

УДК 616.12 - 005.4 - 085: 616.895.4 - 085

Евсюков А.А., Петрова М.М., Гарганеева Н.П., Каскаева Д.С.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

ГОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

В работе представлены результаты изучения клинико-функциональных проявлений, сердечно-сосудистых и психосоциальных факторов риска, психологический профиль и качество жизни больных хронической ишемической болезнью сердца ассоциированной с депрессивными расстройствами у 280 больных ИБС в амбулаторно-поликлинических условиях. В результате скринингового исследования с использованием психодиагностического опросника (CES-D) уровень депрессии по оценочным шкалам, превышающий 19 баллов, выявлен у 90 (32,1%) больных ИБС, что свидетельствует о высокой частоте встречаемости расстройств депрессивного спектра в данной когорте пациентов. Методом открытого рандомизированного исследования 90 больных были разделены на три подгруппы в зависимости от назначенной терапии антидепрессантами первого ряда с различным механизмом действия, включенных в схему комплексного лечения. Показанием для назначения антидепрессантов явился уровень депрессии, равный или превышающий 19 баллов в соответствии со шкалой (CES-D) в данной группе больных ИБС. На фоне антидепрессивной терапии наблюдается увеличение приверженности к базисной терапии сердечно-сосудистых заболеваний, повышение качества жизни, социально-психологическая адаптация пациентов, а также снижение факторов риска сердечно-сосудистых осложнений.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, депрессивные расстройства, факторы сердечно-сосудистого риска, психосоциальные факторы, антидепрессанты.

A.A. Evsukov, M.M. Petrova¹, N.P.Garganeeva², Kaskaeva

OBSERVATION AND MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AND DEPRESSIVE DISORDERS ON AN OUTPATIENT BASIS

This work presents the results of the study of clinical and functional manifestations, cardiovascular and psychosocial risk factors, psychological profile and life quality in 280 patients with chronic coronary heart disease associated with depressive disorders in outpatient conditions. In screening psychodiagnostic questionnaire (CES-D) was used. 90 (32.1%) patients with CHD were revealed to have level of depression greater than 19 points, which indicates a high frequency of depressive disorders in these subjects. At open randomized phase 90 patients were divided into three subgroups depending on the administered first-line antidepressants therapy with different mechanisms of action as an integrated part of complex therapy. The indication for antidepressant use was depression ≥ 19 points in accordance with the scale (CES-D). Antidepressant therapy was shown to increase prevalence of standard treatment of cardiovascular diseases, improve the quality of life, socio-psychological adaptation of patients and reduce risk factors for cardiovascular complications.

Keywords: coronary disease, depressive disorders, cardio-vascular risk factors, psychosocial factors, antidepressants in the scheme of complex therapy.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) по своей медико-социальной значимости занимает ведущее место в структуре общей заболеваемости, инвалидизации и смертности населения России [2, 4, 7].

Результаты скрининговых исследований, основываясь на анализе главных факторов

риска, таких, как гиперлипидемия, артериальная гипертония (АГ), курение, показали, что необходимо расширить поиск и других не менее важных факторов, воздействующих на различные звенья патогенеза сердечно-сосудистых осложнений, при этом особое значение имеет их сочетанное влияние [5].

Результаты исследований последних десятилетий свидетельствуют о высокой распространенности депрессивных расстройств в общемедицинской и кардиологической практике, превышающей частоту депрессий в популяции [4, 7]. В условиях острого или хронического психосоциального стресса резко возрастает риск развития ИБС, а также фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений (ССО) [7, 10, 11]. Актуальность приобретает проблема сопряженности ИБС и депрессии. В XIX веке идею тесной взаимосвязи сомы и психики поддерживали видные отечественные ученые и врачи В.Я.Мудров, Е.И.Дядьковский, А.Г.Захарьин, С.П.Боткин, И.М.Сеченов, В.М.Бехтерев и другие. В этот же период впервые был введен в медицинский лексикон термин "психосоматика"(Heinroth J.1818) . Последующее развитие "психосоматической медицины" (Deutsch F., 1922) привело к выделению заболеваний, в генезе которых существенную роль играют психосоциальные факторы (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, язвенный колит, псориаз и др.). Собственно психосоматическое направление в медицине было сформировано после публикации в 1935 году Dunbar F., классической работы "Emotions and Bodily Changes", а четырьмя годами позже вышел первый номер журнала *Psychosomatic Medicine*(1939).

