Кардиология: от науки к практике. 2017;5-6(29):7-17. doi:
10.30702/card:sp.2017.12.029/sp.art1 УДК
616.891.6–02:616.895.4:616–007–053.1:616–053.81

Лебідь І. Г.¹, Руденко Н. М.^{1,2}, Лебедь Є. І.^{1,2}, Ємець І. М.^{1,2}

Информация об авторах:

¹ ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України», м. Київ, Україна

² Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Резюме. У статті наведено результати аналізу якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (ЯЖПЗ), і дослідження рівня тривоги та депресії в оперованих і неоперованих дорослих на підставі оцінювання 456 послідовних пацієнтів із вродженими вадами серця (ВВС) та/або станом після перенесених кардіохірургічних втручань, які становили основну групу, та 79 практично здорових дорослих контрольної групи. У дорослих ВВС характеризуються неоднорідними нозологічними одиницями з різним спектром патологічних станів, ступенем тяжкості та прогнозом життя, захворювання має індивідуальний перебіг, який відображається у формуванні ступеня тяжкості вади, але ізолювано не впливає на ЯЖПЗ таких хворих, яка

зберігається на достатньому рівні. Тривожні розлади в осіб жіночої статі є більш вираженими, виявляються в усіх вікових групах і мають чітку тенденцію до погіршення з віком. Депресивні розлади серед жінок виникають пізніше й перебігають повільніше. Рівень тривоги й депресії в молодих осіб із ВВС практично відповідали показникам у здорових осіб без вроджених аномалій серця. Погіршення основних показників якості життя було виявлено з віком у старших пацієнтів. Відзначено простоту, швидкість і легкість використання в загальній медичній практиці госпітальної шкали тривоги та депресії в дорослих пацієнтів із ВСС під час оцінювання ЯЖПЗ, що дозволило окремо визначити рівень тривоги та депресії. Тому цю шкалу слід застосовувати при стандартизованому обстеженні таких хворих.

Ключові слова: тривога, депресія, вроджені вади серця, дорослі.

ВСТУП

Вроджені вади серця (ВВС) у дорослих є хронічним захворюванням [4, 11, 12]. Дорослі пацієнти з ВВС мають різні первинні діагнози, були прооперовані в дитинстві чи взагалі не мають жодного кардіологічного або кардіохірургічного втручання, тому оцінювання стану таких хворих неможливе без урахування показників, що відображають різні сфери життя (фізичне, психічне, соціальне здоров'я) [1, 5–9]. Вивчення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (ЯЖПЗ), визначення показників, асоційованих і неасоційованих із захворюванням, має диференційовано визначити вплив хвороби та її лікування на психологічний, емоційний стан хворого, його соціальний статус у суспільстві, а також є важливими високоінформативними інструментами в наданні медичної допомоги

пацієнтам як із серцево-судинною патологією, так і безпосередньо з вродженими аномаліями серця та магістральних судин [3, 10, 11, 13].

МЕТА РОБОТИ

Проаналізувати ЯЖПЗ і вивчити рівень тривоги та депресії в оперованих і неоперованих дорослих із ВВС.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Відповідно до критеріїв відбору, усім послідовним пацієнтам, які звернулись до ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії (НПМЦДКК) МОЗ України» з 1 січня 2014 року по 31 грудня 2015 року, було запропоновано заповнити розроблений нами поєднаний протокол, який складався з клініко-демографічних питань та опитувальника для оцінювання ЯЖПЗ – госпітальної шкали для виявлення тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [5]. Ця шкала розроблена для виявлення тривоги й депресії, містить дві субшкали, які складаються з 14 тверджень (7 для виявлення тривоги та 7 для виявлення депресії). Пропонуються чотири варіанти відповідей, що відображають ознаки за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність проявів) до 4 балів (максимальна вираженість). Під час інтерпретації даних ураховують сумарний показник за кожною субшкалою, при цьому виділяють три області значень: 0–7 балів – норма; 8–10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11– 21 бал – клінічно виражена тривога/депресія [2, 5]. Критеріями включення до дослідження були: наявність діагнозу ВВС згідно зі стандартизованим визначенням Mitchell S. C., вік понад 18 років,

