

Комплексная реабилитация пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами

А.Н.Репин¹, Е.В.Лебедева², Т.Н.Сергиенко¹, Р.С.Карпов¹

¹НИИ кардиологии СО РАМН, ²НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск

Резюме. У пациентов кардиологического стационара ишемическая болезнь сердца (ИБС) в 43% случаев сочетается с клинически значимыми тревожными и депрессивными расстройствами. Коморбидность коронарной болезни и тревожно-депрессивных расстройств чаще встречается у женщин, чем у мужчин (40% против 22%), и у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование. Депрессивные расстройства существенно утяжеляют течение ИБС в связи с частым развитием инфарктов миокарда, низкой толерантностью к физической нагрузке и отказом пациентов от эндоваскулярного и хирургического лечения. На фоне терапии антидепрессантами группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) наряду с редукцией тревожных и депрессивных расстройств отмечено улучшение клинического течения ИБС по синдромам стенокардии и сердечной недостаточности. При длительном приеме СИОЗС не наблюдали серьезных побочных эффектов. Предлагаемая схема совместного динамического наблюдения, лечения и реабилитации пациентов рабочей группой кардиологов и психиатров в рамках биопсихосоциальной модели реабилитации является эффективной. Она может широко использоваться в кардиологии, особенно в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, биопсихосоциальная реабилитация, тревожно-депрессивные расстройства, аффективные расстройства, антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, флувоксамин, аортокоронарное шунтирование, чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика.

Comprehensive rehabilitation of patients with coronary heart disease concurrent with anxiety and depression disorders

A.N. Repin¹, E.V. Lebedeva², T.N. Sergienko¹, R.S. Karpov¹

¹Cardiology Research Institute, Siberian Branch, Russian Academy of Medical Sciences,

²Research Institute of Mental Health, Siberian Branch, Russian Academy of Medical Sciences, Tomsk

Summary. In cardiological inpatients, coronary heart disease (CHD) is concurrent with clinical anxiety and depression disorders in 43% of cases. Comorbidity of coronary disease and anxiety and depression disorders is more frequently encountered among women than among men (40 versus 22%) and among post-aortocoronary bypass patients. Depressive disorders substantially worsen the course of CHD due to the frequent development of myocardial infarction, low exercise endurance, and patients' refusal to have endovascular and surgical treatments. Therapy with selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants caused a reduction in anxiety and depression disorders along with the improved clinical course of CHD, as evidenced from angina pectoris and heart failure. No serious side effects were observed during continuous SSRI use. The proposed regimen for the joint follow-up, treatment, and rehabilitation of patients by a working group of cardiologists and psychiatrists within a biopsychosocial model of rehabilitation is effective. It may be extensively used in cardiology, in the outpatient setting in particular.

Key words: coronary heart disease, biopsychosocial rehabilitation, anxiety and depression disorders, affective disorders, antidepressants, selective serotonin reuptake inhibitors, fluvoxamine, aortocoronary bypass surgery, percutaneous transluminal coronary angioplasty.

Сведения об авторах:

Репин Алексей Николаевич – д-р мед. наук, проф., рук. отд. реабилитации НИИ кардиологии СО РАМН (E-mail: ran@cardio.tsu.ru)

Лебедева Елена Владимировна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отд. аффективных состояний НИИ психического здоровья СО РАМН (E-mail: lebedevaev@sibmail.com)

Сергиенко Татьяна Николаевна – канд. мед. наук, науч. сотр. отд. реабилитации НИИ кардиологии СО РАМН (E-mail: orb3@cardio.tsu.ru)

Карпов Ростислав Сергеевич – акад. РАМН, дир. НИИ кардиологии СО РАМН (E-mail: tvk@cardio.tsu.ru)

Контактный адрес:

Репин Алексей Николаевич – д-р мед. наук, проф., рук. отд. реабилитации НИИ кардиологии СО РАМН (E-mail: ran@cardio.tsu.ru; ran_12@mail.ru)

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является важнейшим фактором заболеваемости и смертности населения во всем мире. В последние годы отмечаются значительные успехи в лечении ИБС и предупреждении ее тяжелых осложнений, связанные с активным внедрением высокотехнологических вмешательств на коронарных сосудах – операций аортокоронарного шунтирования (АКШ) и чрескожной транскатетерной коронарной ангиопластики (ЧТКА) со стентированием. В то же время серьезное влияние на течение и прогноз ИБС оказывают психоэмоциональные нарушения, в первую очередь тревожно-депрессивные расстройства (ТДР). Данные эпидемиологических исследований показывают, что у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) депрессия и ТДР встречаются значительно чаще, чем в среднем в популяции (20–40% против 2,5–10%) [1].

