоз.

Обстеження та спостереження проводилось на базі кафедри неврології та рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика, КЗ КОР Київська обласна клінічна лікарня: відділення захворювання центральної нервової системи, відділення захворювання периферичної нервової системи з курсом реабілітації; на базі Національного Інституту серцево - судинної хірургії імені Амосова М.М.: відділення хірургічного лікування серцевої недостатності та механічної підтримки серця і легенів, відділення хірургії ішемічної хвороби серця, відділення хірургічних методів діагностики та лікування захворювання серця і судин.

Для вирішення поставлених завдань ми використовували комплекс діагностичних методів, що включав стандартний неврологічний огляд. З метою дослідження вегетативної нервової системи (ВНС) використовували: тести опитувальники суб'єктивної оцінки вегетативного статусу самим пацієнтом і лікарем, опитування за таблицею Вейна; для оцінки діяльності ВНС визначали вегетативний індекс Кердо і Хільдебранда; для оцінки вегетативної реактивності впливали на рефлекторні зони: око-серцевий рефлекс (Даньїні-Ашнера), синокаротидного рефлекс (Чермака, Герінга), солярний рефлекс (Тома, Ру). Зміни психоемоційної сфери досліджували за допомогою стандартизованого опитувальника - госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS). Для оцінки якості життя пацієнтів використовують анкету MNFLQ (Мінесотський опитувальник якості життя хворих із серцевою недостатністю), що складається з 21 питання, які охоплюють різні сторони ЯЖ пацієнта. Для відповіді на кожне питання хворому пропонується самостійно використовувати 6-пунктову шкалу Ликерта, відповідно вираженості тих чи інших порушень у зростаючому порядку (табл.1).

#### Таблиця 1.

#### Мінесотський опитувальник якості життя хворих з хронічною серцевою недостатністю

Інструментальні методи включали ультразвукову доплерографію (УЗДГ) інтракраніальних судин, дуплексне сканування магістральних артерій голови. Всім пацієнтам проводилося ехокардіографічне дослідження з визначенням ФВ і скоротливості ЛШ для підтвердження систолічної дисфункції лівого шлуночка. МРТ головного мозку – для підтвердження хронічної ішемії головного мозку.

Цей опитувальник призначений для оцінки того, як серцева недостатність обмежувала ваші можливості в цьому місяці. Представлені нижче питання відображають різні варіанти впливу серцевої недостатності на життя хворих з ХСН. Якщо ви впевнені, що цього симптому у вас немає, або він не чинив істотного впливу на ваше життя в цьому місяці, обведіть знак «0» (Ні). Якщо ж вказаний симптом є і заважає вам жити так, як ви б хотіли, обведіть цифри від 1 до 5 відповідно до тяжкості симптому по зростанні.

Хронічна серцева недостатність не дозволяє вам жити в цьому місяці так, як ви хочете, через:

	Ні	Незначно				Значно
1. набряки стоп, гомілок и т.д.?	0	1	2	3	4	5
2. необхідність відпочивати сидячи чи лежачи протягом дня?	0	1	2	3	4	5
3. важкість при ходьбі чи при підйомі по сходинкам?	0	1	2	3	4	5
4. обмеження під час роботи вдома чи на присадибній ділянці?	0	1	2	3	4	5
5. неможливість подорожей на дальні відстані?	0	1	2	3	4	5
6. порушення повноцінного сну в нічний час?	0	1	2	3	4	5
7. проблем у стосунках з членами сім'ї чи друзями?	0	1	2	3	4	5
8. обмеження можливості заробляти на життя?	0	1	2	3	4	5
9. неможливість повноцінного активного відпочинку, занять спортом?	0	1	2	3	4	5
10. неможливість повноцінного статевого життя?	0	1	2	3	4	5
11. дотримання дієти, що обмежує кількість і різноманітність вживаних продуктів?	0	1	2	3	4	5
12. відчуття нестачі повітря?	0	1	2	3	4	5
13. відчуття стомленості, відсутність енергії?	0	1	2	3	4	5
14. необхідність періодично знаходитись у лікарні?	0	1	2	3	4	5
15. витрати на ліки?	0	1	2	3	4	5
16. побічної дії на ліки?	0	1	2	3	4	5
17. відчуття, що ви є тягарем для сім'ї?	0	1	2	3	4	5
18. відчуття безпорадності?	0	1	2	3	4	5
19. відчуття тривоги?	0	1	2	3	4	5
20. нездатність сконцентруватись і погіршення пам'яті?	0	1	2	3	4	5
21. відчуття депресії?	0	1	2	3	4	5

\* 0 балів – відмінна якість життя, 105 балів – максимально погана якість життя

### Результати дослідження

При проведенні оцінки результатів роботи доведено, що обидві групи були співставленні по статі, віку, ступеню і стадії виразності ХСН, рівня ФВ та ступеню АГ (таблиця 2).

