

УДК 616.132.2-002:616.89-008.454

**ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ОСОБЕННОСТИ  
СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ ЛИЧНОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ  
У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**С.Ю. Мухтаренко, Т.М. Мураталиев**

Рассматривается распространенность тревоги, депрессии, показателя качества жизни и их взаимосвязь с уровнем субъективного контроля личности в отношении здоровья у больных коронарной болезнью сердца (КБС), подтвержденной данными коронароангиографического исследования.

*Ключевые слова:* коронарная болезнь сердца (КБС); тревога; депрессия.

В настоящее время общепризнана роль психологических факторов в этиологии и патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [1]. По данным исследований, выполненных в последние годы, наиболее значимыми из психологических факторов, ассоциированных с развитием сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в том числе КБС, является острый и хронический психоэмоциональный стресс, а также связанные с ними тревожные и депрессивные расстройства [2–6]. Эти расстройства являются не только факторами риска развития КБС, но и в значительной степени определяют клиническое течение заболевания, а также прогноз [1, 7, 8].

Исследования, проведенные в США и ряде европейских стран, показали, что надежды, возлагавшиеся на высокотехнологичные виды помощи как средства первой линии для борьбы с ССЗ, не оправдались. Несмотря на огромное число баллонных ангиопластик и операций аорто-коронарного шунтирования, выполняющихся в экономически развитых западных странах (1,6 млн вмешательств ежегодно только в США), их вклад в снижение сердечно-сосудистой смертности оказался небольшим [9, 10]. Как свидетельствуют результаты крупных европейских и американских исследований, причина заключается в недостаточности и неадекватности вторичной профилактики ССЗ, в том числе и психологических факторов риска КБС.

В исследованиях последних лет указывается на то, что в основе развития КБС и депрессии, а также у больных с артериальной гипертензией, атеросклеротическим поражением и депрессией, лежат схожие патофизиологические феномены,

связанные с гиперактивацией цитокиновой системы организма [11, 12]. В связи с этим можно предположить взаимное потенцирование этих процессов [11]. Кроме того, по данным некоторых авторов [11], депрессия повышает функциональную активность тромбоцитов, является фактором риска развития внутрисосудистого воспаления и способствует возникновению тромботических осложнений у больных КБС [13–15].

По данным С.И. Черновой и Е.Е. Аверина [11], среди больных с тяжелыми клиническими проявлениями КБС отмечена наибольшая распространенность депрессии, причем максимальное количество больных с депрессией отмечено среди пациентов с многососудистым поражением коронарного русла. В этой группе больных отмечено минимальное снижение уровня депрессии в процессе лечения. По данным этих авторов, больные КБС, имеющие повышенное содержание провоспалительных цитокинов, высокий уровень депрессии и отсутствие динамики этих показателей после лечения, должны быть отнесены к группе высокого риска неблагоприятного исхода КБС.

Другая психологическая характеристика, которая оказывает влияние на успешность лечебных и реабилитационных программ у больных КБС, это уровень субъективного контроля личности в отношении здоровья (УСКз) [16]. Интернальный тип УСКз указывает на то, что человек считает свой образ жизни во многом ответственным за свое здоровье. Пациенты с экстернальным типом УСКз считают, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей.

Таблица 1 – Средние значения по шкалам методики HADS, BDI, тесту Спилбергера, МСОС, УСКз у больных КБС (n = 50)

HADS		BDI	Тест Спилбергера		МСОС	УСКз
Т	Д		РТ	ЛТ		
8,3±5,5	6,8±4,3	14,1±8,6	46,1±11,8	46,7±12,7	24,5±5,8	3,4±4,8

Примечание: здесь и далее в таблицах 2–4: HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии; BDI – шкала депрессии Бека; Т – тревога; Д – депрессия; РТ – реактивная тревожность; ЛТ – личностная тревожность; МСОС – Модифицированный Сизтлский опросник для больных стенокардией; УСКз – уровень субъективного контроля личности в области здоровья.

Цель исследования – изучить распространенность тревоги (Т), депрессии (Д), показателя качества жизни (КЖ) и их взаимосвязь с уровнем субъективного контроля личности в области здоровья у больных КБС, подтвержденной данными коронароангиографического исследования (КАГ).

**Материал и методы.** Были обследованы 50 больных КБС, госпитализированных в НЦКит: 45 (90 %) мужчин и 5 (10 %) женщин (средний возраст 58,38 ± 8,38 лет), которым была проведена КАГ. Все больные имели ту или иную степень поражения сосудистого русла. Пациенты заполнили опросник В.Н. Краснова, ориентированный на выявление расстройств тревожно-депрессивного регистра [17]. Для диагностики Т и Д использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) [18, 19], шкалу депрессии Бека (BDI) [20], тест Спилбергера для диагностики реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности [21], Модифицированный Сизтлский опросник для больных стенокардией (МСОС) [22] и шкалу субъективного контроля личности в отношении здоровья методики УСК (УСКз) [23]. Результаты исследования обработаны стандартными методами статистики с использованием программ Excel и Statistika 6.0.

