

Депрессивные расстройства в кардиологии

А.А.Евсюков¹, М.М.Петрова¹, Н.П.Гарганеева², Д.С.Каскаева¹

¹ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России;

²ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Томск

Резюме. Больные с ишемической болезнью сердца с депрессивными расстройствами представляют собой особую группу диспансерного наблюдения с более высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, чем пациенты без депрессии. Своевременное выявление депрессивных расстройств у больных с ишемической болезнью сердца, изучение психосоциальных факторов наряду с известными факторами сердечно-сосудистого риска являются важнейшими составляющими современных диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных программ для пациентов с коморбидной патологией в условиях поликлиники.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, депрессивные расстройства, антидепрессанты в схеме комплексной терапии.

Depressive disorders in cardiology

A.A.Yevsyukov¹, M.M.Petrova¹, N.P.Garganeeva², D.S.Kaskaeva¹

¹Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University. Russian Ministry of Health;

²Siberian State Medical University, Russia Ministry of Health, Tomsk

Summary. Patients with ischemic heart disease (IHD) with depressive RAS disabilities are a special group of dispensary observation with a higher risk of cardiovascular complications than patients without depression. Timely detection of depressive disorders in IHD patients, the study of psychosocial factors, along with the known factors of cardiovascular risk, are essential components of modern diagnostic, medical and rehabilitation programs for patients with comorbid pathology in the polyclinic.

Key words: Coronary heart disease, major depression, antidepressants in the scheme of complex therapy.

Сведения об авторах

Евсюков Александр Александрович – канд. мед. наук, ассистент каф. поликлинической терапии и семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО ГБОУ ВПО КрасГМУ

Петрова Марина Михайловна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО ГБОУ ВПО КрасГМУ, проректор по науч. работе. E-mail: stk99@yandex.ru

Гарганеева Наталья Петровна – д-р мед. наук, проф., проф. каф. поликлинической терапии ГБОУ ВПО СибГМУ. E-mail: garganeyeva@mail.tomsknet.ru

Каскаева Дарья Сергеевна – канд. мед. наук, ассистент каф. поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО ГБОУ ВПО КрасГМУ. E-mail: dashakas.ru@mail.ru

Неблагоприятные последствия влияния депрессии взаимосвязаны как с патофизиологическими изменениями сердечно-сосудистой системы, так и со снижением приверженности пациентов лечению и другими поведенческими реакциями [1–10].

Депрессии составляют более 25% визитов к врачам первичного звена, что особенно важно учитывать в амбулаторной практике терапевта для интегративного подхода к диагностике и лечению сочетанной патологии и оценки факторов риска сердечно-сосудистых осложнений.

Цель исследования – изучить распространенность депрессивных расстройств, психосоциальных и сер-

дечно-сосудистых факторов риска, определить показания для назначения антидепрессантов в комплексной терапии больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) в условиях городской поликлиники.

Материалы и методы

В условиях городской поликлиники Красноярска проведено обследование 280 больных с верифицированным диагнозом ИБС, стабильной стенокардией напряжения (функциональный класс – ФК I–III), находящихся на диспансерном учете у врача терапевта и кардиолога. Средний возраст мужчин составил 55,82±6,40 года, женщин – 58,73±4,86 года ($p<0,001$). Скрининговым инструментом для выявления у паци-

Динамика усредненных показателей КЖ больных с ИБС через 24 нед наблюдения на фоне использования антидепрессантов							
Показатели КЖ по шкалам опросника SF-36, баллы		Больные с ИБС, имеющие признаки депрессии по шкале CES-D 19 баллов и более (n=90)					
		1-я подгруппа (n=30)		2-я подгруппа (n=30)		3-я подгруппа (n=30)	
		Тианептин (Коаксил) 37,5 мг/сут		Сертралин (Стимултон) 100 мг/сут		Антидепрессант не назначался	
		M±m	p	M±m	p	M±m	p
PF	до лечения	60,33±16,4	0,002	63,50±19,4	0,002	63,83±18,5	0,26
	после лечения	67,66±16,0		71,16±19,6		68,50±17,8	
RP	до лечения	39,16±26,8	0,003	35,83±28,1	0,003	44,16±29,1	0,91
	после лечения	52,50±27,3		45,83±31,5		45,00±35,5	
BP	до лечения	62,66±20,4	0,09	63,30±23,1	0,0001	75,46±18,1	0,88
	после лечения	66,16±17,9		72,53±15,4		75,50±15,7	
GH	до лечения	47,06±13,5	0,006	43,23±17,8	0,0001	57,80±17,3	0,91
	после лечения	54,36±10,3		54,96±15,3		59,86±14,4	
VT	до лечения	48,83±13,4	0,0001	54,00±12,9	0,0001	68,83±9,43	0,42
	после лечения	62,50±7,3		65,00±11,2		66,33±12,1	
SF	до лечения	58,33±16,5	0,01	57,08±14,5	0,013	69,58±16,3	0,040
	после лечения	63,33±16,0		63,33±16,0		64,17±17,5	
RE	до лечения	46,66±29,8	0,01	52,22±31,1	0,0006	66,70±36,1	0,026
	после лечения	62,22±27,3		72,22±24,8		56,70±34,1	
MH	до лечения	58,13±12,9	0,0001	54,00±11,2	0,0001	70,93±10,3	0,0005
	после лечения	68,66±11,1		66,40±10,5		64,53±12,2	

Примечание. Достигнутый уровень значимости в исследуемых группах при значении $p < 0,05$.

