

Мухтаренко С.Ю., Мураталиев Т.М.

**ТРЕВОГА, ДЕПРЕССИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

S.Yu. Mukhtarenko, T.M. Murataliev

**ANXIETY, DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS
WITH CORONARY HEART DISEASE**

УДК: 616.12-009.72:616.89-008.454:614

Изучалась распространенность симптомов тревоги и депрессии и их взаимосвязь с качеством жизни у больных коронарной болезнью сердца. В обследованной группе больных выявлена высокая частота встречаемости симптомов тревоги и депрессии по тесту Спилбергера и госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), а также обратно пропорциональная зависимость между показателями с различным уровнем депрессии по шкале HADS и значениями качества жизни по Модифицированному Сизтлскому опроснику для больных стенокардией.

We studied the prevalence of symptoms of anxiety and depression and their relationship to quality of life in patients with coronary heart disease. In the studied group of patients revealed a high incidence of symptoms of anxiety and depression test Spielberg and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and inversely proportional relationship between indicators at different levels of depression on HADS and the values of quality of life according to the modified Seattle Angina Questionnaire for patients.

Депрессивные состояния относятся к числу наиболее часто встречающихся психопатологических синдромов у лиц, страдающих соматической патологией, в том числе у больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) (1-3). Литературные данные свидетельствуют о том, что больные коронарной болезнью сердца (КБС), артериальной гипертензией (АГ), у которых имеют место депрессивные расстройства, либо не лечатся вообще, либо лечатся неадекватно, следствием чего является увеличение смертности от коронарных катастроф (4-6). Показано, что в ряде случаев сопутствующая депрессия в значительной степени отягощает и осложняет клиническое течение ССЗ (7,8) и может значительно ухудшить качество жизни (КЖ) и прогноз заболеваний (9,10).

Депрессия обычно сочетается с повышенной тревожностью, которая вызывает изменение тонуса симпатической нервной системы, повышение прессорных реакций, выброс катехоламинов, что может провоцировать ишемию, нарушения ритма сердца и внезапную смерть (11,12). У части пациентов тревога выступает в качестве продромального признака депрессии. Влияние

тревожных расстройств на сердечно-сосудистую смертность было показано в общей популяции (13,14). Вместе с тем особенности течения КБС у пациентов с различным уровнем тревоги и КЖ, а также влияние терапии психотропными препаратами на указанные параметры, изучены недостаточно.

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности тревоги и депрессии и их взаимосвязи с КЖ у больных КБС.

Материал и методы

В исследование были включены 68 больных с различными формами КБС: 33 мужчины (48,5%) и 35 женщин (51,5%). Средний возраст больных составил 51,78±8,20 лет. Обследование проводилось с использованием шкалы реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности теста Спилбергера (15), госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) (16), модифицированного Сизтлского опросника для больных стенокардией (МСОС) (17) и опросника для определения исходного уровня знаний о КБС (ООУЗ) (17).

В исследование не включали больных с постоянными выраженными формами нарушений ритма сердца, тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями, органическим поражением головного мозга, алкоголизмом, застойной сердечной недостаточностью. Все пациенты находились на стационарном лечении в отделении КБС НЦКиТ.

У 48 больных (74,6%) была диагностирована нестабильная стенокардия, у 7 (10,3%) – острый инфаркт миокарда, у 13 (19,1%) – стабильная стенокардия II- III функционального класса по Канадской классификации кардиологов.

Статистическую обработку данных проводили с использованием программ EXEL и STASTISTIKA 6.0. Степень достоверности различий оценивали с использованием критерия t Стьюдента. Достоверными считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Общий средний балл по используемым методикам в обследуемой группе 68-ми больных представлен в табл.1.

Средние значения по шкалам HADS, теста Спилбергера, MCOC, ООУЗ

N	Возраст	HADS		Тест Спилбергера		MCOC	ООУЗ
		тревога	депрессия	РТ	ЛТ		
68	51,78± 8,20	11,91± 3,51	7,85±3,72	51,70± 7,36	54,48± 7,67	22,12± 5,58	7,31± 2,12

Как видно из табл.1 общий балл по показателю тревоги шкалы HADS указывал на клинически выраженную тревогу в обследуемой группе больных. Низкое значение показателя депрессии шкалы HADS в общей группе больных объяснялось тем, что у половины обследованных отмечалось отсутствие депрессии, у остальных 34-х – отмечалась субклиническая и клинически выраженная депрессия.

Общий балл показателей РТ и ЛТ теста Спилбергера указывал на высокую степень реактивной и личностной тревожности

Отмечался низкий показатель КЖ по MCOC и низкий уровень исходных знаний о КБС в общей группе обследованных больных.

Анализ результатов исследования с использованием шкалы HADS показал, что у 15 пациентов

(25,5%) отмечалась субклиническая тревога, у 46 (50,0%) – клинически выраженная тревога, у 7 (23,5%) симптомы тревоги отсутствовали. По данным шкалы депрессии HADS у 18 (26,5%) пациентов отмечалась субклиническая депрессия, у 16 (23,5%) – клинически выраженная депрессия. У 34 (50%) – симптомы депрессии по шкале HADS отсутствовали.

Данные анализа результатов теста Спилбергера указывали на умеренную степень РТ у 13 (19,1%) и высокую степень РТ у 55 (80,9%) пациентов. ЛТ умеренной степени отмечалась у 9 (13,2%), высокой степени – у 59 (86,8%) пациентов.

