

Поширеність тривожно-депресивних розладів та їх вплив на серцево-судинні фактори ризику за даними дослідження EUROASPIRE IV – Первинна ланка медичної допомоги

В.М. Коваленко, М.М. Долженко, О.Г. Несукай, О.О. Нудченко,
С.З. Лурье на чолі групи дослідників

КЛЮЧОВІ СЛОВА: депресія, тривожність, фактори ризику, серцево-судинні захворювання, поширеність, якість життя, прихильність пацієнтів

Профілактика серцево-судинних захворювань спрямована на зниження захворюваності і смертності, а також збільшення тривалості та якості життя.

Зв'язок між наявністю і вираженістю тривожних і депресивних розладів з патологією серцево-судинної системи вивчається досить давно. На сьогоднішній день проведені дослідження взаємозв'язку між наявністю тривожно-депресивних розладів і ризиком серцево-судинних подій та серцево-судинної смертності, особливостей терапії пацієнтів з наявними тривожно-депресивними розладами, впливу стресових розладів на стан окремих ланок серцево-судинної системи.

У дослідженні Whitehall II було виявлено взаємозв'язок між наявністю депресії і зростанням ризику розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) [1].

У великому дослідженні, проведеному в Швеції, автори продемонстрували, що наявність депресії у молодих чоловіків асоціювалася зі зростанням ризику розвитку ІХС та інфаркту міокарда (ІМ), а при наявності тривожності відповідні ризики зростали в 2–2,5 разу [2]. В аналізі [3] було показано, що наявність тривожності є фактором ризику розвитку ІМ і у чоловіків більш зрілого віку – за наявності тривожності ризик ІМ зростав на 43 %. У дослідженні HUNT-2, проведеному в Норвегії, також було виявлено зростання ризику ІМ при наявності депресії чи тривожності, а також при їх поєднанні, однак автори вважають, що такі результати можна частково пояснити зворотним причинно-наслідковим зв'язком [4].

Наявність супутньої депресії і/чи тривожності також впливає на перебіг вже встановленого діагнозу серцево-судинного захворювання. В дослідженні Amit J. Shah та співавторів 2014 р. було показано, що у жінок віком до 55 років наявність помірно вираженої або важкої депресії асоційована зі зростанням ризику розвитку гострого коронарного синдрому, серцево-судинної смерті чи необхідності в проведенні процедури ревазуляризації в 2,17 разу [5].

Європейське дослідження EUROASPIRE IV – Первинна ланка медичної допомоги проходило під егідою Європейського товариства кардіологів (ESC), Єврообсерваційної дослідницької програми (EORP) і проводилось Європейською асоціацією серцево-судинної профілактики і реабілітації. Протокол дослідження було сфокусовано на амбулаторних хворих з високим серцево-судинним ризиком. Мета дослідження – оцінити поширеність факторів ризику серцево-судинних захворювань, дотримання чинних рекомендацій з профілактики серцево-судинних захворювань, а також розробка стратегій з покращення попередження ризику серцево-судинних захворювань на етапі первинної ланки медичної допомоги.

У межах дослідження в Україні взяли участь 463 пацієнти з високим серцево-судинним ризиком. Дослідження проводилось на базах ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, Інституту геронтології НАМН України і Київського міського центру серця.

Критерії включення – прийом антигіпертензивної, гіполіпідемічної або гіпоглікемічної (медикаменти чи дієта) терапії, яка не змінюва-

лась протягом не менше 6 міс і не більше 3 років до включення у дослідження. Критерії виключення – наявність атеросклеротичного ураження – анамнез ІМ, нестабільної стенокардії, стабільної стенокардії, атеросклерозу за даними ангиографії, інсульту, атеросклерозу периферичних артерій і т. п.

Мета дослідження – оцінити вплив наявності і вираженості депресії і тривожності на фактори ризику серцево-судинних захворювань, комплаєнс пацієнтів і їх дотримання рекомендацій щодо модифікації способу життя.