ентов расстройств депрессивного спектра являлся опросник Center for Epidemiology Studies-Depression scale (CES-D). Для количественной оценки выраженности и динамики депрессии использовался психометрический опросник (оценочная шкала) депрессии Гамильтона (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS) [11]. Оценка психологического статуса больных с ИБС проводилась по результатам сокращенного многофакторного опросника исследования личности (СМОЛ) на основе миннесотского многопрофильного опросника личностных шкал [12]. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$ и определялись с помощью критерия Стьюдента. Все пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты

По результатам опросника CES-D у 90 (32,1% случаев от общего числа пациентов) больных выявлены депрессивные расстройства, соответствующие высоким показателям оценочной шкалы депрессии от 19 до 28 баллов. Эти пациенты с ИБС составили основную группу наблюдения, обозначенную как «больные с ИБС с симптомами депрессии по шкале CES-D». У 190 больных, обозначенных как «больные с ИБС, не имеющие симптомов депрессии по шкале CES-D», средний балл не превышал $8,41 \pm 3,87$. При интерпретации данных учитывался суммарный показатель по каждой шкале, который указывал на наличие или отсутствие депрессивной симптоматики.

Следует отметить, что у больных с депрессией в 91,1% случаев ИБС ассоциировалась с артериальной гипертензией, в 18,9% – с сахарным диабетом типа 2, тогда как у пациентов, не имеющих депрессивной симптоматики, артериальная гипертензия диагностировалась в 63,2% случаев ($p = 0,0002$). У больных с депрессией в анамнезе документально подтвержденный инфаркт миокарда встречался в 47,8% случаев, при от-

сутствии депрессии – 17,9% ($p = 0,0001$). Стенокардия напряжения ФК III в 21,1% случаев диагностировалась у пациентов с высоким уровнем депрессии и в 11,6% – у больных без признаков таковой ($p < 0,0492$).

В основную группу для дальнейшего изучения были включены 90 пациентов (31 мужчина и 59 женщин) с ИБС, ассоциированной с депрессивными расстройствами. Средний возраст этих больных составил $57,33 \pm 4,75$ года, средний возраст женщин – $57,84 \pm 6,86$ года, мужчин – $57,25 \pm 8,8$ года, различий в зависимости от пола не обнаружено ($p = 0,152$).

Продолжительность коронарного анамнеза у мужчин и женщин не имела значимых различий и составила 5,5 и 5,8 года ($p = 0,0528$); стенокардия напряжения ФК II была диагностирована у 83,9% мужчин и 76,3% женщин, тогда как ФК III – у 16,1% мужчин и 23,7% женщин; инфаркт миокарда в анамнезе – у 15 (48,4%) мужчин и 28 (47,5%) женщин; индекс массы тела у мужчин составил $26,63 \pm 2,19$, женщин – $27,86 \pm 2,58$ ($p = 0,031$). Табакокурение встречалось в 34,4% случаев, достигая 74,2% в группе мужчин ($p < 0,0001$). По уровню образования: среднее образование имели 23,3%, среднее специальное – 32,2%, высшее – 44,4%.

Методом открытого рандомизированного исследования наблюдаемые 90 больных с ИБС с выявленными депрессивными расстройствами были разделены на три клинические подгруппы в зависимости от выбора антидепрессантов. В схему комплексного лечения к основной терапии больным с ИБС были дополнительно назначены антидепрессанты нового поколения, наиболее широко используемые в кардиологической практике. В 1-й подгруппе пациенты (30 человек) получали антидепрессант тианептин (Коаксил, «Лаборатории Сервье», Франция) в дозе 37,5 мг/сут. Во 2-й подгруппе (30 человек) был использован антидепрессант сертралин (Стимултон, «Эгис», Венгрия) в дозе 50–100 мг/сут. Контрольную 3-ю подгруппу составили 30 больных, которым антидепрессант не был назначен.

Оценка фармакотерапии антидепрессантами проводилась с помощью госпитальной шкалы депрессии Гамильтона (HDRS) в динамике через 6 мес. По данным исследования, в 1-й подгруппе исходный средний балл составил $17,06 \pm 0,71$, через 24 нед – $8,8 \pm 0,42$ ($p < 0,001$). Во 2-й подгруппе средний балл до лечения составил $17,56 \pm 0,84$, после лечения – $9,1 \pm 0,41$ ($p < 0,001$). В 3-й подгруппе пациентов, не принимающих антидепрессанты, через 6 мес наблюдения средний балл уменьшился незначительно с $16,7 \pm 0,71$ до $14,16 \pm 0,67$ соответственно ($p = 0,42$).

