

Урумбаев Р.К., Джорубекова К.Ш., Аширова Г.Р., Халматов А.Н.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Urumbaev R.K., Dzhorubekova K.Sh., Ashirova G.R., Khalmatov A.N.

EXAMINATION OF THE MENTAL STATE IN PATIENTS WITH STABLE ANGINA AT THE PUBLIC HEALTH SERVICE

УДК: 616.12 – 00972

В данной статье представлены результаты исследования по изучению психического статуса больных коронарной болезнью сердца (КБС). В работе использовался хорошо зарекомендовавший себя психометрический тест – Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.

Полученные данные указывают на высокую распространенность психических расстройств, а именно тревожных и депрессивных состояний, среди больных КБС.

Опросник HADS показал себя достаточно удобным, информативным психодиагностическим инструментом и его внедрение в общемедицинскую сеть позволит быстро и точно оценивать состояние больного и определять дальнейшую стратегию врача.

Ключевые слова: Психический статус, психометрический тест – HADS, коронарная болезнь сердца.

This article presents results of investigation concerning mental state of patients with coronary heart disease (CHD). In the study we used the proved psychometric test – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Obtained data demonstrated high prevalence of mental disorders, namely, anxious and depressive states among CHD patients.

HADS questionnaire showed itself as a convenient, informative psychodiagnostic tool and its implementation into the whole public health service could allow to assess patient quickly and precisely and determine the further strategy of the doctor.

Key words: mental state, psychodiagnostic test – HADS, coronary heart disease

Клинические исследования последних десятилетий в области изучения психических расстройств у больных с заболеваниями сердечно – сосудистой системы свидетельствуют об их важной роли в патогенезе коронарной болезни сердца (КБС). По данным ВОЗ, в общемедицинской сети здравоохранения, расстройства психической сферы наблюдаются практически у каждого четвертого пациента, а расстройства депрессивного спектра – у каждого пятого [1, 2, 3].

Особенно тесную взаимосвязь наблюдают между расстройствами депрессивного спектра и сердечно – сосудистыми заболеваниями [3]. В ходе длительных проспективных исследований, в которых участвовали десятки тысяч больных, были получены убедительные доказательства

того, что психические факторы являются независимыми факторами риска КБС. К тому же, по значимости среди 9 других важнейших факторов риска они расположились на третьей позиции.[4].

Симптомы депрессии даже малой степени выраженности увеличивают риск развития и повторения сердечно – сосудистых катастроф [5].

Таким образом, несмотря на очевидность существующей проблемы, к сожалению, этот вопрос на сегодня остается практически вне сферы серьезного изучения. Кроме этого необходимо констатировать, что в нашей общемедицинской практике, никто не занимается проблемами психической реабилитации больных вообще, и КБС в том числе.

Сегодня существуют достаточно доступные и простые методы оценки психического состояния больных. Установлено, что наибольший уровень корреляции с основными клиническими показателями наблюдается при использовании так называемой Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS [6].

Целью нашей работы было изучение психического статуса больных КБС, со стабильной стенокардией напряжения используя этот простой и доступный метод.

Материал и методы

Психический статус определялся у 62 больных КБС со стабильной стенокардией напряжения (46 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 37 до 74 лет (в среднем $55,6 \pm 0,7$ лет).

Все обследованные входят в категорию высокого риска – 69,3% больных имели постинфарктный кардиосклероз, сердечную недостаточность и артериальную гипертензию 74,2% и 61,1%, соответственно. Кроме этого 51,6% были с избыточной массой тела (ИК $\geq 25,0$ кг/ м²), и 50% с гиперхолестеринемией; 53,2% мужчин курили.

Структура (по возрасту и полу) пациентов выглядит следующим образом: в возрастном диапазоне ≤ 55 лет (в среднем $47,6 + 0,5$ лет), т. е. больных с преждевременной КБС, было 43 (69,4%) человека (33 мужчины и 10 женщин);

старше 55 лет (в среднем $63,6 \pm 0,7$ лет) - 19 (30,6%) человек (13 мужчин и 6 женщин).

Все больные, прошли полное клинико – функциональное обследование, включая коронароангиографическое (КАГ) исследование.

Клиническая характеристика обследованных пациентов представлена в таблице 1.

