

УДК 616.89-008.454:616.12-009.7

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Михайлова А.О., Лекерова А.Г., Андреева А.П.

Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова

e-mail: anytochca21@mail.ru

Самой частой соматической патологией, при которых встречаются депрессивные состояния (ДС) является патология сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования – определить частоту ДС, коморбидных состояний и наиболее значимые факторы, играющие роль в возникновении ДС.

Материалы и методы. Опрошены 70 пациентов (38 мужчин и 32 женщины) в возрасте от 42 до 87 лет (средний возраст – $63,8 \pm 11,7$ года), находящихся на лечении в кардиологических отделениях «Вторая городская больница» и «Республиканская клиническая больница» г. Чебоксары. Использовалась анкета, учитывающая клинико-социальные показатели. ДС определялись по «Скрининговому опроснику для выявления расстройств аффективного спектра», шкалам Пишо и депрессии Гамильтона.

Результаты: Факторами, предрасполагающими к развитию ДС, оказались возраст, женский пол, занятость, образование, наличие группы инвалидности.

Выводы: Полученные данные позволяют прогнозировать развитие ДС у кардиологических больных и дифференцированно использовать лечебно-профилактические мероприятия, чтобы повысить качество жизни и его приверженность к лечению.

Ключевые слова: расстройства депрессивного спектра, сердечно-сосудистые заболевания, расстройства сна, скрининг.

DEPRESSIVE DISORDERS IN CARDIAC PATIENTS

Mikhailova A.O., Lekerova A.G., Andreeva A.P.

The Chuvash state university named after I.N. Ulyanov

e-mail: anytochca21@mail.ru

The most frequent somatic pathology, i.e. pathologies in the cardiovascular system, are related with Depressive States (DS).

The aim of the study is to determine the frequency of such disorders, comorbid conditions and the most significant factors that play a role in the emergence of DS.

Material and methods: A total of 70 patients (38 men and 32 women) aged 42 to 87 years (average age – 63.8 ± 11.7 years) treated in the cardiology departments of the Second City Hospital and the Republican Clinical Hospital in Cheboksary were interviewed. A questionnaire was used that took into account clinical and social indicators, such as "Screening questionnaire for the Detection of Affective Spectrum Disorders", Pichot and Hamilton depression rating scales.

Results: The factors predisposing to the development of DS were: age, female gender, employment, education and the presence of preexisting group disabilities.

Conclusions: the obtained data allows the prediction of the development of DS in cardiac patients and differentiating the use of therapeutic and preventive measures to improve the quality of life and its adherence to treatment.

Key words: disorders of the depressive spectrum, cardiovascular diseases, sleep disorders, screening.

Актуальность

Депрессивные состояния (ДС) относятся к наиболее распространённым психическим расстройствам, наблюдающихся у больных общемедицинской сети. ДС являются одним из факторов, снижающих работоспособность населения. Самой частой патологией, при

которой встречается депрессия, являются болезни сердечно-сосудистой системы [7-10]. По данным некоторых современных зарубежных исследований, частота ДС среди пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), находящихся в стационаре, достигает 31%. Предполагают, что эта цифра может существенно возрасти, если к ней прибавить 10-15% наблюдений с субсиндромальными депрессиями [4].

Значение ДС, коморбидных заболеваний сердечно-сосудистой системы, определяется не только высокой распространенностью этих аффективных расстройств. Депрессия и ИБС находятся в реципрокных отношениях: каждая из этих заболеваний утяжеляет течение другого [4]. ИБС может явиться причиной развития и видоизменения течения депрессии [6, 10]. Инфаркт миокарда (ИМ) нередко становится психотравмирующим фактором, с воздействием которого связано возникновение нозогенной депрессии [7, 8]. Обострение ИБС может провоцировать наступление очередной депрессивной фазы эндогенной природы. Когда ИМ совпадает с уже развернутой депрессией, последняя чаще всего приобретает затяжной характер, а иногда течение аффективной болезни становится хроническим (дистимия, хроническая депрессия) [4].

В свою очередь, депрессии рассматриваются как независимый фактор риска развития кардиоваскулярных заболеваний [6-10]. Аффективные расстройства могут не только провоцировать ИБС или ИМ, но и оказывать влияние на клинические проявления кардиологического заболевания: ассоциируются с тяжёлым течением (рецидивирующие, продолжительные приступы стенокардии, нарушения сердечного ритма), высокой частотой коронарных катастроф [4].