**Результаты и их обсуждение.** Данные анализа по опроснику В.Н. Краснова свидетельствовали о том, что практически у всех 50 обследованных больных отмечались те или иные симптомы ТДР. По этому опроснику 5 (10 %) пациентов оценили свое состояние в момент обследования как хорошее, 34 (68 %) – удовлетворительное, 11 (22 %) – плохое.

Общий средний балл по использованным методикам в обследуемой группе больных КБС представлен в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, общий балл по показателю Т шкалы HADS указывал на умеренно выраженную тревогу, а показатель Д по этой шкале свидетельствовал об отсутствии симптомов депрессии. В связи с тем, что результаты обследования по шкале HADS, наиболее часто используемой в практике врачей-интернистов, могут быть больше использованы для оценки степени выраженности общего дистресса больных, а дифференцировать

по ней депрессивное и тревожное состояние достаточно сложно [24], мы использовали также шкалу BDI и тест Спилбергера. Как видно из таблицы 1, общий балл по шкале BDI (с учетом включения 16 пациентов с отсутствием симптомов депрессии) составил 14,1 ± 8,6, что соответствовало легкой степени депрессии. Однако анализ частоты встречаемости различных степеней депрессии по шкале BDI позволил выявить высокую частоту встречаемости (n = 12; 24 %) выраженной степени депрессии. Показатели РТ и ЛТ теста Спилбергера указывали на высокую степень реактивной и личностной тревожности, однако они незначительно превышали умеренную степень выраженности этих показателей по нормативам (31–45 баллов). Показатель КЖ по МСОС (24,5 ± 5,8) использовался нами также для выявления взаимосвязи КЖ с показателями шкалы УСКз. Значение показателя по шкале УСКз было несколько ниже по сравнению со среднестатистическим (4,4 ± 3,5) и указывало на сдвиг в сторону экстернального типа отношения к здоровью.

Анализ результатов исследования с использованием шкалы депрессии Бека показал, что у 16 (32 %) пациентов отсутствовали симптомы депрессии, а у 34 (68 %) диагностировалась та или иная степень выраженности депрессивных симптомов (10 баллов и ≥). Результаты обследования по шкале BDI подтверждались данными клинического обследования с использованием МКБ-10.

Частота встречаемости различных степеней депрессии по шкале BDI у больных КБС представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Частота встречаемости различных степеней депрессии по шкале BDI у больных КБС

Группа	Степень депрессии по BDI	Количество больных, чел.	%
I	0–9 (отсутствие)	16	32
II	10–15 (легкая)	17	34
III	16–19 (умеренная)	4	8
IV	20–29 (выраженная)	12	24
V	30–63 (тяжелая)	1	2

Таблица 3 – Частота встречаемости различных степеней тревоги и депрессии по шкале HADS и реактивной и личностной тревожности по тесту Спилбергера у больных КБС

Группа	HADS			Тест Спилбергера		
	Степень выраженности тревоги и депрессии	Тревога, n (%)	Депрессия, n (%)	Степень выраженности РТ и ЛТ	РТ n (%)	ЛТ n (%)
I	0–7 (отсутствие)	21 (42 %)	31 (62 %)	0–30 (низкая)	2 (4 %)	2 (4 %)
I	8–10 (умеренная)	14 (28 %)	7 (14 %)	31–45 (умеренная)	23 (46 %)	24 (48 %)
III	11 и ≥ (выраженная)	15 (30 %)	12 (24 %)	46 и ≥ (высокая)	25 (50 %)	24 (48 %)

Таблица 4 – Средние значения по шкалам методики HADS, BDI, тесту Спилбергера и MCOC в группах больных с интернальным и экстернальным типом УСКЗ

№	Стены	HADS		BDI	Тест Спилбергера		MCOC
		T	D		РТ	ЛТ	
I	5–10, n=28	7,7±5,5	6,04±4,2	12,61±7,8	46,78±9,9	44,43±9,96	24,9±5,1
II	1–4, n=22	9,5±5,4	7,82±4,8	16,09±9,4	45,23±13,8	49,68±14,9	24,5±5,4

Как видно из таблицы 2, в данной группе обследованных больных преобладали пациенты с различной степенью выраженности симптомов депрессии.

Частота встречаемости различных степеней тревоги и депрессии по шкале HADS и реактивной и личностной тревожности по тесту Спилбергера у больных КБС представлена в таблице 3.

Для выявления взаимосвязи между показателями интернальности – экстернальности в отношении здоровья с показателями тревоги, депрессии и качества жизни по результатам использованных методик были выделены две группы больных в зависимости от значения показателя шкалы УСКЗ. В первую группу (I) вошли пациенты со средне-статистическим и интернальным типом отношения к здоровью (5–10 стенов), во вторую (II) – с экстернальным типом (1–4 стенов). Данные анализа результатов сравнения по шкалам использованных методик представлены в таблице 4.