Депрессия является фактором риска развития ИБС. Она связана с заболеваниями сердечно-сосудистой системы двумя механизмами: патофизиологическим и поведенческим. Патофизиологический механизм реализуется через активацию гипоталамо-гипофизарной и симпатoadrenalовой систем, подавление активности серотонинергической системы, активацию цитокинов, простагландинов, тромбоцитов. Поведенческий механизм определяет гиподинамию, социальную изоляцию, переедание и несоблюдение диеты, курение, алкоголизацию, некомплаентность. В конечном счете развитие ТДР после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) серьезно ухудшает прогноз заболевания [2].

Воздействия вмешательств при проведении реабилитации пациентов с ИБС и сочетанными депрессивными расстройствами носят биопсихосоциальную направленность и касаются каждого из этих механизмов. Предпринимались серьезные исследования с применением антидепрессантов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) у пациентов с ИБС, перенесенным ИМ, коморбидными ТДР. Лечение антидепрессантом сергилином достоверно снижало риск повторного ИМ и совокупный кардиоваскулярный риск при хорошей переносимости лечения [3–5]. В то же время при значимом повышении качества жизни пациентов, нормализации настроения на фоне приема антидепрессантов не удалось показать уменьшения смертности от ИБС.

Антидепрессанты могут влиять на динамику депрессивных проявлений и симптомов ИБС через патофизиологическое воздействие (снижение активности гипоталамо-гипофизарной системы, симпатoadrenalовой системы, активацию серотонинергической системы, подавление тромбоцитарной активности), а также через влияние на поведенческие механизмы (анорексигенный эффект, повышение двигательной активности, расширение социальных контактов и планов на будущее, увеличение комплаентности) [6].

СИОЗС редко вызывают серьезные побочные эффекты, поэтому данные антидепрессанты рекомендованы в кардиологии и общей медицинской сети [7].

Сложность проведения лечения и реабилитации у данных пациентов определяется отсутствием у терапевтов и кардиологов минимальных навыков диаг-

ностики ТДР и применения антидепрессантов. Отдельным вопросом остается частота встречаемости и возможности терапии депрессий при проведении ЧТКА и АКШ, хотя многие авторы проводили диагностику и вмешательства при ТДР в кардиологии [8–10]. Наиболее перспективной нам представляется совместная работа врачей разных специальностей, направленная на предупреждение и коррекцию пограничных психических расстройств в рамках межинститутского сотрудничества [11]. Приведенные данные свидетельствуют о необходимости междисциплинарного подхода к организации изучения проблемы, реализации комплексных реабилитационных программ для пациентов, страдающих ИБС и психическими расстройствами.

Цель исследования: оценить частоту встречаемости ТДР у разных групп больных ИБС, возможность и эффективность комплексной терапии и реабилитации данных пациентов при динамическом наблюдении.

Материалы и методы

В отделении реабилитации больных НИИ кардиологии СО РАМН обследованы пациенты с хронической ИБС (n=760): из них 555 (73%) мужчин и 205 (27%) женщин. Средний возраст женщин составил 64,1±9,9 года, мужчин – 57,5±9,9 года (p=0,0000001).

Обследование и ведение больных проводила комплексно рабочая группа кардиологов и психиатров (модель биопсихосоциальной реабилитации). Под биопсихосоциальной реабилитацией нами понимается система вмешательств, направленных на устранение болезненных проявлений (боли, одышки, отеков, подавленности или тревоги и др.) и восстановление нарушенного вследствие заболевания психосоциального функционирования. Подразумевается, что люди, страдающие хроническими заболеваниями, переживают свою болезнь не только как боль или нарушение функций тела. Они воспринимают болезнь сердца как состояние, угрожающее жизни. ССЗ связываются ими с ограничениями во всех основных сферах общественной жизни.

При работе в междисциплинарной команде нами использованы следующие методы: консультирование, совместное наблюдение и ведение, психотерапевтическая и психиатрическая помощь, подготовка пациентов к инвазивным вмешательствам, амбулаторное наблюдение больных, а также взаимное обучение врачей-кардиологов и психиатров.

