

## Расстройства тревожно-депрессивного спектра у больных с сердечно-сосудистой патологией

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

### Резюме

Анксиозно-депрессивные расстройства представляют собой серьезную медико-социальную проблему, существенно влияя на адаптационные возможности и качество жизни больных соматического профиля. В данной работе анализируется частота встречаемости и степень выраженности коморбидных психических расстройств у больных с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца, проводится сравнительная оценка тревоги и депрессии в зависимости от пола и возраста пациентов, отражено влияние аффективных расстройств на качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, показана необходимость комплексного подхода к лечению пациентов с данной патологией.

**Ключевые слова:** тревожные расстройства, депрессивные расстройства, качество жизни, заболевания сердечно-сосудистой системы

### Введение

Интерес к проблеме расстройств тревожно-депрессивного спектра при различных сердечно-сосудистых заболеваниях определяется их широкой распространенностью, социальной значимостью, влиянием на трудоспособность. Заболевания сердечно-сосудистой системы относятся к числу психосоматических, в развитии которых существенная роль отводится психотравмирующим факторам. По данным Всемирной организации здравоохранения, в Российской Федерации смертность от сердечно-сосудистых заболеваний остается самой высокой по сравнению с экономически развитыми странами [1]. Тревожно-депрессивный спектр расстройств является коморбидным для данной патологии, влияющим не только на течение заболевания, но и ухудшающим качество жизни больных. Аффективные нарушения являются одними из наиболее распространенных патологических изменений психической сферы человека. За последние годы отмечен существенный рост уровня эмоционального стресса [2] с одновременным ростом тревожности в населении [3]. Посредством прямого патофизиологического влияния на сердечно-сосудистую систему, связанного с биологическими механизмами (изменение активности симпатно-адреналовой, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем организма, что закономерно сопровождается изменением углеводного, белкового, липидного обмена, прокоагулянтными сдвигами гемостаза, нарушением функции эндотелия сосудов [4]), тревожно-депрессивные расстройства приводят к развитию опасных для жизни клинических проявлений ИБС и других сердечно-сосудистых заболеваний. Депрессия утяжеляет течение заболеваний данного спектра, является неблагоприятным прогностическим фактором поражения органов-мишеней и независимым фактором риска смерти при артериальной гипертензии и ИБС [6].

**Целью** настоящей работы являлось установление влияния уровня тревожности и депрессии на качество жизни больных и клинические проявления ишемической болезни сердца и гипертонической болезни с учетом гендерного признака.

### Материал и методы

В работе были использованы следующие методики: шкала самооценки депрессии Цунга, шкала оценки тревожности Гамильтона (HAM-A), методика оценки качества жизни SF-36. Объектом исследования являлись пациенты ФГБУ «Саратовский НИИ кардиологии» Минздрава России и стационара соматического профиля Клинической больницы №3 с диагнозами ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь в возрасте от 27 до 85 лет.

### Результаты

Всего было обследовано 66 пациентов, удовлетворяющих критериям включения в исследование, среди которых 36 женщин и 30 мужчин. Непосредственно перед обследованием проводился сбор краткого анамнеза по ряду ключевых критериев: пол, возраст, семейное положение, материальное состояние, наличие вредных привычек (курение и злоупотребление алкогольными напитками), субъективная оценка пациентом эмоционального фона (по шкале от 1 до 5, где 1 – отсутствие эмоционального напряжения, 5 – крайняя степень выраженности эмоционального напряжения), наличие внутрисемейных конфликтов, с самооценкой конфликтности пациента (по шкале от 1 до 5, где 1 – отсутствие конфликтности, 5 – выраженная конфликтность), наличие бессонницы, беспричинной тревоги.

Частота встречаемости выявленных факторов отражена в таблице 1. Уровень эмоционального напряжения и конфликтность пациентов оценивалась по данным субъективного самоотчета.

На основе полученных данных производился расчет фактора риска возникновения заболевания (с использованием вероятностно-статистического метода путем суммирования условных единиц (баллов), присваиваемых в зависимости от наличия, отсутствия и степени выраженности того или иного критерия). Анализ результатов подсчета показывает, что у мужчин вероятный фактор риска (средний балл 10 баллов) значительно выше, чем у женщин (6 баллов),  $p < 0,05$ .