грамотність, вільне володіння українською та російською мовами, можливість розуміння поставлених питань, усна інформована згода [4]. За наявності розумової відсталості таких пацієнтів виключали з дослідження. Усі дорослі пацієнти відповідно до віку були розподілені на 3 групи (вік від 18 до 20 років, від 21 до 40 років та група пацієнтів віком понад 41 рік).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усього було видано 598 протоколів-опитувальників. Відзначено, що 63 хворих відмовилися від проведення опитування з різних причин (незгода на збір даних, погане розуміння питань, небажання тощо) або не повернули протоколи для подальшої обробки інформації. У роботу було включено 456 послідовних дорослих із діагнозом ВВС та/або станом після перенесених кардіохірургічних втручань, які становили основну групу. З них чоловіків було 225 (49,3 %), жінок – 231 (50,7 %). Середній вік становив $27,4 \pm 0,5$ років (від 18 до 67 років). Переважна більшість пацієнтів ($n = 398$) була віком до 40 років, що становило 87,3 %, віком понад 40 років – 58 (12,7 %) хворих. Структура основної групи за гендерним і віковим розподілом наведена в таблиці 1. Контрольну групу ($n = 79$) становили практично здорові дорослі. Серед них осіб чоловічої статі було 39 (49,3 %), жіночої – 40 (50,7 %). Середній вік становив $26,9 \pm 1,2$ років (від 18 до 64 років), 10 (12,6 %) пацієнтів контрольної групи були віком понад 40 років.

Таблиця 1 Структура пацієнтів основної групи залежно від віку та статі

Стать		Вік (роки)	
18–20	21–40	41 та понад	
n	%	n	%
Чоловіки ($n = 225$)	97	43,1	106

Жінки (n = 231)	70	30,3	125
Усі (n = 456)	167	36,6	231

Аналіз клініко-демографічних показників у дорослих із ВВС виявив переважну кількість неодружених молодих осіб, які мешкають з батьками. За показниками освіти переважна більшість пацієнтів мала середню освіту (n = 229), що становило половину всіх дорослих основної групи (50,2 %). Третина пацієнтів цієї групи отримувала освіту та була представлена в групі студентів (n = 131; 28,7 %). Важливо відзначити незначну кількість дорослих, які взагалі не мали освіти (n = 20; 4,4 %), що може слугувати вагомою ознакою під час оцінювання ЯЖПЗ у таких хворих. Під час аналізу робочого статусу дорослих із ВВС досліджуваної групи привертає увагу практично однакове розподілення між пацієнтами, які займаються фізичною працею у професійному житті (n = 92; 20,2 %) та задіяні в офісній роботі (n = 105; 23 %). Така динаміка є дуже позитивною ознакою достатньої ЯЖПЗ таких хворих. Водночас практично 1/5 усіх дорослих із ВВС відзначили свій статус як «безробітний», що може вказувати на складнощі у виборі певної спеціальності чи неможливість бути адекватно задіяним у роботі за отриманим освітнім фахом.

У структурі діагнозів переважали дефекти перегородок (n = 137, 30 %),

вроджені вади аортального клапана ($n = 89$; 19 %), коарктація аорти ($n = 46$, 10 %). Відкрита артеріальна протока, тетрада Фалло, різні форми єдиного шлуночка та атріовентрикулярного (АВ) каналу, підклапанний і надклапанний аортальний стеноз, частковий і тотальний аномальні дренажі легеневих вен, аномалія Ебштейна становили від 3 до 6 % серед усіх вад серця в дорослих хворих, які були залучені в дослідження. У структурі цієї групи у 321 (70,4 %) дорослого відзначали попередні хірургічні та/або черезшкірні втручання, у 135 (29,6 %) пацієнтів на час проведення опитування не виконували жодних кардіологічних або кардіохірургічних втручань. Більшість прооперованих хворих ($n = 218$; 67,9 %) мали одне втручання з приводу ВВС, 59 (18,3 %) – 2 втручання, 32 (9,9 %) – 3 втручання, 12 (3,7 %) хворих – 4 та більше втручань.

За результатами оцінювання показників госпітальної шкали тривоги й депресії (HADS) тривожність у дорослих в основній групі виявили в межах $6,0 \pm 0,2$ балів, депресивні розлади – $4,7 \pm 0,2$ балів. Достовірних розбіжностей цих показників порівняно з контрольною групою практично здорових дорослих ($5,5 \pm 0,3$ та $4,1 \pm 0,4$ балів відповідно) виявлено не було ($p > 0,05$). Структуру досліджуваних за цією методикою показників наведено на рисунку 1. У 1/3 дорослих основної групи виявлені ознаки тривоги (субклінічної ($n = 80$; 17 %) та клінічної ($n = 63$; 14 %)), у 1/5 – ознаки депресії (субклінічної ($n = 50$; 11 %) та клінічної ($n = 47$; 10 %)).

Рисунок 1. Порівняльна оцінка результатів госпітальної шкали тривоги (а) та депресії (б) у пацієнтів основної групи

Рисунок 2
Ознаки тривоги за методикою оцінювання госпітальної шкали тривоги та депресії у пацієнтів основної групи залежно від статі (а – серед чоловіків, б – серед жінок)

Рисунок 3
Ознаки депресії за методикою оцінювання госпітальної шкали тривоги та депресії у пацієнтів основної групи залежно від статі (а – серед чоловіків, б – серед жінок)