Среди нерешенных задач особое внимание заслуживают вопросы практического характера, в частности, по изучению депрессий у больных ИБС и оценке факторов сердечно-сосудистого риска, взаимосвязанных с психосоциальными факторами для разработки и проведения эффективных методов вторичной профилактики и реабилитации, осуществляемых в реальных амбулаторно-поликлинических условиях первичной медико-санитарной помощи, что определяет актуальность и перспективность интегративного подхода к

междисциплинарным исследованиям общемедицинских, социально значимых проблем. Современный подход к совершенствованию медицинских знаний основывается на интеграции научных и практических достижений междисциплинарного характера. Все отчетливее заметен пристальный интерес специалистов в области внутренней медицины к проблемам личности, психике пациента, изучению соотношений соматического и психического, к возрастающей потребности в восполнении дефицита знаний клинической психологии, в необходимости психосоматического подхода как основополагающего подхода к врачеванию[7].

Депрессивные расстройства составляют 20-25% визитов при обращении больных к врачам первичного звена [5]. Перспективность превентивного направления предусматривает общую стратегию первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний воздействием на известные патогенетические звенья и кардиоваскулярные факторы риска (ФР) с учетом личностных, медицинских и социальных характеристик больного.

С позиций современной медицины пациент с ишемической болезнью сердца не может рассматриваться как больной только кардиологического профиля без учета факторов психосоциального воздействия на его соматическое и психическое состояние.

Комитет экспертов ВНОК в последних Российских клинических рекомендациях обращает внимание на важность изучения психосоциального стресса как одного из факторов риска развития ИБС и ее осложнений [8].

Депрессия в ее различных клинических вариантах признается одной из основных причин ухудшения прогноза течения ИБС, снижения трудоспособности и инвалидизации больных [9, 10, 11, 12].

Интеграция отдельных форм психиатрической помощи в учреждениях первичной сети, прежде всего - в территориальных поликлиниках, является одним из

перспективных направлений такого взаимодействия психиатрической и общемедицинской служб помощи больным, страдающим депрессиями [4].

Цель исследования: Оценить результаты диспансерного наблюдения и ведения больных ИБС с депрессивными расстройствами при использовании комплексной медикаментозной терапии в сочетании с антидепрессантами в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материал и методы: на базе МУЗ "Городская поликлиника № 14" г. Красноярска проведено обследование 280 больных хронической формой ИБС со стабильной стенокардией напряжения; среди включенных в программу исследования преобладали женщины (185 против 95; $p<0,001$). Средний возраст пациентов с ИБС на момент обследования в общей группе составил $57,74\pm5,59$ года. Средний возраст мужчин - $55,82\pm6,40$ года, женщин - $58,73\pm4,86$ года. Женщины были старше мужчин, что подтверждалось статистически значимыми различиями в группах сравнения в зависимости от пола при $p=0,0016$. По данным опросника CES-D (Center of Epidemiological Studies-Depression scale) среди 280 больных ИБС у 90 из них (32,14%) выявлены депрессивные расстройства, соответствующие показателям оценочной шкалы депрессии от 19 до 28 баллов. Основная группа наблюдения (группа I) представлена больными ИБС с симптомами депрессии, средний балл которых по шкале CES-D был равен $21,20\pm1,20$ и соответствовал легкой степени уровня депрессии [1]. У 190 больных ИБС (группа II), не имеющих симптомов депрессии по шкале CES-D, средний балл не превышал 19 и составил $8,41\pm3,87$. Результаты CES-D явились основанием для проведения дополнительного уточнения уровня депрессии с помощью шкалы Гамильтона (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS), а также свидетельствовали о необходимости психиатрического консультирования амбулаторных больных, имеющих высокий уро-

вень депрессии. Психологические методы исследования больных ИБС проводилось с помощью теста "Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности" (СМОЛ). Оценка качества жизни (КЖ) больных ИБС проводилась с использованием опросника "Medical Outcomes Study-Short Form" (MOS) SF-36, разработанного Бостонским институтом здоровья [14]. Опросник включает шкалы, отражающие различные аспекты КЖ, а также два объединенных показателя "Физический компонент здоровья" и "Психологический компонент здоровья". Тестирование больных с помощью СМОЛ и изучение КЖ выполнялось в динамике в амбулаторных условиях на фоне проводимой комплексной терапии до и после завершения исследования через 6 месяцев.

Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. При использовании параметрических методов предварительно определялось соответствие выборок закону нормального распределения. При соответствии данных нормальному распределению применяли Т-критерий Стьюдента-Фишера, с помощью которого анализировали значимость различий групп по среднему значению показателя. В случае отклонения от нормального распределения выборок в сравнительном анализе использовали критерии Вилкоксона, Манна-Уитни. Для сравнения качественных показателей использовали критерий χ^2 (критерий согласия Пирсона). Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости (p) принимался равным 0,05. Средние выборочные значения представлены как $M\pm SD$, где M - среднее арифметическое, SD - стандартное отклонение.

Результаты. Фармакотерапия ИБС проводилась согласно клиническим рекомендациям с использованием основных значимых различий в рандомизированных подгруппах до назначения антидепрессивной терапии ($p=0,873$). (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительный анализ средних балльных оценок уровня депрессии по шкале CES-D у больных ИБС с депрессией в зависимости от класса АДТ и пола

Средний балл уровня депрессии по шкале CES-D до лечения					
Группы больных ИБС с депрессией Мужчины	Общая группа (n=90)	Подгруппа 1 (тианентин, Коаксил) (n=30)	Подгруппа 2 (сертрапалин, Стимулотон) (n=30)	Подгруппа 3 (АДТ не назначалась) (n=30)	Уровень значимости p
	21,20±1,20	20,97±1,92	21,25±1,70	21,20±1,67	p _{1,2} =0,285 p _{1,3} =0,118 p _{2,3} =0,617
Женщины	20,96±1,88	20,83±1,12	20,98±1,43	20,91±1,25	p _{1,2} =0,325 p _{1,3} =0,239 p _{2,3} =0,425
	21,30±1,78	21,06±2,21	21,30±1,56	21,28±1,66	p _{1,2} =0,986 p _{1,3} =0,788 p _{2,3} =0,791
Уровень p	p=0,456	p=0,088	p=0,179	p=0,492	

Примечание. АДТ -антидепрессивная терапия.

Больным ИБС с ассоциированной ГБ III стадии назначалась гипотензивная терапия с учетом достигнутого целевого уровня АД. Пациенты принимали антигипертензивные препараты разных классов, преимущественно комбинированную терапию. Исходный уровень офисного САД составил 131,34 ±7,67 мм рт.ст., ДАД - 80,57±4,99 мм рт.ст. На этапе завершения уровень САД составил 122, 97±8,7 мм рт.ст., ДАД 78,27±6,0 мм рт.ст. Через 6 месяцев в динамике было выявлено значимое снижение САД и ДАД по сравнению с их исходными показателями как в общей группе больных (p=0,0001), так и отдельно в подгруппах 1 и 2 (p=0,013; p=0,001). В 3 подгруппе, которая не получала АДТ, значимых изменений САД и ДАД не

отмечено (p=0,422).

Определение спектра липидов проводилось на начальном этапе и через 6 месяцев наблюдения. Результаты указывают на значимую положительную динамику показателей ОХС (p=0,0001), ХС-ЛПВП (p=0,0001), ХС-ЛПНП (p=0,013), снижение ИА (ОХС/ХС-ЛПВП; p=0,0007), ИА по А.Н. Климу (ОХС-ХС-ЛПВП/ХС-ЛПВП; p=0,002) в общей группе больных ИБС с депрессией на фоне использования гиполипидемических препаратов и АДТ. Результаты подтверждаются работами ряда авторов [Винокур В.А., 2002; Гаргансева Н.П., 2002; Козлов С. Н., 2007]. Динамика показателей спектра липидов крови отражена в табл. 2.