Депрессивные расстройства в настоящее время рассматриваются в качестве важного фактора, повышающего смертность у больных ИБС [7-9]. Так, при сравнении данных о летальности после ИМ у больных, не обнаруживающих аффективных расстройств, и у лиц, страдающих депрессией, оказывается, что наряду с общей характеристикой – закономерным повышением показателя смертности в течение первых 6 мес. после ИМ и его стабилизацией в последующие 12 мес. – доля умерших при сочетании ИМ с депрессией не менее чем в 5 раз выше [4].

Цель исследования – определить частоту ДС, коморбидных ИБС и выявить наиболее значимые факторы, играющие роль в возникновении РДС на основании комплексного изучения психического состояния, внутреннего потенциала личности с использованием опросников для выявления депрессий, а также социальных характеристик пациентов.

Материал и методы исследования

Опрошены 70 пациентов (38 мужчин и 32 женщины) в возрасте от 42 до 87 лет (средний возраст – $63,79 \pm 11,73$), находящихся на лечении в кардиологических отделениях «Вторая городская больница» (ВГБ) и «Республиканская клиническая больница» (РКБ) г. Чебоксары.

Использовалась анкета, учитывающая клинико-социальные показатели. Для диагностики депрессии использовались «Скрининговый опросник для выявления расстройств аффективного спектра» [2], шкалы Пишо [3] и депрессии Гамильтона [4].

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (расчет среднего значения – М, стандартного отклонения – SD), критерия Пирсона (χ^2) для таблицы – 2×2 и корреляционного анализа [1].

Результаты и обсуждения

В процессе наблюдения и беседы у 36 больных (51,4%) наблюдалось пониженное настроение, чувство вины, упадок сил и энергии, разочарование в себе, расстройство сна, снижение интереса к деятельности, потеря удовольствия от ранее приятного, беспокойство, раздражительность, угнетенность, тревога, соматические ее проявления, тяжесть в конечностях, спине, потеря веса, суточные колебания настроения, слабо выраженные обсессивные расстройства в виде навязчивых мыслей.

Среди всех случаев расстройств депрессивного спектра (РДС) (36) выделены следующие виды депрессий: витальная (12 человек – 30,8%), соматизированная (25,6%), тревожная (20,5%), агрипническая (7,7%), самоистязающая (5,1%), апатическая (5,1%), астеническая (5,1%). Витальная депрессия у больных проявлялась пониженным настроением, подавленностью, тоской, тревогой, чувством вины. Соматизированная депрессия характеризовалась преобладанием жалоб на головные боли, боли в области сердца, сердцебиение, повышенное потоотделение, сухость во рту, одышка, ощущения тяжести в мышцах конечностей, спины и расстройства сна над пониженным настроением, снижением интересов, побуждений к деятельности и над снижением энергии. При тревожной депрессии наблюдались подавленность и преобладание психических проявлений тревоги (внутреннее напряжение, беспокойство, опасения за будущее), сопровождаемое в некоторых случаях головной болью, двигательным возбуждением. Для агрипнической депрессии характерно наличие, в основном, жалоб на расстройства сна (трудности при засыпании, требуется более получаса, чтобы заснуть; беспокойный сон; повторное засыпание после раннего пробуждения). Самоистязающая депрессия проявлялась у исследуемых чувством виновности, самоупреками. Для апатической депрессии у больных было характерно снижение побуждений к деятельности, активности, наличие чувства безисходности, угнетенности. У пациентов с астенической депрессией наблюдались ощущение упадка сил, отсутствие энергии, невозможность выполнить вещи, которые были привычны, жалобы на физическое бессилие [4].

Как видно из табл. 1, женщины больше подвержены возникновению депрессии. Так соотношение мужчин и женщин по данным «Скрининговый опросник для выявления расстройств аффективного спектра» составляет 6:9, шкалы Пишо – 5:12, шкалы Гамильтона – 7:11 ($p<0,05$).