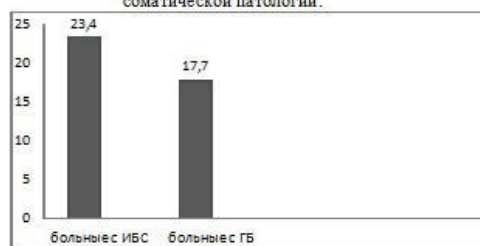
Анализ структуры соматического заболевания позволил выявить значимые в этом отношении различия: для женщин было характерным сочетание ИБС и гипертонической болезни (41,7%), для мужчин наиболее часто встречалась гипертоническая болезнь (40%), тогда как сочетание ИБС с ГБ было отмечено лишь в 12%,  $p < 0,05$ .

Согласно результатам шкалы оценки тревожности Гамильтона (HAM-A), всем пациентам с диагнозом ИБС вне зависимости от пола были свойственны паническое и тревожное состояние различной степени выраженности (средний балл 23,4), пациентам с гипертонической болезнью – более легкие состояния (от отсутствия симптомов до легких симптомов тревоги, средний балл - 17,7),  $p < 0,05$  (рис. 1).

Таблица 1. Распределение частоты встречаемости основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний для мужчин и женщин

| Факторы риска                             | Мужчины, N=30   | Женщины, N=36     |
|---|-----------------|-------------------|
| Семейное положение (развод, вдова/вдовец) | 20% (6/30 чел)  | 25% (9/36 чел)    |
| Материальное положение (недостаточное)    | 60% (18/30 чел) | 16,7% (6/36 чел)  |
| Курение                                   | 60% (18/30 чел) | 0% (0/36 чел)     |
| Употребление алкоголя (часто)             | 60% (18/30 чел) | 0% (0/36 чел)     |
| Эмоциональное напряжение                  |                 |                   |
| - отсутствие Э.Н.                         | 0% (0 чел)      | 25% (9/36 чел)    |
| - слабое Э.Н.                             | 20% (6/30 чел)  | 41,7% (15/36 чел) |
| - среднее Э.Н.                            | 20% (6/30 чел)  | 16,7% (6/36 чел)  |
| - сильное Э.Н.                            | 20% (6/30 чел)  | 16,7% (6/36 чел)  |
| - очень сильное                           | 40% (12/30 чел) | 0% (0/36 чел)     |
| Внутрисемейные конфликты (часто)          | 0% (0/30 чел)   | 0% (0/36 чел)     |
| Конфликтность:                            |                 |                   |
| - неконфликтный                           | 40% (12/30 чел) | 33,3% (12/36 чел) |
| - малоконфликтный                         | 0% (0/30 чел)   | 33,3% (12/36 чел) |
| - умеренно конфликтный                    | 0% (0/30 чел)   | 16,7% (6/36 чел)  |
| - конфликтный                             | 40% (12/30 чел) | 16,7% (6/36 чел)  |
| - очень конфликтный                       | 20% (6/30 чел)  | 0% (0/36 чел)     |
| Бессонница (наличие)                      | 80% (24/30 чел) | 100% (36/36 чел)  |
| Беспричинная тревога (наличие)            | 90% (27/30 чел) | 91,7% (33/36 чел) |
| Наследственная отягощенность (наличие)    | 80% (24/30 чел) | 83,3% (30/36 чел) |

Выраженность тревожного компонента по шкале HAM-A в зависимости от соматической патологии.



Выраженность тревожного компонента по шкале HAM-A в зависимости от гендерного фактора

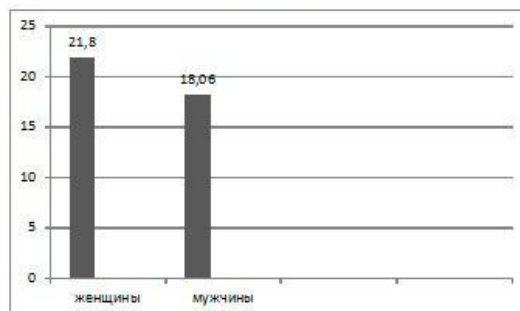


Рисунок 2

Всем женщинам, без учета варианта соматической патологии, были присущи более тяжелые формы тревожных состояний (средний балл 21,8), в сравнении с мужчинами (18,6), тем не менее, различия степени достоверности не достигали (рис. 1).

Максимальный балл тревоги, как среди мужчин, так и среди женщин, отмечен в группе лиц с наличием вредных привычек (курение от 10 до 20 сигарет в день и периодическое употребление крепких алкогольных напитков) и недостаточным материальным положением.

При оценке качества жизни получен ряд различий по гендерному признаку. Повседневная деятельность женщин (рис. 2) была значительно ограничена физическим состоянием (RP), периодическими болями (BP) на фоне ухудшения эмоционального состояния (RE). Мужчины игнорировали данные факторы и продолжали вести более активный образ жизни (рис. 2). При этом, как для мужчин, так и для женщин было характерным наличием низкого уровня психологического компонента здоровья (MCS).