Таблица 2

Динамика показателей спектра липидов крови больных ИБС

Больные ИБС с депрессией (n=90)	Средние значения показателей уровня липидов крови в ммоль/л, M±SD					
	ОХС	ХС-ЛПВП	ТГ	ХС-ЛПНП	ИА	ИА по Климу
Исходный уровень	5,76±0,81	1,02±0,16	2,00±0,65	3,83±0,87	5,65±1,28	4,65±1,31
Через 6 месяцев	5,08±0,83	1,16±0,18	1,99±0,71	3,02±0,81	4,38±1,28	3,38±1,28
Уровень (p)	P=0,0001	p=0,0001	P=0,947	p=0,013	p=0,0007	P=0,002

Изучение показателей обмена липидов крови в подгруппах выявило статистически значимое снижение содержания ОХС и ХС-ЛПНП, ИА и повышение ХС-ЛПВП в подгруппах 1 (коаксил) и 2 (стимулотон). Следует отметить, что большая часть пациентов в подгруппах 1 (63,3%) и 2 (56,7%) систематически принимали гиполипидемические препараты, тогда как в контрольной подгруппе лишь 23,3% ($p=0,0028$). Это можно объяснить низкой приверженностью к лечению в связи с сохраняющейся депрессией.

Оценка эффективности и динамика показателей уровня депрессии на фоне приема антидепрессантов с разным механизмом действия проводилась по шкале Гамильтона. На фоне длительной терапии антидепрессантами в подгруппе 1 (коаксил) через 6 месяцев уровень депрессии снизился на 48,42% (с $17,06 \pm 3,90$ до $8,8 \pm 2,35$ баллов; $p=0,001$), в подгруппе 2 (стимулотон) - на 48,18% (с $17,56 \pm 4,60$ до $9,1 \pm 2,29$ баллов; $p=0,001$). В подгруппе 3, не получавшей АДТ, уровень депрессии имел тенденцию к снижению на 8,97% (с $17,72 \pm 3,89$ до $16,13 \pm 3,71$ баллов) ($p>0,05$). При сравнении эффективности коаксила и стимулотона отмечено значимое снижение уровня депрессии независимо от испо-

льзуемого препарата.

По результатам теста СМОЛ (в Т-баллах), усредненный профиль личности пациентов ИБС с депрессией во всех трех подгруппах характеризовался повышением показателей по шкалам 1 (ипохондричности), 2 (депрессии), 3 (эмоциональной лабильности), 6 (риgidности), 7 (тревоги) и снижением по шкале 9 (оптимизма). Повышение показателей по шкалам невротической триады (1, 2, 3) свидетельствует о склонности больных к психосоматическим реакциям и соматизации тревоги. Повышение по шкале 7 и тенденция к снижению по шкале 9 означает наличие депрессивных и психастенических переживаний. Анализ исходных профилей СМОЛ показал, что более, чем у половины больных подгрупп 1, 2 и 3 (в 63,5%, в 64,1% и в 63,8% соответственно) отмечаются признаки социально-психологической дезадаптации (СПД), а также снижение КЖ. Через 6 месяцев АДТ в подгруппах 1 и 2 достоверно снизились признаки СПД, составив в подгруппе 1 - 24,9% ($p=0,004$), в подгруппе 2 - 23,6% ($p=0,003$). В подгруппе 3 (контрольной) через 6 месяцев у 61,1% больных ИБС с депрессией сохраняется высокий уровень СПД (рис. 1).