Матеріал і методи

З 463 учасників дослідження EUROASPRE IV – Первинна ланка медичної допомоги в Україні пройшли інтерв'ювання 402 пацієнти. Решта пацієнтів не змогла з'явитися на інтерв'ю з особистих, сімейних причин, через брак часу або ж внаслідок смерті. Під час інтерв'ю встановлювалося, чи інформовані учасники щодо факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань, які поради вони отримували від лікаря, чи дотримувались цих порад, які препарати приймають і як часто пропускають чи змінюють дозування. Окремо учасники заповнювали опитувальник рівня фізичних навантажень IPAQ, в якому визначалась тривалість енергійного, помірного фізичного навантаження, тривалість ходьби і перебування в сидячому положенні протягом тижня. Після автоматичного підрахунку загальної кількості балів встановлювався один з рівнів фізичної активності – низька, помірна чи висока. Кожен з учасників заповнював опитувальник госпітальної шкали тривожності і депресії HADS. Половина питань стосувались депресивних, а половина – тривожних розладів. Після підрахунку кількості балів окремо встановлювався рівень депресії і тривожності: відсутність – у випадку 7 балів і менше; субклінічна – при наявності від 8 до 10 балів включно; клінічна – при наявності більше 10 балів. Пацієнти без цукрового діабету в анамнезі проходили анкетування за фінською анкетування ризику діабету FINDRISC. За кількістю отриманих балів визначався ризик розвитку цукрового діабету 2-го типу впродовж наступних 10 років: низький (менше 7 балів), незначно підвищений (7–11 балів), помірний (12–14 балів), високий (15–20 балів), дуже високий (більше 20 балів). Також учасники проходили фізикальне обстеження,

всім був проведений біохімічний аналіз крові, який включав визначення рівнів печінкових ферментів, білірубину, рівнів калію, натрію, креатиніну, лужної фосфатази, лактатдегідрогенази, креатиніну, креатинфосфокінази, показників глікозильованого гемоглобіну, С-реактивного протеїну та ліпідограми.

Результати та їх обговорення

При оцінці наявності депресії серед учасників виявилось, що у 21,8 % пацієнтів відзначається субклінічна депресія, а у 13,2 % – клінічна депресія. При розгляді гендерних особливостей поширеності депресії виявилось, що жінки частіше страждають на клінічну депресію.

Так, поширеність субклінічної депресії серед чоловіків становила 20,4 %, а клінічної – 7,3 %. У той же час, аналогічні показники у жінок становили відповідно 22,5 і 16,3 % (*рис. 1*). Так, відсоток жінок з клінічною депресією перевищує аналогічний показник у чоловіків більш ніж у 2 рази ($P=0,01$). При цьому діапазон віку учасників з клінічною депресією становив 36–78 років, середній вік – 59,2 року, а 43,1 % пацієнтів з клінічною депресією були віком до 60 років, тобто працездатного віку.

Поширеність субклінічної та клінічної тривожності наведено на *рис. 2*.

На *рис. 3* представлено порівняння частки учасників, що курять, залежно від наявності і вираженості тривожності. Було виявлено, що у пацієнтів без ознак тривожності частка курців становить 32,3 %, в осіб з субклінічною тривожністю – 35,5 %, в осіб з клінічною тривожністю – 53,3 % ($P=0,008$). Аналогічні показники залежно від наявності і вираженості депресії становили 33,3 % в осіб без ознак депресії, 41,7 % – при субклінічній депресії і 36,8 % – у пацієнтів з клінічною депресією.

Виявлено зв'язок між наявністю депресії / тривожності та обізнаністю пацієнтів щодо цільових значень окремих показників здоров'я (*табл. 1*). Так, знали про цільові рівні артеріального тиску (АТ) 63,1 % пацієнтів без тривожності, 56,6 % пацієнтів з субклінічною і 54,8 % – з клінічною тривожністю. Аналогічні показники залежно від вираженості депресії становили відповідно 67,3, 55,3 і 37,3 % пацієнтів ($P=0,0001$).