**Таблица 1.
Клиническая характеристика
больных КБС**

№ п/п	Характеристика	Абс. (%)
1.	ИМ, или постинфарктный кардио - склероз	43 (69,3%)
2.	Стенокардия напряжения (согласно Канадской классификации): - II функционального класса - III – IV функционального класса	16 (25,8%) 27 (43,5%)
3.	Сердечная недостаточность (II – III ФК по NYHA) *	46 (74,2%)
4.	Нарушение ритма сердца	16 (25,8%)
5.	Артериальная гипертензия ($\text{АД} > 140/90 \text{ мм.рт.ст.}$)	41 (61,1%)
6.	Избыточная масса тела ($\text{ИК} \geq 25,0 \text{ кг}/\text{м}^2$) **	32 (51,6%)
7.	Гиперхолестеринемия (Общ. ХС $\geq 5,0 \text{ ммоль}/\text{л}$)	31 (50,0%)
8.	Низкая физическая активность	40 (64,5%)
9.	Курение	33 (53,2%)
Данные КАГ – исследований:		

Результаты и обсуждение

Все обследованные больные КБС, согласно критериям стратификации, отнесены к группе высокого риска осложнений [8].

При анализе полученных результатов, мы их условно подразделили на две подгруппы: больные ≤ 55 лет (с преждевременной КБС) и больные =55 лет.

Оценка психического статуса среди пациентов этой группы показал высокую распространенность тревожно – депрессивных расстройств (табл. 2.). Тревожные состояния наблюдались у 45 (72,6%) больных КБС; депрессивные расстройства – у 41 (66,1%);. В основном это пациенты моложе 55 лет. У них Т встречалась в 31 (68,9%), Д в 29 (70,7%) случаях; в группе больных старше 55 лет в 14 (31,1%) и в 12 (29,3%) случаях, соответственно. При этом клинически значимые проявления Т/Д в целом по группе определялись у 22 (35,5%) и у 20 (32,3%) обследованных, соответственно; субклинически значимые проявления у 23 (37,1%) и у 20(32,2%).

№	Показатели	ПОДШКАЛЫ							
		Тревога – Т ($n = 45$)				Депрессия - Д ($n = 41$)			
1	Возрастной диапазон	≤ 55 лет		> 55 лет		≤ 55 лет		> 55 лет	
	Кол-во в группе (абс./%)	31 (68,9%)		14 (31,1%)		29 (70,7%)		12 (29,3%)	
2	Пол	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
	Кол-во (абс./%)	25 (80,6%)	6 (19,4%)	9 (64,3%)	5 (35,7%)	25 (86,2%)	4 (13,8%)	9 (75%)	3 (25%)

3	Уровень произведения	
Кол-во (абс./%)		
10 (40%)	Клин знач.	
15 (60%)	Суб. клин знач.	
4 (66,7%)	Клин. знач.	
2 (33,3%)	Суб. клин знач.	
4		
Ср. сумма баллов по шкале: Клинич/ суб клинич. знач.	12,3 + 0,5 7,9 + 0,2	12,5 + 1,1 7,5 + 0,5
12 (48%)	Клин знач.	12,0 + 0,5 7,3 + 0,2
13 (52%)	Суб. клин знач.	
2 (50%)	Клин знач.	
2 (58%)	Суб. клин знач.	
5 (55,6%)	Клин знач.	11,5 + 0,5 7,7 + 0,4
4 (44,4%)	Суб. клин знач.	
1 (33,3%)	Клин знач.	
2 (66,7%)	Суб. клин знач.	

Наши результаты согласуются с данными двух крупных эпидемиологических исследований

— КОМПАС (Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в практике врачей общесоматического профиля) и КООРДИНАТА (Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца), проведенных в России (2001 – 2004г.г.) с общим числом обследованных больше 12 тыс. больных в общеклинической сети здравоохранения. Используя ту же методику, что и в нашем исследовании, было показано, что клинически значимым проявлением тревоги и депрессии имели место почти у каждого третьего больного – 28% - при АГ; 36% - КБС; 38% - ХСН [9, 10]. Видно, что полученные нами результаты очень близки.

Дальнейший анализ не внес каких-либо существенных различий в уже полученные результаты.

Клинически значимые проявления Т/Д встречались, в одинаковом проценте случаев, как среди больных первой подгруппы (≤ 55 лет) - 32,5% и 32,5% случаях, так и больных второй подгруппы (> 55 лет) - 42,1% и 31,6% случаях.

Степень клинически значимых проявлений Т/Д, выраженных в баллах, не зависел ни от возраста, ни от пола и составил, соответственно: Т - среди больных КБС ≤ 55 лет $12,3 \pm 0,5$; среди больных КБС > 55 лет $12,5 \pm 1,1$; Д - среди больных КБС ≤ 55 лет $12,0 \pm 0,5$; среди больных КБС > 55 лет $11,5 \pm 0,5$.