Критерии включения пациентов в исследование:

1. Информированное согласие пациента на исследование.
2. Возраст старше 18 лет.
3. ИБС (стабильная стенокардия II–III функционального класса – ФК, перенесенный ИМ), диагностированная в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК.
4. Выявленные аффективные (депрессивные) расстройства (рубрика F3 по МКБ-X).

Критерии исключения:

1. Отказ пациента от исследования.
2. Умеренная и тяжелая деменция.
3. Другие тяжелые органические заболевания головного мозга с выраженными когнитивными наруше-

ниями (энцефалиты, менингиты, последствия черепно-мозговой травмы).

4. Психические заболевания (шизофрения, алкогольная зависимость в период употребления и др.).
5. Острый ИМ или нестабильная стенокардия.
6. Пароксизмальные нарушения ритма.
7. Хроническая почечная и/или печеночная недостаточность.

Все пациенты проходили общеклиническое и лабораторное обследование, ЭхоКГ, тест 6-минутной ходьбы (ТШХ), велоэргометрию (ВЭМ) с определением толерантности к физической нагрузке (ТФН), скрининг госпитальной шкалой тревоги и депрессии (HADS), шкалой самооценки социального функционирования. При выявлении повышенного уровня тревоги и депрессии пациенты заполняли шкалы самооценки депрессии Бека и тревоги Шихана.

При наличии симптомов психических расстройств, по данным самоопросников, и информированном согласии пациента проводили консультацию психиатра с целью уточнения диагноза и выбора способа коррекции выявленных расстройств. При диагностике расстройств тревожно-депрессивного спектра и согласии пациентов на терапию их психическое состояние оценивали с помощью стандартизированных инструментов: шкалы депрессии Монгомери–Асберга (MADRS), тревоги Гамильтона (HARS), шкалы глобального клинического впечатления (CGI), шкалы оценки побочных эффектов (UCU). Для лечения депрессивных расстройств психиатр назначал антидепрессанты из группы СИОЗС. Предпочтительной была монотерапия, чаще использовался флувоксамин (Феварин, «Сольвей-Фарма») в дозах 50–100 мг/сут в связи с наличием седативного действия у данного антидепрессанта. Пациентам также предлагали сеансы краткосрочной психотерапии с использованием гуманистического, когнитивно-поведенческого, рационального подходов.

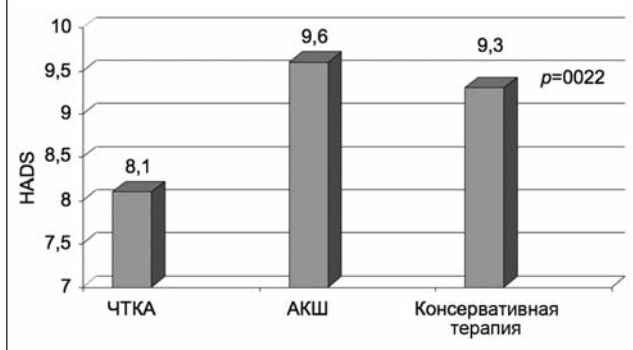
Всем пациентам проводили общепринятую консервативную терапию ИБС, включавшую антиагреганты (аспирин и клопидогрель), блокаторы β -адренорецепторов, статины, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), антагонисты кальция и нитраты при необходимости.

Далее в зависимости от выбора метода терапии ИБС были сформированы три группы пациентов: группа 1 – ЧТКА со стентированием ($n=175$); группа 2 – АКШ ($n=137$); группа 3 – консервативная терапия ($n=448$).

Всем больным проводили общепринятую консервативную терапию стенокардии и хронической сердечной недостаточности (ХСН), обучение в школах больных с ИБС, дозированные физические тренировки. Далее пациентов ориентировали на санаторный и амбулаторный этапы реабилитации. В динамике спустя 6 и 12 мес от начала наблюдения эти пациенты с депрессивными расстройствами были повторно осмотрены кардиологом и психиатром, оценено соматическое и психическое состояние, проведены повторные исследования.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ «Statistica-8,0». Для оценки параметрических данных использовали Т-критерий Стьюдента для зависимых и независимых групп; альтернативно Т-критерию при отсутствии нормального распределения признаков ис-

Рис. 1. Выраженность депрессивных симптомов по шкале HADS у пациентов с разными видами терапии ИБС.