Выявлена обратно пропорциональная зависимость между показателями с различным уровнем депрессии шкалы депрессии HADS и значениями КЖ по MCOC (табл.2).

Как видно из табл.3 показатели КЖ по MCOC в подгруппах с различной степенью тревоги достоверно не различались между собой. Необходимо отметить, что в общей группе обследованных больных преобладали лица с клинически выраженной тревогой. Показатели ООУЗ в выделенных подгруппах достоверно не различались между собой, однако показатель ООУЗ был несколько выше в подгруппе обследованных больных с отсутствием тревоги по шкале HADS.

Показатели КЖ по MCOC в подгруппах с умеренной и высокой степенью тревожности по тесту Спилбергера также достоверно не различались между собой.

Выводы

1. Отмечается высокая частота встречаемости симптомов тревоги и депрессии у больных КБС.
2. Показатели КЖ по MCOC у больных КБС в подгруппах с симптомами депрессии достоверно ниже по сравнению с таковым в подгруппе больных с отсутствием депрессии.
3. Высокую частоту встречаемости тревоги и депрессии и влияние депрессии на КЖ у больных КБС необходимо учитывать при проведении дифференцированной психофармакотерапии и психокоррекции.
4. Низкий уровень исходных знаний о КБС и высокая частота симптомов тревоги и депрессии указывают на необходимость проведения образовательных программ у больных данного профиля, в том числе по вопросам психического здоровья.
5. Показатель депрессии по шкале HADS в пределах нормы у половины обследованных

Таблица 2

Взаимосвязь показателей по шкале депрессии HADS с показателями КЖ по MCOC и ООУЗ

№	степень депрессии	Количество больных	КЖ по MCOC	Показатель ООУЗ
I	0-7	34	24,24±4,24×*	7,29±2,11
II	8-10	18	20,78±4,81×	7,89±1,41
III	11 и ≥	16	19±6,92*	6,94±2,70

Примечание: × I и II p≤0,001; * I и III p≤0,002

Как видно из табл.2 в подгруппе больных с отсутствием депрессии показатель КЖ по MCOC был достоверно выше по сравнению с таковым в подгруппе больных с субклинической депрессией, а также по сравнению с таковым в подгруппе с клинически выраженной депрессией. Во всех подгруппах отмечались низкие показатели исходного уровня знаний о КБС.

Анализ результатов по показателям КЖ MCOC в подгруппах больных с различным уровнем тревоги по шкале HADS представлен в табл.3.

Таблица 3

Средние значения по показателям КЖ MCOC в подгруппах с различной степенью тревоги по шкале HADS

№	Степень тревоги	Количество больных	КЖ по MCOC	ООУЗ
I	0-7	7	22,29±4,31	8,57±1,50
II	8-10	16	24,56±4,54	7,31±1,72
III	11 и ≥	45	21,38±5,94	7,11±2,26

больных может указывать не только на отсутствие депрессивных симптомов, но и на наличие алекситимии и синдрома «отрицания», затрудняющих диагностику депрессии у больных КБС не только врачами-психотерапевтами, но и, в большей степени, врачами общей практики.

Литература:

1. Довженко Т. В., Васюк Ю.А., Семиглазова М.В. и соавт. Клиническая картина и лечение расстройств депрессивного спектра у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. – Тер архив, 2009; 12: 30-34.
2. Rybakowski J.K. Depression and cardiovascular disease. WPA. Bulletin on depression 2003; 7 (26): 14-16.
3. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и соавт. Программа КООРДИГАТА: результаты терапевтической части многоцентрового исследования. – Тер архив, 2006; 4: 38-44.
4. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А., Деев А.Д. Депрессивные расстройства в общеймедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. – Кардиология, 2005; 8: 37-43.
5. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и соавт. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования КООРДИНАТА. – Кардиология, 2007; 10: 24-30.
6. Ohira T. Prospective study of depressive symptoms and risk of stroke among Japanese. Stroke 2000; 32 (4): 903.
7. Pratt L.A., Ford D.E., Crum R.M. et al. Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction: prospective data from Baltimore ECA follow up. Circulation 1996; 9: 3123-3129.
8. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца. – Кардиология, 2002; 4: 86-91.
9. Цыганков Б.Д., Полякова Е.О. Тианептин (коаксил) в лечении депрессии у больных с сердечно-сосудистой патологией. – Тер архив, 2008; 10: 9-13.
10. Penninx B.W., Beekman A.T., Honig A. et al. Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. Arch Jen Psychiatry 2001; 58: 221-227.
11. Погосова Г.В. Депрессии у кардиологических больных: современное состояние проблемы и подходы к лечению. – Кардиология, 2004; 1: 88-92.
12. Januzzi J.L., Stern T.A., Pasternak R.S., DeSanctis R.W. The influence of Anxiety and Depression on Outcomes of Patients with Coronary Artery Disease. Arch Intern Med 2000; 160: 13.
13. Haines A.P., Imeson J.D., Meade T.W. Phobic anxiety and ischemic heart disease. BMJ 1987; 295: 297-299.
14. Kawachi I., Sparrow D., Spiro A.I. et al. A prospective study of anger and coronary heart disease: the Normative Aging Study. Circulation 1996; 9: 2090-2095.
15. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л: ЛНИИТЕК, 1976; 18.
16. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67: 361–370.
17. Залеская Ю.В. Оценка эффективности обучающей программы у пациентов с коронарной болезнью сердца и гиперлипидемией. – Автореф. дисс... канд. мед. наук. Бишкек, 2002; 19.

Рецензент: к.м.н., доцент Галако Т.И.