Субклинически значимые проявления Т/Д встречались у трети больных КБС: Т в подгруппе больных ≤ 55 лет – у 17 (39,5%), среди больных > 55 лет – у 6 (31,6%); Д в подгруппе больных ≤ 55 лет – у 15 (34,9%), Д среди больных > 55 лет – у 6 (31,6%).

Таким образом, резюмируя представленные результаты, можно констатировать, что практически 2/3 больных хронической формой КБС

имеют те или иные нарушения психоэмоциональной сферы.

Распространенность Т и Д расстройств можно сравнить с айсбергом, вершину которого составляют выраженные формы; большинство же расстройств являются субсиндромальными и составляют широкую подводную часть этого айсберга [2].

По данным американских экспертов от 15 до 20% больных КБС в США имеют т.н. большую депрессию и гораздо большее число пациентов страдает от менее выраженной депрессивной симптоматики [11].

Исследования последних лет, показывают, что коморбидность Т/Д и КБС неслучайны. Получены очевидные доказательства, что депрессия и другие психологические факторы являются независимыми факторами риска КБС. Они значительно увеличивают риск развития и повторения мозговых инсультов, инфаркта миокарда, на порядок повышают риск кардиальной смертности [5, 12].

Важным в клиническом плане является тот факт, что психические расстройства, не зависимо от того, когда они появились, до сердечно-сосудистого заболевания или после, значительно отягощают течение болезни. Больные предъявляют большое количество жалоб, в большей степени соматических, и они чаще всего остаются не довольными результатами лечения [5, 13]. К тому же пациенты в большинстве своем не связывают свое состояние с психикой и обращаются к врачам терапевтического профиля в Центрах семейной медицины. Учитывая эти факты, а так же стратегию реформирования здравоохранения в Кыргызстане, становится очевидным, что именно врачи первичного звена должны сыграть основную роль в своевременном выявлении и оказание адекватной помощи таким больным. Для этого, в начале, семейному врачу необходимо оказать правовую, организационную и методологическую поддержку.

В данной статье мы не ставили перед собой задачи по подробному освещению вопросов лечения тревожных и депрессивных состояний, так как считаем их достаточно важными и требующими отдельного, самостоятельного рассмотрения. Однако хотелось бы обратить внимание на то, что проведение такой терапия у соматических больных является важной проблемой общемедицинской сети здравоохранения, но при этом необходимо учитывать, особенно в амбулаторных условиях, что она не должна влиять на соматическое состояние, существенно затрагивать уклад жизни и профессиональную деятельность пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Таким образом, психические расстройства, а именно тревожные и депрессивные состояния, имеют высокую распространенность у больных хронической формой КБС. Можно констатировать, что они являются независимыми факторами риска развития и повторения сердечно сосудистых катастроф. Тревожно-депрессивные расстройства влияют на течение заболевания, качество жизни пациентов и приверженности их к лечению. Не вызывает сомнений, что от ранней диагностики и начала лечения психопатологических состояний будет зависеть конечный успех. Здесь особая роль отводится семейным врачам. Внедрение в широкую общемедицинскую сеть простого и в тоже время чувствительного метода - Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), позволит быстро и точно оценить состояние больного и определить дальнейшую тактику врача.

Список литературы:

1. Ustum T.B., Sartorius N. Mental Illness in General Health Care: An international Study. Chichester: Willey 1995.
2. Краснов В.М. Психиатрические расстройства в общемедицинской практике. РМЖ, 2002; 25 (144): 1187 – 91.
3. Погосова Г.В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике. Методические пособия для врачей. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2007, №1. Приложение.
4. Rosengren A., Hauben S., Oupriu S. et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTER – HEART study): case – control study. www. thelancet.com. September 3. 2004.
5. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. Кардиология 2002, 4: 86 – 91.
6. Zigmond A. S., Snaith R.P. Hospital Anxiety and Depression Scale. Asta Psychiant Scand 1983; 67: 361 – 70.
7. Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкалы CESD, BDI и HADS в диагностике депрессий в общемедицинской практике. Журнал неврол. психиат. 2003; 5: 11 – 6.
8. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации 2008, М. 64с.
9. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А., Деев А.Д. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. Кардиология 2005; 8: 38 – 44.
10. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Клинико – эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): Первые результаты многоцентрового исследования. Кардиология 2005; 11: 4 – 11.
11. NHLBI Working Group Report on Assessment and Treatment of Depression in Coronary Heart Disease Patients. August 10 – 11. 2004, National Institutes of Health.
12. Ariyo A.A., Haan M., Tangen C.M. et al. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans. Circulation 2000; 102: 1773.
13. Zellweger M. J., Osterwalder R.H., Langewitz W., et al. Coronary artery disease and depression. Eur. Heart J., 2004; 1: 3 – 9.