пользовали критерий Манна–Уитни и критерий Вилкоксона, χ^2 – для оценки частот.

Результаты

Всего психиатром были осмотрены 418 человек. У пациентов с ИБС тревога выявлена в 49,6% случаев, а депрессия – в 41,6% (по шкале HADS). Средний балл по шкале социальной адаптации составил $34,9 \pm 7,2$ (затрудненная адаптация). Нарушение адаптации выявлено в деятельности, связанной с работой по дому, семейных отношениях, общении с другими людьми, имелись трудности в распоряжении своими доходами, свободным временем, отсутствовала вовлеченность в общественную жизнь.

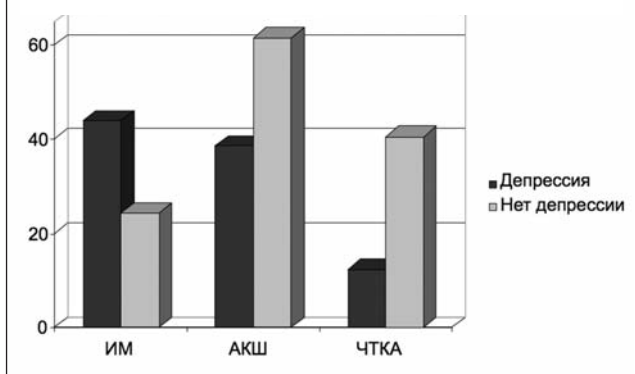
У 75% пациентов, имеющих, по данным самоопросников, симптомы депрессии и тревоги, диагноз был подтвержден клинически. Частота встречаемости ТДР у стационарной группы пациентов с ИБС составила 42,6% ($n=327$).

По шкале глобального клинического впечатления (CGI) преобладали пациенты с умеренно выраженными психическими нарушениями (50%), психическое состояние 25% пациентов было оценено как легкое, а 16,7% – как тяжелое. Следует отметить, что в 29% случаев выявленная депрессия была расценена психиатром как дистимия (т.е. длительная, более 2 лет, хронически протекающая депрессия). Соотношение мужчин и женщин составило 8:5. У женщин выявлено значительно больше тревожно-депрессивных расстройств, чем у мужчин: 40% против 22% ($p<0,05$). Выраженность ТДР достоверно более высокая у женщин, чем у мужчин: уровень тревоги по шкале HADS составил $9,3 \pm 4,1$ и $6,9 \pm 3,6$ балла соответственно ($p=0,00005$), а депрессии – $8,4 \pm 3,4$ и $6,6 \pm 3,2$ балла ($p=0,00009$). Одновременно у женщин обнаружены более высокие показатели общего холестерина, чем у мужчин: $6,4 \pm 1,28$ и $5,4 \pm 1,3$ ммоль/л соответственно ($p=0,0000013$) и уровень липопротеидов низкой плотности: $4,4 \pm 1,11$ и $3,4 \pm 1,1$ ммоль/л соответственно ($p=0,0007$).

Симптомы ТДР значительно чаще выявляли у больных, перенесших АКШ, в сравнении с группой ЧТКА (57,6% против 34,2%; $p=0,005$) и группой консервативной терапии (47,1%; $p=0,012$ соответственно). Выраженность депрессивных симптомов по шкале HADS также была существенно меньше ($p=0,022$) у пациентов с ЧТКА в сравнении с группой пациентов, перенесших АКШ (в анамнезе), а также с группой пациентов, получающих консервативное лечение (рис. 1).

Далее проанализированы различия пациентов ($n=760$) в зависимости от наличия или отсутствия де-

Рис. 2. Различия групп пациентов с депрессивными расстройствами и без таковых по наличию перенесенного ИМ, инвазивных вмешательств.



прессии: 1-я группа с депрессивными расстройствами ($n=327$), 2-я группа без депрессии ($n=433$).

Выявлено, что пациенты с депрессией были существенно ($p=0,007$) старше, чем недепрессивные ($60,4 \pm 9,9$ года против $55,3 \pm 9,6$ года). В 1-й группе соотношение мужчин и женщин составило 21%/79%, а во 2-й оно оказалось зеркально противоположным – 79%/21% ($p=0,0000001$). По длительности коронарного стажа пациенты этих двух групп не различались ($6,9 \pm 4,8$ года и $6,5 \pm 6,1$ года). Значимых различий между группами также не получено по индексу массы тела ($29,5 \pm 4,3$ и $29,1 \pm 3,6$), фракции выброса ($58,3 \pm 11,4\%$ и $58,5 \pm 11,0\%$).