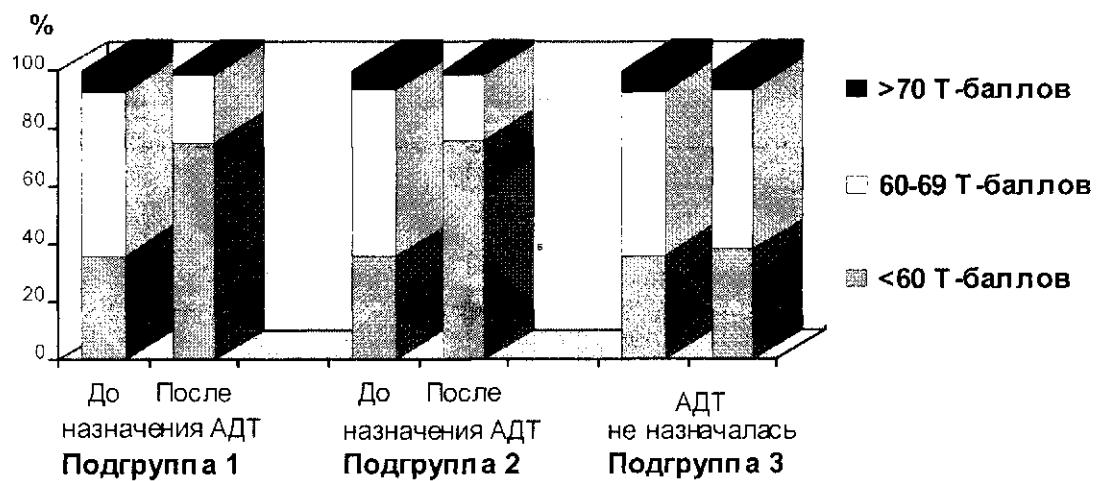


Рис. 1. Динамика уровня теста СМОЛ у больных ИБС с депрессией и признаками СПД в зависимости от назначения антидепрессивной терапии.

Примечание. Показателем СПД являются значения шкал СМОЛ, превышающие 60 Т-баллов

На фоне АДТ наблюдалась положительная динамика в психологическом статусе больных подгруппы 1 и 2, что проявлялось в статистически значимом снижении уровня депрессии, ипохондрической тревоги, повышении настроения и активности, адекватной реакции на жизненные ситуации, улучшении социально-психологической адаптации (СПА). В 3 подгруппе за указанный период времени значимых статистически значимой динамики теста СМОЛ не отмечено. Отличительными особенностями препаратов сбалансированного действия, к которым относятся коаксил и стимулотон, являются их выраженные противотревожный и антидепрессивный эффекты.

Результаты исследования свидетельствуют о благоприятном влиянии проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий на клинико-функциональные и гемодинамические показатели, показатели липидного обмена, психологический профиль и КЖ больных ИБС с депрессией, находившихся на диспансерном наблюдении, при использовании комплексной медикаментозной базисной и психотропной терапии антидепрессантами в амбулаторно-поликлинических условиях.

Наличие депрессивных расстройств приводит к утяжелению течения ИБС и изменению поведения пациента, низкой комплаентности в процессе лечения [7, 10]. Психологические проблемы больных связаны с низкой самооценкой, склонностью к самопорицанию, самообвинению, фиксацией на неудовлетворительном физическом состоянии. Приступы стенокардии отличаются разнообразными соматовегетативными симптомами и внекардиальными наслоениями (ощущения нехватки воздуха, цефалгии, потеря аппетита, инсомнические расстройства, алгии различной локализации), сопровождаются опасениями и страхами тревожного и ипохондрического содержания. Эти симптомы затрудняют не только выявление ИБС и депрессии, но терапию, а также психотерапию в отношении эффективности врачебных меропри-

тий. Для больных ИБС с депрессией свойственны сниженный фон настроения, подавленность, пессимистичность, явления ангедонии, фиксация на психотравмирующих событиях, склонность к психосоматическим реакциям.

Улучшение психологического и психического состояния пациентов, редукция симптомов депрессии при назначении АДТ способствовало повышению приверженности больных ИБС к лечению, правильной оценке своего соматического состояния, регулярному приему необходимых базисных препаратов (антиангинальных, антигипертензивных, гиполипидемических, антиромботических), что в целом улучшало показатели качества жизни.

Сравнительная оценка показателей КЖ больных ИБС была проведена в динамике через 6 мес. на фоне антидепрессивной терапии. Повышение КЖ при лечении антидепрессантами отмечено по шкалам физического функционирования (PF), ролевых ограничений вследствие физических проблем (RP), восприятия общего состояния здоровья, энергичности/жизнеспособности (VT), социального функционирования (SF), ролевых ограничений вследствие эмоциональных проблем (RE), психического здоровья (MH). В подгруппе 3 наблюдалось значимое снижение по шкалам, характеризующим психологический компонент - социальное функционирование (SF), ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем (RE) и психическое здоровье (MH). Отмеченная тенденция положительной динамики ряда показателей КЖ в контрольной группе связана с общим улучшением состояния на фоне проводимой базисной патогенетической и антиангинальной терапии.