Середній вік обстежуваних в 1 групі склав  $59,6 \pm 6,1$  років, серед них 8 (61,5%) чоловіків та 5 (38,5%) жінок. У 1 групі хворих з ХІМ та вегетативною дисфункцією на тлі ХСН ІА і ІБ стадії, ІІ і ІІІ (ФК), ФВ <45%, переважали хворі з СН ІІБ ст. - 7 (53,8%), з СН ІА ст. незначно менше 6 (46,2%) хворих. У 10 хворих (76,9%) діагностували ФК ІІІ ст. (у 23,1% жінок та 53,8% чоловіків), і значно менша кількість хворих з ФК ІІ ст. 3 (23,1% - 15,4% жінок та 7,7% чоловіків). АГ ІІ ст. була встановлена у 76,92% обстежуваних та АГ ІІІ ст. була встановлена у 23,08% обстежуваних І-ї групи. ФВ І групи складала  $32,8 \pm 6,6\%$  ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з 2 групою.

Середній вік обстежуваних в 2 групі склав 60,3

$\pm 6,3$  років, серед них 6 (60%) чоловіків та 4 (40%) жінок. У 2 групі хворих з ХІМ та вегетативною дисфункцією на тлі ХСН ІА і ІБ стадії, ІІ і ІІІ (ФК), ФВ >45%, переважали хворі з СН ІА ст. - 6 (60%) хворих, з СН ІІ ст. 3 (30%) хворих та 1 хворий з СН ІІБ ст. У 9-ти хворих (90%) діагностували ФК ІІ ст. і лише 1 хворий ФК ІІІ ст. та 1 хворий з АГ ІІ ст. Було встановлено, що в обстежуваних 2 групи ФВ 2 групи -  $53,8 \pm 3,84\%$ .

При дослідженні рівня тривоги у 1 групі за шкалою HADS отримано  $9,92 \pm 1,48$ , при цьому у жінок рівень тривоги достовірно вище ( $p < 0,05$ ) і становив  $11,4 \pm 0,88$  (клінічно виражена тривога), в той час як у чоловіків  $9,08 \pm 1,25$  (субклінічний рівень тривоги). При дослідженні рівня депресії по шкалі HADS у 1 групі отримано  $10,3 \pm 1,51$  балів, у жінок – рівень депресії також достовірно вище ( $p < 0,05$ )  $12 \pm 1,2$  (клінічно виражена депресія), а у чоловіків  $9,25 \pm 1,06$  балів (таблиця 3).

**Таблиця 2**  
Характеристика обстежених груп

Параметр	1 група (n= 13)	2 група (n= 10)
Середній вік, роки	$59,6 \pm 6,1$	$60,3 \pm 6,3$
Чоловіки	8 (61,5%)	6 (60%)
Жінки	5 (38,5%)	4 (40%)
ФВ < 45%	$32,7 \pm 5,55^*$	0
ФВ > 45%	0	$53,8 \pm 3,84$
СН ІІ ст.	0	3 (30%)
СН ІА ст.	6 (46,2%)	6 (60%)
СН ІІБ ст.	7 (53,8%)*	1 (10%)
ФК ІІ ст.	3 (23,1%)*	9 (90%)
ФК ІІІ ст.	10 (76,9%)*	1 (10%)
АГ ІІ ст.	10 (76,92%)	7 (70%)
АГ ІІІ ст.	3 (23,08%)	3 (30%)
ІМТ	$30,4 \pm 3,4$	$31,2 \pm 3,9$

\*- різниця показників 1 групи в порівнянні з 2 групою ( $p < 0,05$ )

**Таблиця 3**  
Рівень тривожно-депресивних розладів та якості життя у досліджуваних групах

Показники	1 група (n= 13)	2 група (n= 10)
Рівень тривоги по шкалі HADS (бали)	$9,92 \pm 1,48$	$8 \pm 2,8$
Рівень депресії по шкалі HADS (бали)	$10,3 \pm 1,51$	$8,6 \pm 1,1$
Якість життя (бали)	$72,6 \pm 9,9^*$	$58,3 \pm 4,7$

\*- різниця показників 1 групи в порівнянні з 2 групою ( $p < 0,05$ )