Таблица 1

ДС в группах обследованных больных, %

Признаки		Число больных	Скрининговый опросник	Шкала Пишо	Шкала Гамильтона
Пол	Оба пола	n=70	72,9	24,3	51,4
	Мужской	n=38	63,2	13,2	36,8
	Женский	n=32	84,4	37,5	68,8
Наименование ЛПУ	ВГБ	n=19	84,2	26,3	68,4
	РКБ	n=51	68,6	23,5	45,1
Диагноз	ИМ	n=29	58,6	24,1	44,8
	Прочее	n=41	82,9	24,4	56,1

Таблица 2

ДС и социально-демографические особенности больных, %

Признаки		Методика опроса	Скрининговый опросник	Шкала Пишо	Шкала Гамильтона
Возраст	42-65 лет	n=41	61	12,2	41,5
	66-87 лет	n=29	89,7	41,4	65,5
Образование	Начальное и среднее	n=14	78,6	57,1	78,6
	Среднее специальное	n=35	80	22,9	54,3
	Высшее	n=21	57,1	4,8	28,6
Наличие работы	Да	n=22	68,2	0	18,2
	Нет	n=48	75	35,4	66,7
Наличие инвалидности	Да	n=21	85,7	52,4	81
	Нет	n=49	67,3	12,2	38,8

В нашем исследовании мы разделили всех пациентов на 2 возрастные группы: 42-65 лет (41 человек) и 66-87 лет (29). В возрастной группе от 42 до 65 лет по результатам «Скрининговый опросник для выявления расстройств аффективного спектра» РДС встречается у 25 человек, по шкале Пишо – у 5, по шкале Гамильтона – у 17. В возрасте от 66 до 87 лет по «Скрининговому опроснику» депрессия есть у 26 человек, шкале Пишо – у 12 из 29, шкале Гамильтона – у 19 из

29. Таким образом, с увеличением возраста пациентов увеличивается частота встречаемости РДС (табл. 2).

Число работающих составило 22. Количество не работающих, не достигших пенсионного возраста составило 4. Из данных наблюдений видно, что из 22 работающих признаки депрессии выявлены у 15 пациентов на основании «Скрининговый опросник для выявления расстройств аффективного спектра», у 4 по шкале Гамильтона, и отсутствие её на основании шкалы Пишо. Из 4 неработающих, не достигших пенсионного возраста, по результатам «Скрининговый опросник для выявления расстройств аффективного спектра», также как и по результатам шкалы Гамильтона, только у 1 отсутствует РДС, против 3, по результатам шкалы Пишо депрессия есть у 1 из 4. Следовательно, наличие депрессии у не работающих встречается чаще, чем у работающих.

При рассмотрении влияния уровня образования на риск возникновения депрессии получены такие показатели:

1) для «Скрининговый опросник для выявления расстройств аффективного спектра» характерно то, что пациенты с начальным образованием, имеющие ДС, составляют 75%, со средним образованием – 80%, со средним специальным образованием – 80%, с высшим образованием – 57,1%;

2) по шкале Пишо депрессия встречается в 75% случаев, со средним образованием – в 50%, со средним специальным образованием – в 22,9% и с высшим образованием – в 4,8% случаев;

3) по шкале Гамильтона у 75% пациентов с начальным образованием имеется РДС, со средним образованием – у 80%, со средним специальным образованием – у 54,3% и с высшим образованием – у 28,6%.

Из полученных результатов видно, что по мере увеличения уровня образования уменьшается частота депрессий, особенно хорошо это выражено на примере шкалы Пишо.

При определении связи между наличием инвалидности и развитием депрессии экстенсивные показатели оказались следующими: 85,7% лиц из всех имеющих инвалидность, 67,3% лиц из всех не имеющих инвалидность (по данным «Скрининговый опросник для выявления расстройств аффективного спектра»), 52,4% и 12,2% – соответственно по данным шкалы Пишо, 81% и 38,8% – по данным шкалы Гамильтона. Таким образом, пациенты с инвалидностью имеют повышенный риск возникновения депрессии по сравнению с пациентами, не имеющих инвалидность.

Экстенсивные показатели, характеризующие наличие ДС для ВГБ и РКБ соответственно равны 80% и 70% (по результатам «Скрининговый опросник для выявления расстройств аффективного спектра»), 25% и 24% (по результатам шкалы Пишо), 65% и 46% (по результатам шкалы Гамильтона). Отсюда можно сделать вывод, что частота встречаемости депрессии в ВГБ выше, чем в РКБ.