При аналізі дотримання загальних і окремих дієтичних рекомендацій було виявлено, що зі збільшенням вираженості тривожності і депресії

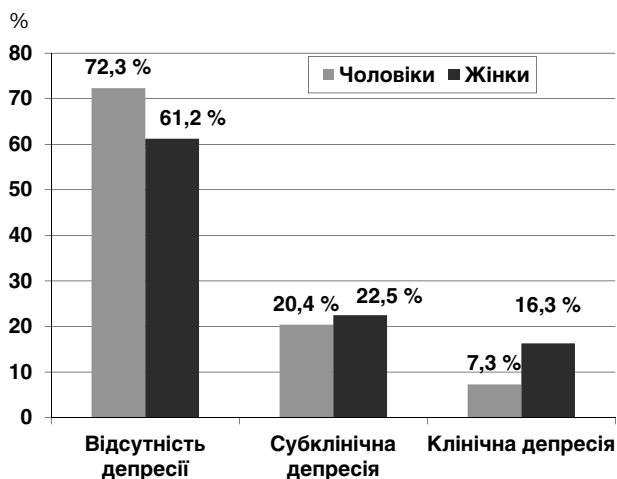


Рис. 1. Поширеність депресії у чоловіків та жінок.

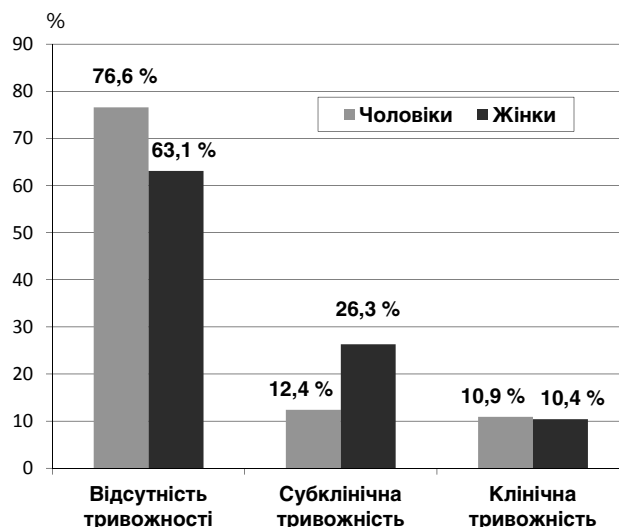


Рис. 2. Поширеність тривожності у чоловіків та жінок.

прихильність пацієнтів до здорового харчування зменшується. Так, якщо серед пацієнтів без тривожності дієтичних рекомендацій дотримувалися 39,6 % пацієнтів, то у пацієнтів з клінічною тривожністю відповідний показник становив 33,3 %. У пацієнтів без депресії і з клінічною депресією аналогічні показники становили відповідно 42,4 і 30,8 %. Так, частка пацієнтів, які зменшили споживання солі, жирів, змінили тип споживаних жирів, при порівнянні груп з відсутністю депресії / тривожності і клінічною депресією / тривожністю зменшується (табл. 2). Це ж стосується і зменшення споживання алкоголю. Якщо серед пацієнтів без тривожності частка осіб, які зменшили споживання алкоголю, становила 58,4 %, то в групі клінічної тривожності 47,6 %. У випадку відсутності депресії і клінічно вираженої депресії відповідні аналогічні показники становили 60,5 і 42,3 % (P=0,017).

За даними опитувальника фізичної активності IPAQ, було виявлено, що рівень фізичної активності також залежить від наявності і вираженості депресії (табл. 3). Так, частка пацієнтів без ознак депресії з низькою фізичною активністю становить 36,3 %. У пацієнтів з субклінічною

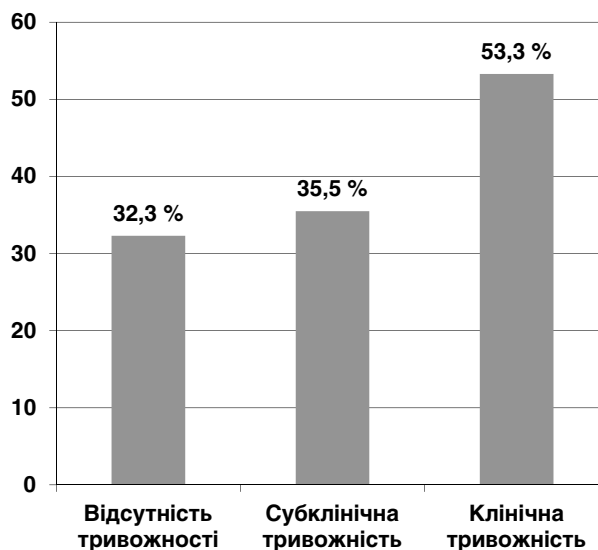


Рис. 3. Частка пацієнтів-курців серед учасників дослідження залежно від наявності у них тривожності.