Обстеження 2 групи пацієнтів показало, що у рівень тривоги по шкалі HADS склав  $8 \pm 2,8$  бали, окремо у жінок встановлено  $9,4 \pm 4,5$  (субклінічний рівень тривоги), у чоловіків  $7 \pm 1,7$  балів ( $p < 0,05$ ). Рівень депресії загальної кількості обстежуваних склав  $8,6 \pm 1,1$  балів. Рівень депресії у чоловіків з 2 групи  $9 \pm 0,7$ , у жінок  $8 \pm 1,5$  ( $p > 0,05$ ). Оцінюючи якість життя у двох групах виявлено статистично-значима різниця ( $p < 0,05$ ) між 1 та 2 групою ( $72,6 \pm 9,9$  та  $58,3 \pm 4,7$ , відповідно). В 1 групі ЯЖ у чоловіків становила  $81 \pm 6,4$  балів ( $p < 0,05$ ) по відношенню до жінок -  $68 \pm 10$  балів. В 2 групі достовірної різниці показників ЯЖ між чоловіками ( $59,8 \pm 4,11$ ) та жінками ( $56 \pm 7$ )  $p > 0,05$  не виявлено.

## Висновки

При проведенні дослідження достовірно ( $p < 0,05$ ) встановлено, що якість життя хворих з ХІМ та вегетативною дисфункцією на тлі ХСН погіршується при зниженні фракції викиду та збільшенні функціонального класу СН.

Достовірно доведено, що у чоловіків якість життя страждає більше, ніж у жінок, при однаковому ступеню захворювання ( $p < 0,05$ ).

У хворих з ХІМ та вегетативною дисфункцією на тлі ХСН, що мають симптоми декомпенсації (1 група) рівень тривоги та депресії достовірно ( $p < 0,05$ ) вище ніж у пацієнтів зі збереженою фракцією викиду та достовірно ( $p < 0,05$ ) вищий у жінок, ніж у чоловіків.

## Показатели качества жизни, тревоги и депрессии у пациентов с хронической ишемией мозга и хронической сердечной недостаточностью при наличии вегетативной дисфункции

### Кравчук Н.А.

Аспирант кафедры неврологии и рефлексотерапии  
Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

## Резюме

Наличие коморбидной патологии существенно влияет на качество жизни пациентов и ухудшает прогноз относительно дальнейших результатов лечения и реабилитации. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), а именно, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из актуальных проблем здравоохранения в развитых странах мира. ССЗ и депрессивные расстройства относятся к числу наиболее распространенных болезней, которые снижают работоспособность и приводят к инвалидизации. Их сочетание является достаточно известным в клинической практике фактом и подтверждено многочисленными популяционными исследованиями. Исследование качества жизни является высокоинформативным инструментом, который определяет эффективность системы оказания медицинской помощи и позволяет дать объективную оценку качества медицинской помощи самим пациентом.

**Ключевые слова:** качество жизни, тревога, депрессия, вегетативная нервная система, хроническая ишемия мозга, хроническая сердечная недостаточность, сердечно-сосудистые заболевания.

## Quality of life, anxiety and depression in patients with chronic ischemia and congestive heart failure in the presence of autonomic dysfunction

### Кравчук Н.

Department of Neurology and Reflexology,  
Shupyk National Medical Academy of  
Postgraduate Education

## Summary

Availability of comorbid disease significantly affects on the quality of life of patients and worsens the prognosis for further treatment and rehabilitation outcomes. Cardiovascular disease (CVD), namely, chronic heart failure (CHF) is one of the most urgent health problems in the developed countries. CVD and depressive disorders are among the most common diseases, which reduce capacity for work and lead to disability. CVD and depressive disorders are among the most common diseases, which reduce capacity for work and lead to disability. Their combination is quite well-known in clinical practice and confirmed by numerous population-based studies. Quality of Life Research is a highly informative tool that determines the effectiveness of health care delivery system and allows us to give an objective assessment of the quality of care by the patient.

**Keywords:** quality of life, anxiety, depression, autonomic nervous system, chronic cerebral ischemia, chronic heart failure, cardiovascular disease.

## Література

1. Vyronique L. Roger. Epidemiology of Heart Failure //Circulation Research.-2013.-V.113: 646-659.
2. Roger V.L., Go A.S., Lloyd-Jones D.M., et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association//Circulation. 2011 Feb 1. 123(4): P.18-209.
3. Henes J., Rosenberger P. Systolic heart failure: diagnosis and therapy// Curr Opin Anaesthesiol. -2016 Feb. 29 (1):P.55-60.
4. Ioana Dumitru, Henry H. Heart Failure. Medscape, News @ Perspective, Jan 11, 2016.-21p.
5. Депрессия. Информационный бюллетень.-№369.-ВОЗ, апрель 2016 г.-11с.
6. Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента// Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие». -2013.-№4. -122с.