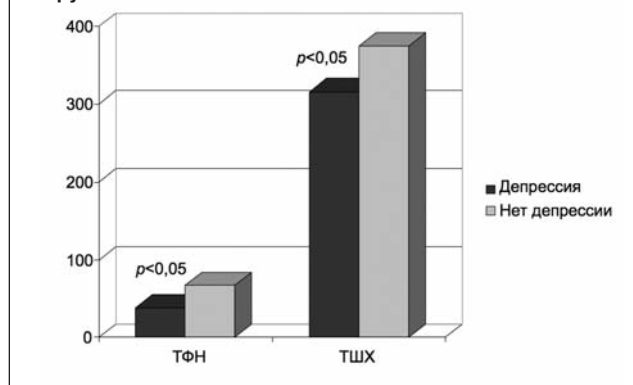
В 1-й группе 44% пациентов перенесли ИМ (рис. 2), в отличие от 24,4% пациентов 2-й группы ($p=0,005$). При этом пациенты с депрессивными расстройствами достоверно реже ($p=0,003$) подвергались оперативному лечению коронарной болезни (38,5%) в сравнении с пациентами без депрессии (61,5%). Еще более выраженные различия получены при анализе эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях: пациентам с депрессивными расстройствами намного реже проводили ЧТКА со стентированием коронарных артерий (12,5% против 40,5%; $p=0,003$).

Создается впечатление, что отказ от инвазивных вмешательств у пациентов с депрессивными расстройствами связан с пессимистическим настроением и негативной оценкой будущего или страхом смерти. Часто пациенты выражали сомнения в обоснованности вмешательств, были убеждены в неблагоприятном исходе операции или ангиопластики. Из личного опыта пребывания в кардиологических стационарах или рассказов других больных и знакомых депрессивные пациенты приводили единичные примеры негативных последствий подобного лечения, обосновывали закономерность данного явления и объясняли свое нежелание лечиться «его бесполезностью и усилением страдания».

Пациенты с верифицированным диагнозом аффективных расстройств, по сравнению с пациентами без депрессии (рис. 3), имели сниженную толерантность к физической нагрузке по данным ВЭМ ($38,1 \pm 11,7$ Вт против $67,21 \pm 13,6$ Вт; $p<0,05$) и ТШХ ($316,0 \pm 10,7$ м против $375,9 \pm 12,0$ м; $p<0,05$). Соответственно, пациенты с депрессивными расстройствами имели преимущественно III ФК стенокардии, а пациенты без депрессивных расстройств – II ФК.

Психофармакотерапия потребовалась у 244 (58,3%) больных (антидепрессанты группы СИОЗС,

Рис. 3. Различия групп пациентов с депрессивными расстройствами и без таковых по толерантности к физической нагрузке.



чаще назначали флувоксамин). Назначение антидепрессантов осуществлял врач-психиатр совместно с кардиологом. Как правило, психотропные препараты назначали на фоне проводимой терапии ИБС, дальнейшее динамическое наблюдение также осуществляли психиатр и кардиолог совместно.

Ответ на антидепрессивную терапию отмечен у 72% пациентов спустя 1 мес терапии. Следует отметить, что большинство пациентов не выдерживали рекомендованные сроки приема антидепрессантов и отменяли препараты на фоне улучшения состояния через 2–4 мес. Для динамического исследования течения ИБС и ТДР нами были отобраны пациенты с наиболее высоким уровнем комплаентности, принимавшие антидепрессанты от 2 мес до 1 года ($n=31$). Ответ на антидепрессивную терапию был отмечен у них через 1 мес после начала лечения. Соотношение мужчин и женщин составило 2:1. Средний возраст больных – $56,1 \pm 9,5$ года.

На фоне длительной антидепрессивной терапии не отмечено значимых изменений показателей билирубина, трансаминаз, глюкозы, общего холестерина, триглицеридов, креатинина, электролитов сыворотки крови.

На 2-м месяце комплексной терапии в рамках биопсихосоциальной реабилитации отмечено значимое улучшение клинического течения ИБС: пациенты сообщали об уменьшении частоты и выраженности приступов стенокардии, уменьшении симптомов сердечной недостаточности, аритмий, стабилизации артериального давления.