Анализ результатов шкалы самооценки депрессии Цунга свидетельствует, что 63,63% пациентам присущи субдепрессивные состояния или маскированная депрессия, 18,18% - истинные депрессивные состояния, 13,63% - легкая депрессия ситуативного или невротического генеза и 4,54% - состояния без депрессии, при этом гендерных различий получено не было. Структура депрессивного компонента в зависимости от типа соматического состояния значительно не отличалась (на рисунке 3: 1 - состояние без депрессии, 2 - легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, 3 - субдепрессивное состояние, 4 - истинное депрессивное состояние).

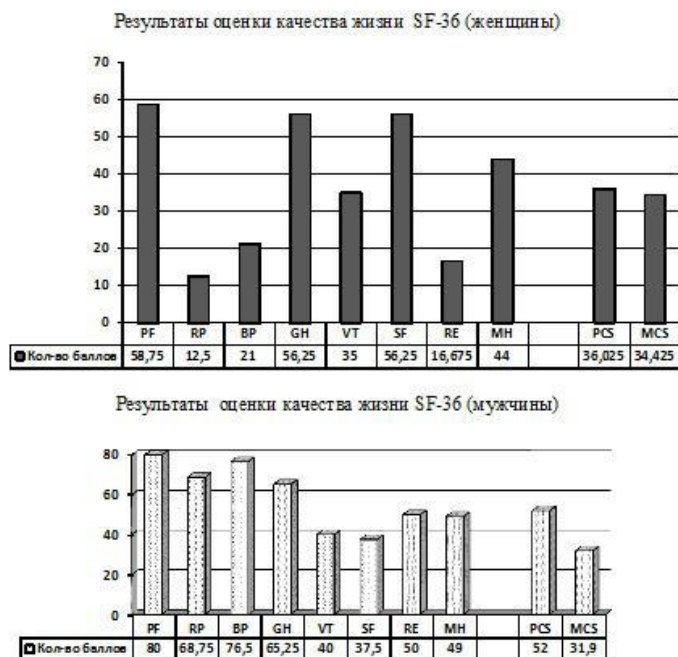


Рисунок 3

Распределение депрессивных состояний (по Цунгу) среди пациентов с ИБС и гипертонической болезнью

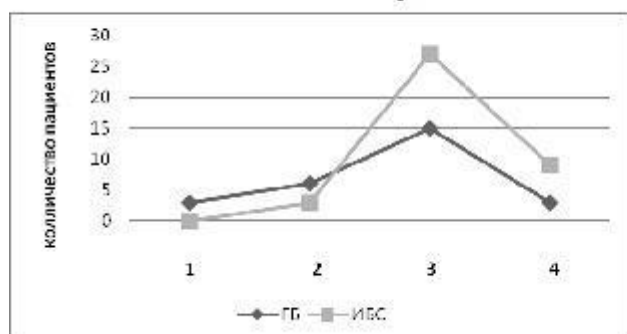


Рисунок 4

### Заключение

Результаты, полученные в ходе работы, согласуются с ранее проведенными аналогичными исследованиями в группе пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в сравнении со здоровыми [5]. Несомненно, имеющиеся тревожно-депрессивные расстройства являются основанием для присоединения к классической схеме лечения ИБС или ГБ психотерапевтической коррекции и медикаментозной психотропной терапии. Имеются основания считать, что подключение антидепрессантов может способствовать редукции риска сердечно-сосудистых катастроф [6] и облегчению течения сердечно-сосудистых заболеваний, улучшить их прогноз и качество жизни больных.

### Литература

1. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика. Под ред. А.М. Вейна. М.: Медицинское информационное агентство, 2000; 725 с.
2. Чазов Е.И. Ишемическая болезнь сердца и возможности повышения эффективности ее лечения. *Клинические исследования лекарственных средств в России* 2001; (1): 2–4.
3. Гафаров В.В., Гагулин И.В. Популяционное исследование социально-психологических факторов риска ишемической болезни сердца в мужской популяции Новосибирска. *Терапевтический архив* 2000; 72(4): 40–43.
4. Kubzansky L.D., Kawachi I., Weiss S.T., Sparrow D. Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence. *Ann Behav Med* 1998; 20(2): 47–58.
5. Ибатов А.Д. Влияние тревожных расстройств на течение ишемической болезни сердца. *Русский медицинский журнал* 2007; 15(20).
6. Ромасенко Л.В. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика* 2009; (3-4): 8-10.