Таблиця 1

Залежність рівня обізнаності про фактори ризику від наявності і вираженості депресії / тривожності

Обізнаність	Відсутність тривожності	Субклінічна тривожність	Клінічна тривожність
Цільове значення АТ	63,1 %	56,6 %	54,8 %
Цільове значення рівня холестерину	20,8 %	19,5 %	9,8 %
Обізнаність	Відсутність депресії	Субклінічна депресія	Клінічна депресія
Цільове значення АТ	67,3 %	55,3 %	37,3 %
Цільове значення рівня холестерину	39,2 %	15,9 %	7,8 %

Таблиця 2

Розподіл пацієнтів, які дотримуються дієтичних рекомендацій, залежно від наявності і вираженості депресії / тривожності

Дотримання рекомендацій	Відсутність тривожності	Субклінічна тривожність	Клінічна тривожність
Дотримання дієтичних рекомендацій	39,6 %	50,6 %	33,3 %
Зниження споживання солі	78,4 %	71,8 %	61,9 %
Зниження споживання жирів	78,4 %	70,6 %	66,7 %
Зміна типу жирів, що споживаються	54,5 %	51,2 %	52,4 %
Зниження споживання алкоголю	58,4 %	58,8 %	47,6 %
Дотримання рекомендацій	Відсутність депресії	Субклінічна депресія	Клінічна депресія
Дотримання дієтичних рекомендацій	42,4 %	44,2 %	30,8 %
Зниження споживання солі	73,9 %	83,7 %	67,3 %
Зниження споживання жирів	76,7 %	80,2 %	61,5 %
Зміна типу жирів, що споживаються	54,1 %	65,9 %	30,8 %
Зниження споживання алкоголю	60,5 %	57,0 %	42,3 %

Таблиця 3

Розподіл пацієнтів з низькою фізичною активністю залежно від наявності і вираженості депресії / тривожності

Фізична активність за IPAQ	Відсутність тривожності	Субклінічна тривожність	Клінічна тривожність
Низька фізична активність	36,2 %	46,4 %	42,5 %
Фізична активність за IPAQ	Відсутність депресії	Субклінічна депресія	Клінічна депресія
Низька фізична активність	36,3 %	38,8 %	52,9 %

депресією відповідний показник зростає до 38,8 %. А при клінічній депресії – 52,9 % ($p=0,03$).

За даними фізикального обстеження й опитування пацієнтів без діабету в анамнезі кожного учаснику підраховували ризик розвитку цукрового діабету 2-го типу впродовж наступних 10 років. Згідно з анкетною FINDRISC при наявності 12 балів і більше ризик діабету є від помірного (діабет розвинеться в одного з 6 пацієнтів) до дуже високого (діабет розвинеться у кожного другого пацієнта).

Аналіз даних показав, що у пацієнтів без тривожності помірний – дуже високий ризик відзначається у 47,2 % пацієнтів. Аналогічний показник у пацієнтів з субклінічною тривожністю становив 54,1 %, а в пацієнтів з клінічною тривожністю – 58,1 %. У пацієнтів без депресії з помірний – дуже високий рівень ризику діабету на рівні визначається у 45,1 %. У пацієнтів з субклінічною і клінічною депресією відповідні показники становили 58,9 і 60,5 % ($P=0,036$).

Більшість пацієнтів, що взяли участь у дослідженні, приймали антигіпертензивні препарати. Під час візиту виявили, що у групі з відсутністю депресії середній показник систолічного АТ становив ($137,9 \pm 16,9$) мм рт. ст., у групі клінічної депресії – ($144,2 \pm 13,7$) мм рт. ст., різниця показників між групами була достовірною ($P=0,013$).