Субъективное улучшение было подтверждено кардиологами при проведении контрольного обследования через 12 мес наблюдения (рис. 4): пациенты, получавшие антидепрессивную терапию, показали увеличение толерантности к физической нагрузке, по данным ВЭМ (с $45,9 \pm 27,5$ до $62,5 \pm 33,0$ Вт; $p<0,05$), и ТШХ (с $303,8 \pm 20,7$ до $363,3 \pm 19,9$ м; $p<0,05$).

Такую же позитивную тенденцию имели показатели индекса массы тела (с $30,2 \pm 4,8$ до $27,5 \pm 4,4$) и окружности талии (с $94,8 \pm 8,6$ до $87,5 \pm 4,9$ см), но изменения не достигли статистической значимости, что связано, вероятно, с малым числом больных.

При этом снижения уровня общего холестерина и триглицеридов не обнаружено, что, вероятно, было связано с отказом от приема статинов.

Необходимо отметить, что данная положительная динамика течения ИБС и улучшение психического состояния являются результатом комплексной реа-

Рис. 4. Динамика толерантности к физической нагрузке на фоне длительной терапии антидепрессантами.

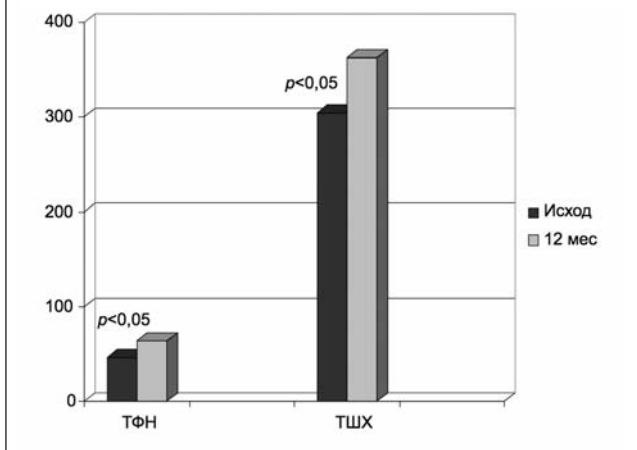
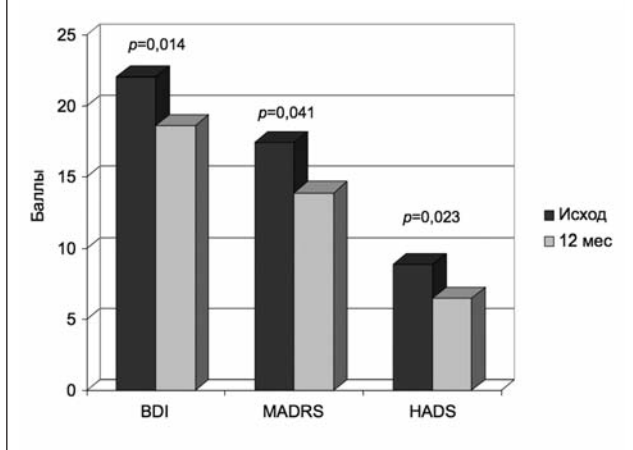


Рис. 5. Динамика психического состояния, по данным шкал, на фоне длительной терапии антидепрессантами.



билитации. Уменьшение проявлений соматического страдания и нормализация настроения связаны как с проводимой «базисной» терапией коронарной болезни (β-блокаторы, ИАПФ, аспирин и др.), так и с действием антидепрессантов и психотерапией. Мы предполагаем, что действие указанных факторов было совместным, так как редукция ТДР стимулировала больных к соблюдению режима, рекомендаций врача и аккуратному и регулярному приему лекарств.

Эффективность терапии ТДР контролировали психиатры (рис. 5). По шкалам HADS и тревоги уровень депрессии достоверно снизился с 8,9 до 6,5 балла ($p = 0,023$), подобная картина получена по шкале самооценки депрессии Бека (BDI: с 22 до 18,6 балла; $p = 0,014$) и шкале депрессии Монтгомери–Асберга (MADRS: с 17,4 до 13,9 балла; $p = 0,011$). По другим шкалам достоверных данных не получено, однако видна тенденция к уменьшению выраженности депрессии и тревоги и улучшению социальной адаптации.