Таким образом, использование современных антидепрессантов (коаксила и стимулотона) способствует восстановлению и повышению показателей КЖ. У больных 3 подгруппы, не принимавших антидепрессанты, улучшения качества жизни через 24 недели наблюдения

существенно не происходило. В данной подгруппе отмечено достоверное снижение по шкалам, характеризующим психологический компонент здоровья: социальное функционирование (SF), ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем (RE) и психическое здоровье (MH). Отмеченная тенденция положительной динамики ряда показателей КЖ в 3 подгруппе, повидимому, связана с общим улучшением состояния на фоне проводимой патогенетической и антиангинальной терапии. Суммарный показатель КЖ в 3 подгруппе через полгода наблюдения был ниже, чем у больных, которые получали антидепрессанты коаксил и стимулотон.

Заключение. На фоне длительной терапии антидепрессантами вследствие увеличения приверженности к базисному лечению основного заболевания, было выявлено статистически значимое снижение и нормализация уровня АД, снижение частоты ангинозных приступов, снижение частоты приема нитратов или отказ от пользования короткодействующими нитратами, снижение атерогенных фракций холестерина и индексов атерогенности и повышение антиатерогенной фракции. Антигипертензивные препараты были достоверно более эффективны. Применение антидепрессантов в схеме базисной терапии больных ИБС, ассоциированной с депрессивными расстройствами, приводит не только к редукции симптомов депрессии, но также способствует снижению риска ССО, повышению приверженности к лечению, социально-психологической адаптации и показателей качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрюшенко А. В. Сравнительная оценка шкал CES-D; BDI и HADS в диагностике депрессий в общемедицинской практике / А. В. Андрюшенко, М. Д. Дробижев, А. В. Добровольский // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 2003. - № 5. - С. 11-18.
2. Карпов Р. С. Характеристика медико-демографической ситуации в Сибирском федеральном округе / Р. С. Карпов // Здоровье нации - основа процветания России : матер. конгр. 3-го всерос. форума. - М., 2007. - Т. 2, Ч. 2. - С. 87-88.
3. Карпов Ю. А. Механизмы развития поражения сердечно-сосудистой системы у больных с депрессией / Ю. А. Карпов // Consilium medicum. - 2003. - Экстравып. - С. 10-12.
4. Краснов В.Н. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники. Методические рекомендации. - М.: Минздрав России, 2000. - 24 с.
5. Оганов Р. Г. Профилактика сердечно-сосудистых и других психофизионных заболеваний - основа улучшения демографической ситуации в России / Р. Г. Оганов, Г. Я. Масленникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2005. - № 3. - С. 4-9.
6. Оганов Р.Г. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р. Г. Оганов, Л. И. Ольбинская, А. Б. Смулевич // Кардиология. - 2004. - №1. - С. 48-54.
7. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине / А. Б. Смулевич. - М.: Мед. информ. агентство, 2001. - 253 с.
8. Национальные клинические рекомендации // Диагностика и лечение стабильной стенокардии. - ВНОК, Москва. - 2009. - С. 60-112.
9. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования / Е. И. Чазов, Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова и др. // Кардиология. - 2007. - № 3. - С. 28-37.
10. Anda R. Depressed affect, hopelessness and the risk of ischemic heart diseases in a cohort of US adults / R. Anda, D.F. Williamson, D. Jones et al.// J. Epidemiology. - 1993. - № 4. - P. 285-294.

11. Dickens C. New Onset Depression Following Myocardial Infarction Predicts Cardiac Mortality / C. Dickens, L. McGowan, C. Percival et al. // Psychosomatic Medicine. - 2008. - № 70. - P. 450-455.
12. Surtees P.G. Depression and Ischemic Heart Disease Mortality: Evidence From the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study / P.G. Surtees, W.J. Nicholas, Wainwright et al. //Am. J. Psychiatry. - 2008. - №165. - P. 515 - 523.
13. Williams S.A. Depression and risk of heart failure among the elderly: a prospective community-based study / S.A. Williams, S.V. Kasl, A. Heiat et al. // Psychosom. Med. - 2002. - № 64. - P. 6-12.
14. Ware J. E. SF-36 Health survey: Manual and interpretation guide / J. E. Ware; The Health Institute, New England Medical Center. - Boston: Kluwer Acad. Publ., 1993. - 372 p.