Анализируя табл. 1, можно утверждать, что по данным «Скрининговый опросник для выявления расстройств аффективного спектра» из 29 больных с ИМ больше половины (58,6%) имели депрессию, а из 41 больных другими сердечно-сосудистыми заболеваниями 82,9%; по данным шкалы Пишо у больных с ИМ депрессия наблюдалась у 24,1%, с прочими сердечно-сосудистыми заболеваниями – у 24,4%; по данным шкалы Гамильтона у 44,8% и 56,1% соответственно.

Кроме того, необходимо учитывать влияние лекарственных препаратов, принимаемых больными с сердечными заболеваниями, на возникновение ДС. Каждый исследуемый пациент принимал как минимум один препарат, ассоциируемый с возникновением депрессии: б-блокаторы (карведилол, конкор, бисопролол, метопролол, соталол, коронал); блокаторы кальциевых каналов (амлодипин, престанс); статины (аторвастатин, мертенил, аторис), либо их сочетание. Также многим пациентам назначаются препараты, применяемые для лечения других заболеваний, в профилактических целях, например, омепразол, фамотидин, в побочные эффекты которых входит депрессия. Это наводит на мысль, что высокая частота депрессий у пациентов с ИБС, в некоторой степени объясняется применением вышеперечисленных препаратов.

По всем трем опросникам ДС обнаружены у 15 пациентов, что составляет 21,4%. Из них 12 – это женщины в возрасте 57-81 лет, и 3 – мужчины 51, 77, 87 лет. Инвалидность имели 11 человек, образование в основном среднее и среднее специальное. ИМ встречался у 5 из 11 пациентов, которые лечились в БУ «Республиканская клиническая больница» и у 4 – в БУ «Вторая городская больница». Пациенты принимали карведилол, аторвастатин, лористу, бисопролол, омепразол, каптоприл, дигоксин, амлодипин, аторис, метопролол, элзепам, фамотидин. Основные препараты, которые были назначены больным это: бисопролол, карведилол или метопролол, аторвастатин или аторис, фамотидин или омепразол, элзепам. Следует отметить, что каждый из этих пациентов принимал хотя бы один бета-блокатор (метопролол, бисопролол или карведилол).

Расстройство сна выявлены и по шкале Гамильтона, и по данным «Скрининговый опросник для выявления расстройств аффективного спектра» у 38 (54,3%) исследованных. Нарушение сна по всем трем параметрам по шкале Гамильтона – у 22 (31,4%). Из числа лиц, которые имеют депрессию по всем трем опросникам (15 человек), 13 имеют нарушение сна одновременно и по скринингу, и по шкале Гамильтона. Это говорит о том, что ДС и расстройство сна часто сопровождают друг друга (табл. 3).

Таблица 3

Нарушения сна у обследованных больных

Признаки	Бессонница			Нарушение сна (скрининговый опросник)
	Ранняя	Средняя	Поздняя	

Пол	Оба пола	36	33	33	43
	Мужской	16	17	15	17
	Женский	20	16	18	26
Наименование ЛПУ	ВГБ	17	11	13	18
	РКБ	19	22	20	25
Диагноз	ИМ	13	14	11	15
	Прочее	23	19	22	28
Наличие депрессии по трем опросникам	ДС (15 человек)	13	9	13	13
Отсутствие депрессии по трем опросникам	55 человек	23	24	20	30

Сравнивая результаты, полученные на основании «Скрининговый опросник для выявления расстройств аффективного спектра» [2], шкалы Пишо [3], шкалы Гамильтона [4], можно пронаблюдать следующее. По результатам трех опросников установлены одинаковые закономерности: 1) женщины более подвержены развитию депрессии, чем мужчины; 2) с увеличением возраста увеличивается частота ДС; 3) у не работающих лиц депрессии встречаются чаще, чем у работающих; 3) чем выше уровень образования, тем меньше число ДС у исследованных; 4) при наличии группы инвалидности, депрессии наблюдаются чаще.