В клинической картине отмечена положительная динамика психического состояния. Снизились психологические симптомы депрессии (улучшилось настроение, появилось оптимистичное видение будущего). Отмечено уменьшение страха смерти, степени выраженности и продолжительности ангинозных приступов, уменьшение выраженности сердцебиения, головных болей и болей в спине (со слов пациентов и по данным шкал, показатели которых имели тенденцию к достоверности; $p < 0,06$). Пациенты отмечали увеличение активности, работоспособности и переносимости физических нагрузок, уменьшение усталости («быстрее стал все делать», «я столько дел переделал...», «наконец построил забор», «закончил вялотекущий ремонт»). Интересным оказалось увеличение социальных контактов («я встретился с одноклассниками, которых не видел много лет»), появление новой деятельности «занялся пчеловодством, ...у пчел такие глаза», «сам вырастил овощи», «занялась домашними цветами», «открыл бизнес (продаю аквариумных рыбок)», «вступил в партию, участвовал в проведении выборов в местное самоуправление» и т.д. На фоне терапии улучшились способности пациентов различать ангинозную и неангинозную боли, а также изменение отношения к приступам стенокардии («научился жить с этой болью»).

Средний показатель эффективности терапии по CGI составил $6,8 \pm 4,4$ балла, что означает умеренное

улучшение с выраженностью побочных эффектов с умеренным влиянием на деятельность больного.

Из побочных эффектов, не нарушающих повседневное функционирование, следует отметить тошноту (12,9%), сонливость (9,6%), они были слабо выражены и прекращались на 2-й неделе лечения. Некоторые из выявленных побочных эффектов привели к отказу от лечения: боли в животе – 3,2%, усиление болей за грудиной – 6,4% (связь с приемом антидепрессанта неоднозначна, это могло быть проявлением коронарной болезни или побочным эффектом других принимаемых пациентами препаратов). Усиления суицидального поведения на фоне терапии не отмечено. В целом 97% пациентов с хронической ИБС при терапии ТДР субъективно отмечали отчетливое улучшение показателей сердечно-сосудистой системы.

Причиной отказа от терапии чаще всего являлись финансовые проблемы и нежелание принимать много лекарств.

Таким образом, клинически значимые тревожно-депрессивные расстройства выявляются у каждого 2–3-го пациента с хронической ИБС, а каждый пятый нуждается в длительной антидепрессивной терапии. Сочетание ИБС и аффективных расстройств чаще встречается у женщин и больных, перенесших операцию АКШ. Кроме того, на фоне ТДР, как правило, прогрессирует дислипидемия. Ранее коллеги-психиатры при описании различных вариантов и особенностей течения депрессивных расстройств указывали на высокую распространенность и коморбидность депрессий, а также на преобладание женщин над мужчинами (66,2% против 33,8%; $p < 0,001$) [12]. Мы получили аналогичные результаты. Кроме того, анализ наших данных показывает, что при наличии депрессивных расстройств больные в 2 раза чаще переносят ИМ, но вместе с тем избегают эндоваскулярного и хирургического лечения ИБС, что не может не сказаться на клиническом течении и прогнозе ССЗ.

Терапия антидепрессантами СИОЗС приводит к редукции аффективной симптоматики и оказывает влияние на течение ИБС при проведении комплексной терапии коронарной болезни (отмечается субъективное увеличение толерантности к физической нагрузке, что также подтверждается результатами ВЭМ; увеличивается степень приверженности диете с

уменьшением индекса массы тела и окружности талии). При длительном приеме антидепрессантов не отмечено серьезных побочных эффектов или изменения основных биохимических показателей крови.

Несмотря на хорошую степень терапевтических отношений и уровень доверия врачам, приверженность терапии у пациентов с хронической ИБС и аффективными расстройствами остается низкой. Это касается приема не только антидепрессантов, но и антиангинальных препаратов. В отношении антидепрессантов ситуация осложняется субъективным улучшением самочувствия спустя месяц после начала приема и традицией «принимать лечение курсами», что приводит к преждевременной отмене препарата и возвращению прежней симптоматики с риском развития резистентности состояния к терапии. Данные трудности уже отмечены ранее проведенными исследованиями [8, 10].