Таблиця 4

Середні рівні систолічного і діастолічного АТ залежно від наявності та вираженості тривожності і депресії

АТ при офісному вимірюванні	Відсутність тривожності	Субклінічна тривожність	Клінічна тривожність
Систолічний АТ, мм рт. ст.	$137,1 \pm 17,7$	$142,9 \pm 18,0$	$141,8 \pm 19,6$
Діастолічний АТ, мм рт. ст.	$84,6 \pm 12,4$	$87,0 \pm 11,7$	$86,7 \pm 13,1$
АТ при офісному вимірюванні	Відсутність депресії	Субклінічна депресія	Клінічна депресія
Систолічний АТ, мм рт. ст.	$137,9 \pm 16,9$	$139,8 \pm 16,7$	$144,9 \pm 14,8$
Діастолічний АТ, мм рт. ст.	$85,0 \pm 11,8$	$85,8 \pm 11,1$	$87,7 \pm 11,0$

Середні показники діастолічного АТ становили відповідно ($85,0 \pm 11,8$) і ($89,04 \pm 9,82$) мм рт. ст. Різниця між показниками в групі відсутності депресії і клінічної депресії була також достовірною ($P=0,024$).

При оцінці прийому антидепресантів / анксиолітиків виявилось, що в групах субклінічної і клінічної депресії / тривожності відповідні препарати не приймає жоден з учасників, а в групах відсутності тривожно-депресивних розладів частка пацієнтів, що приймає один із вказаних препаратів, становить 0,5 %.

Висновки

1. Частка пацієнтів, що страждають на субклінічну і клінічну депресію, становить відповідно 21,8 і 13,2 %. При цьому частота клінічної депресії у пацієток жіночої статі достовірно (в 2 рази) вища, ніж у чоловіків. Майже половина пацієнтів (43,1 %) з клінічною депресією – це учасники працездатного віку обох статей.

2. При збільшенні вираженості тривожності достовірно зростає частка пацієнтів, що курять, і

більше половини пацієнтів (53,3 %) групи клінічної тривожності продовжують курити.

3. Серед пацієнтів, які страждають на тривожність / депресію, відзначається зменшення обізнаності щодо факторів ризику серцево-судинних захворювань. Так, про цільові рівні артеріального тиску і загального холестерину крові обізнана достовірно менша частка пацієнтів з наявністю депресії / тривожності будь-якої вираженості, ніж пацієнти без наявності вказаних патологій.

4. У групах депресії і тривожності менша частка пацієнтів дотримується дієтичних рекомендацій і зменшує вживання алкоголю навіть після консультації лікаря. В групі відсутності депресії частка пацієнтів з низьким рівнем фізичної активності становить 36,3 %, в групі субклінічної депресії – 38,8 %, в групі клінічної депресії – 52,9 %.

5. У групах тривожно-депресивних розладів відзначається достовірно більший відсоток пацієнтів з помірним – дуже високим ризиком розвитку цукрового діабету 2-го типу.

6. Незважаючи на прийом антигіпертензивної терапії, рівні систолічного і діастолічного артеріального тиску в групі клінічної депресії були достовірно вищі, ніж у групі відсутності депресії.

Література

1. Brunner E.J. et al. Depressive disorder, coronary heart disease, and stroke: dose-response and reverse causation effects in the Whitehall II cohort study // *Eur. J. Prev. Cardiol.* – 2014. – Vol. 21(3). – P. 340–346.
2. Imre Janszky et al. Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease: 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2010. – Vol. 56(1). – P. 31–37.
3. Shen B.J., Avivi Y.E., Todaro J.F. et al. Anxiety characteristics independently and prospectively predict myocardial infarction in men. The unique contribution of anxiety among psychologic factors // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2008.
4. Lise Tuset Gustad, Lars Erik Laugsand, Imre Janszky, Håvard Dalen, Ottar Bjerkeset. Symptoms of anxiety and depression and risk of acute myocardial infarction // *Eur. Heart J.* – 2014. – Vol. 35(21). – P. 1394–1403.
5. Amit J. Shah et al. Sex and age differences in the Association of Depression With Obstructive Coronary Artery Disease and adverse cardiovascular events // *J. Am. Heart Assoc.* – 2014. – Vol. 3(3). – P. 741.