Проанализировав данные, можно сказать, что по результатам «Скрининговый опросник для выявления расстройств аффективного спектра» [2] выявляется широкий спектр депрессивных расстройств, включая депрессии на начальном этапе своего развития. Более узкий спектр расстройств, включающий выраженные депрессивные состояния, выявлен с использованием шкалы Пишо [3].

Наши результаты находят подтверждение в литературе. Так, выявление РДС связано с возрастом больных, более низким уровнем образования, наличием 2 и 3 группы инвалидности [4], что совпадает с нашими результатами.

Заключение

РДС выявлено у половины всех исследованных (у 36 пациентов из 70). Это свидетельствует о том, что у каждого второго пациента с ИБС возможно наличие депрессивного расстройства. Данный факт необходимо учитывать в процессе ведения и лечения больного, так как наличие депрессии снижает комплаентность пациента. Практически всем пациентам с заболеваниями

сердца назначаются препараты, один из которых в качестве побочных эффектов может вызывать депрессию.

По результатам исследования выявлены факторы предрасполагающие к развитию РДС: 1) возраст (с увеличением возраста увеличивается вероятность развития РДС; 2) пол (наиболее подвержены развитию депрессий женщины в отличие от мужчин); 3) занятость (наличие депрессии у не работающих встречается чаще, чем у работающих); 4) образование (у лиц с высшим образованием число случаев с РДС меньше случаев без РДС, и наоборот, у лиц со средним и начальным образованием количество РДС превышает количество случаев без РДС); 5) наличие группы инвалидности (пациенты с инвалидностью имеют повышенный риск возникновения депрессии по сравнению с пациентами, не имеющих инвалидность).

Полученные данные позволяют прогнозировать развитие ДС у пациентов, и рекомендовать профилактические мероприятия для предотвращения их возникновения, а также поменять тактику ведения пациента при развитии легкой депрессии, чтобы не снизить его приверженность к лечению.

Список литературы

1. *Гартфельдер Д.В., Голенков А.В.* Методы статистического анализа в психологии и медицине: учеб.-метод. пособие. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2007. 154с.
2. *Краснов В.Н.* Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 432с.
3. *Медицинская психология: практикум / Отв. ред. А.В. Голенков.* Чебоксары, 2002. 100 с.
4. *Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В.* Психокardiология. М.: Медицинское информационное агентство, 2005. 784 с.
5. *Сомнология и медицина сна.* Полуэктов М.Г., Аристакесян Е.А., Бузунов Р.В., Ватаев С.И., Голенков А.В., Гольбин А.Ц., Завалко И.М., Ковальзон В.М., Колесникова Л.И., Корабельникова Е.А., Левин О.С., Литвин А.Ю., Ляшенко Е.А., Мадаева И.М., Михайлов В.А., Мустафаев Д.М., Оганесян Г.А., Пальман А.Д., Пигарев И.Н., Пигарева М.Л. и др. *нац. рук. памяти А.М. Вейна и Я.И. Левина / Под ред. М.Г. Полуэктова.* М., 2016. 664 с.
6. *Chauvet-Gelinier J.C., Bonin B.* Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation // *Ann. Phys. Rehabil. Med.* 2017. Jan. Vol. 60, N1. P. 6-12.
7. *Feng H.P., Chien W.C., Cheng W.T., Chung C.H., Cheng S.M., Tzeng W.C.* Risk of anxiety and depressive disorders in patients with myocardial infarction: A nationwide population-based cohort study // *Medicine (Baltimore).* 2016. Aug. Vol. 95, N34: e4464.
8. *Larsen K.K.* Depression following myocardial infarction--an overseen complication with prognostic importance // *Dan. Med. J.* 2013. Aug. Vol 60, N8 : B4689.

9. *Matsuda R., Kohno T., Kohsaka S., Fukuoka R., Maekawa Y., Sano M., Takatsuki S., Fukuda K.* The prevalence of poor sleep quality and its association with depression and anxiety scores in patients admitted for cardiovascular disease: A cross-sectional designed study // *Int. J. Cardiol.* 2017. Feb. Vol. 1, N228. P. 977-982.

10. *Tušek-Bunc K., Petek D.* Comorbidities and characteristics of coronary heart disease patients: their impact on health-related quality of life // *Health Qual. Life Outcomes.* 2016. Nov. 15. 14, N1:159.