Для увеличения комплаентности следует проводить обучение пациентов по механизмам развития ИБС, влияние назначаемых препаратов на конкретный патофизиологический механизм с акцентом на длительность приема. Необходимо рассматривать вопрос о снижении количества назначаемых на длительный период препаратов за счет представителей с продолжительным периодом полувыведения, комбинированных средств, препаратов, имеющих хорошую переносимость, и «выгодных» в каждом конкретном случае побочных эффектов. Как отмечали ранее отечественные кардиологи и психиатры, продолжение исследований в направлении коррекции депрессивных и психосоциальных нарушений представляется совершенно необходимым, так как именно депрессия часто становится основным фактором, определяющим прогноз при ССЗ [13, 14]. Наблюдение и реабилитация больных с ИБС продолжают нашей группой в условиях НИИ кардиологии и на амбулаторном этапе. Нам представляется, что наиболее эффективным вариантом оказания помощи пациентам с коморбидными ССЗ и психическими нарушениями является работа междисциплинарной команды и разработка комплексных реабилитационных программ в рамках биопсихосоциальной модели реабилитации.

Выводы

1. Хроническая ИБС у стационарных больных в 43% случаев сочетается с клинически выраженными тревожно-депрессивными расстройствами.
2. ИБС сочетается с тревожно-депрессивными расстройствами чаще у женщин, чем у мужчин (40% против 22%), и преобладает среди лиц, перенесших операцию АКШ (до 58%).
3. Больные ИБС в сочетании с депрессивными расстройствами обнаруживают склонность к неблагоприятному развитию коронарной патологии: данные лица в 2 раза чаще переносят ИМ, отмечается низкая толерантность к физической нагрузке, при

этом пациенты на фоне депрессии стремятся избегать эндоваскулярных и хирургических методов лечения ИБС.

4. На фоне проводимой терапии антидепрессантами отмечено существенное улучшение клинического течения ИБС по синдромам стенокардии и сердечной недостаточности, значимая редукция тревожно-депрессивной симптоматики.
5. На протяжении года наблюдения не отмечено серьезных побочных эффектов терапии СИОЗС у больных с ИБС, наиболее частыми причинами отказа от лечения были субъективные (стоимость лекарств или нежелание принимать препараты).
6. Предлагаемая схема совместного динамического наблюдения больных рабочей группой кардиологов и психиатров в рамках биопсихосоциальной модели реабилитации является эффективной и применимой для широкого использования в кардиологии.

Литература

1. Wuslin L, Vaillant G, Wells V. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med* 1999; 61: 6–17.
2. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995; 91: 999–1005.
3. Taylor CB, Youngblood M E, Catellier D et al. Effects of Antidepressant Medication on Morbidity and Mortality in Depressed Patients After Myocardial Infarction. ENRICH trial. *Arch Gen Psychiat* 2005; 62: 792–8.
4. Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM et al. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina [SAD-HART]. *JAMA* 2002; 288: 701–9.
5. Mohapatra PK et al. Effectiveness of sertraline in treatment of depression in a consecutive sample of patients with acute myocardial infarction: six month prospective study on outcome. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 9(1): 26.
6. Swenson JR, Doucette S, Fergusson D. Adverse cardiovascular events in antidepressant trials involving high-risk patients: a systematic review of randomized trials. *Can J Psychiat* 2006; 51(14): 923–9.
7. Позднова Г.В. Современные подходы к диагностике и лечению депрессивного спектра в общепсихиатрической практике. Методическое пособие для врачей. Кардиоваск. тер. и профил. 2007; 1 (прил.): 23.
8. Оганов Р.Г., Позднова Г.В., Шальнова С.А., Деев А.Д. Депрессивные расстройства в общепсихиатрической практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. *Кардиология* 2005; 8: 38–44.
9. Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф. Основные симптомокомплексы и условия формирования невротических и аффективных расстройств у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Сиб. мед. журн.* 2009; 4(вып. 2): 11–7.
10. Лебедева Е.В., Сергиенко Т.Н., Ретин А.Н. Флувоксамин в терапии депрессивных расстройств у пациентов хронической ИБС в условиях кардиологического отделения. *Сиб. мед. журн.* 2009; 24, 4 (вып. 2): 18–21.
11. Куприянова И.Е., Семке В.Я. Качество жизни и превентивная психиатрия. Томск, 2007.
12. Семке В.Я., Счастный Е.Д., Сымуткин Г.Г. Аффективные расстройства. Региональный аспект. Томск, 2004.
13. Смуглевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: МИА, 2003.
14. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. Профилактическая кардиология (руководство для врачей). М.: Медиа/77, 2007.