По результатам СМОЛ, представленным в Т-баллах, усредненный профиль личности пациентов с ИБС с депрессией во всех трех подгруппах характеризовался повышением показателей по шкалам 1 (ипохондричности), 2 (депрессии), 3 (эмоциональной лабильности), 6 (ригидности), 7 (тревоги) и снижением по шкале 9 (оптимизма). На фоне антидепрессивной терапии наблюдалась положительная динамика в психологическом статусе больных, что проявлялось в достоверном снижении уровня депрессии, ипохондрической тревоги, улучшении социальной адаптации и повышении активности, тогда как в контрольной группе за указанный период времени значимых различий показателей динамики теста СМОЛ не отмечено. Сравнительная оценка показателей качества жизни (КЖ) в динамике отражена в таблице.

Изучение КЖ у больных с ИБС в динамике показало, что в 1 и 2-й подгруппах пациентов, получающих антидепрессанты, наблюдалось достоверное повышение показателей по всем шкалам, за исключением показателя «интенсивность боли» (Bodilypain – BP), отражающего характер болевых ощущений у больных, получающих Коаксил. Повышение уровня КЖ было выявлено по шкалам физического функционирования (Physical Functioning – PF), ролевых ограничений вследствие физических проблем (Role-Physical Functioning – RP), восприятия общего состояния здоровья, энергичности/жизнеспособности (Vitality – VT), социального функционирования (Social Functioning – SF), ролевых ограничений вследствие эмоциональных проблем (Role-emotional – RE), психического здоровья (Mental Health – MH). В 3-й подгруппе наблюдалась обратная зависимость с достоверным снижением по шкалам, характеризующим психологический компонент здоровья: SF, RE и MH.

У больных с хронической ИБС и депрессией снижение КЖ во многом определялось наличием депрессивных расстройств. Использование современных антидепрессантов способствует значительно более быстрому восстановлению и повышению показателей КЖ в обеих подгруппах.

У больных 3-й подгруппы, не принимавших антидепрессанты, улучшения КЖ через 24 нед наблюдения существенно не происходило. Выявлено достоверное снижение по шкалам, характеризующим психологический компонент здоровья: SF, RE и MH.

КЖ больных с ИБС оценивалось с помощью опросника SF-36 [9]. Отмеченная тенденция положительной динамики ряда показателей КЖ в контрольной группе, по-видимому, связана с общим улучшением состояния на фоне проводимой патогенетической и антиангинальной терапии. Суммарный показатель КЖ в 3-й подгруппе через полгода наблюдения был ниже, чем у больных, которые получали антидепрессанты.

Издание методических рекомендаций «Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники» придало определенную легитимность новой для отечественной медицины работе по диагностике и терапии депрессии у пациентов первичной медицинской сети. Наиболее важным в правовых и этических отношениях явилось определение роли участкового врача как центральной фигуры в этом процессе, наделенной ответственностью и правом диагностики умеренно выраженных, неосложненных депрессий и назначения ограниченного перечня антидепрессантов [1].

Заключение

В условиях амбулаторного наблюдения выявлена высокая частота (32,1%) депрессивных расстройств у больных с ИБС с высоким сердечно-сосудистым риском. При разработке комплексных профилактических программ диспансеризации пациентов с ИБС необходимо оценивать суммарный риск кардиоваскулярных и психосоциальных факторов риска, снижение которых может улучшить прогноз и КЖ данной категории больных.

Литература

1. Краснов В.Н. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники. Метод. рекомендации. М.: Минздрав России, 2000.
2. Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н. и др. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью. *Cons. Med.* 1999; 1 (2).
3. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Профилактика сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний – основа улучшения демографической ситуации в России. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2005; 3 (1): 4–9.
4. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. *Результаты программы КОМПАС. Кардиология*. 2004; 1: 48–54.
5. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробизев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. М.: Медицинское информационное агентство, 2005.
6. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования. *Кардиология*. 2007; 3: 28–37.
7. Dickens C, McGowan L, Percival C et al. New Onset Depression Following Myocardial Infarction Predicts Cardiac Mortality. *Psychosomatic Medicine* 2008; 70: 450–5.
8. Surtees PG, Nicholas WJ, Wainwright et al. Depression and Ischemic Heart Disease Mortality: Evidence From the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 515–23.
9. Ware JE. SF-36 Health survey: Manual and interpretation guide. The Health Institute, New England Medical Center. Boston, 1993.
10. Williams SA, Kasl SV, Heiat A et al. Depression and risk of heart failure among the elderly: a prospective community-based study. *Psychosom Med* 2002; 64: 6–12.
11. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец П.В. Методика многостороннего исследования личности. М.: Медицина, 1976.
12. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult. *Психологич. журн.* 1981; 3: 118–23.
13. Anda R, Williamson DF, Jones D et al. Depressed affect, hopelessness and the risk of ischemic heart diseases in a cohort of US adults. *J Epidemiology* 1993; 4: 285–94.