Как видно из таблицы 4, достоверных различий между показателями тревоги, депрессии и КЖ по шкалам использованных методик в группах больных с интернальным и экстернальным УСКЗ не выявлено.

#### Выводы

По результатам данного исследования шкала BDI является более адекватной для диагностики депрессии по сравнению с HADS у больных КБС.

Отмечается достаточно высокая частота встречаемости депрессии, в том числе выраженной степени, по шкале BDI у больных КБС, что необходимо учитывать при планировании лечебных и реабилитационных мероприятий.

Также отмечена высокая частота встречаемости экстернального типа отношения к здоровью (44 %) в данной группе обследованных больных КБС, что также необходимо учитывать при организации реабилитационных программ субъективного контроля личности в отношении здоровья. Не оказывал влияния на выраженность симптомов тревожно-депрессивного спектра и показатель качества жизни в данной группе обследованных больных КБС.

#### Литература

1. *Погосова Г.В.* Клиническая эффективность эсциталопрама у больных ишемической болезнью сердца с коморбидной депрессией / Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов, А.В. Карпова и соавт. // Кардиология. 2009. № 3. С. 4–8.
2. *Погосова Г.В.* Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти / Г.В. Погосова // Кардиология. 2002. № 4. С. 86–91.
3. *Гафаров В. В.* Инфаркт миокарда и стресс на работе и в семье: 10-летний риск возникновения в открытой популяции мужчин 25–64 лет (эпидемиологическое исследование в рамках ВОЗ “MONICA-PSYCHOSOCIAL”) / В.В. Гафаров, А.А. Громова, А.В. Гафарова и др. // Тер. архив. 2006. № 11. С. 87–92.
4. *Долецкий А.А.* Психологическая реабилитация кардиологических больных / А.А. Долецкий, А.В. Свет, А.В. Чаплыгин // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2011. № 1. С. 3–36.
5. *Frasure-Smith N., Lesperance F.* Depression and Anxiety as Predictors of 2-Year Cardiac Events in Patients with Stable Coronary Artery Disease // Arch. Gen Psychiatry, 2008; 65 (1): 62–71.

6. *Frassure-Smith N., Lesperanse F.R.* Depression and other psychological risk following myocardial infarction // Arch. Gen. Psychiatry, 2003; 60 (6): 627–636.
7. *Бурячковская А.И.* Влияние депрессивных расстройств на развитие и исход сердечно-сосудистых заболеваний / А.И. Бурячковская, Е.О. Полякова, А.Б. Сумароков // Тер. архив. 2006. № 11. С. 87–92.
8. *Meyer T. et al.* Role of Cardiac Disease Severity in the Predictive Value of Anxiety for All-Cause Mortality // Psychosom. Med., 2010; 72: 9–15.
9. *Оганов Р.Г.* Кардиоваскулярная профилактика в действии / Р.Г. Оганов, Н.Ф. Герасименко, Г.В. Погосова и др. // Кардиология. 2011. № 1. С. 47–49.
10. *Погосова Г.В.* Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца – ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности / Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов, А.Н. Рославцева // Кардиология. 2007. № 3. С. 79–84.
11. *Чернова С.И.* Депрессия и цитокиновая активация у больных ишемической болезнью сердца с многососудистым поражением коронарного русла / С.И. Чернова, Е.Е. Аверин // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2010. № 6. С. 4–15.
12. *Чернова С.* Взаимосвязь воспалительных медиаторов и тяжести депрессии с атеросклеротическими поражениями при артериальной гипертензии / С. Чернова, Е. Аверин, М. Зборовская // Врач. 2010. № 5. С. 75–77.
13. *Бурячковская Л.И.* Активация тромбоцитов и маркеры воспаления у больных ишемической болезнью сердца с депрессией / Л.И. Бурячковская, Е.О. Полякова, А.В. Зорин и соавт. // Тер. архив. 2006. № 10. С. 9–14.
14. *Frassure-Smith N., Lesperanse F., Irwin M.R. et al.* Depression, C-reactive protein and two-year major adverse cardiac events in men after acute coronary syndromes // Biol. Psychiatry, 2007; 62 (94): 302–308.
15. *Lesperanse F., Frassure-Smith N., Theroux P., Irwin M.* The association between major depression and levels of soluble intercellular adhesion molecule 1, interleukin-6, and C-reactive protein patients with recent acute coronary syndromes. Am. J. Psychiatry, 2004; 161 (2): 271–277.
16. *Дмитриев К.Д.* Уровень субъективного контроля личности у соматических больных и задачи реабилитации / К.Д. Дмитриев, Г.П. Цейтина, А.М. Эткинд // Социально-психологические проблемы реабилитации нервно-психических больных. Л., 1984. Т. 107. С. 100–105.
17. *Васюк Ю.А.* Аффективные расстройства при остром инфаркте миокарда и возможности их коррекции тианептином / Ю.А. Васюк, А.В. Лебедев, Т.В. Довженко и др. // Тер. архив. 2010. № 10. С. 28–33.
18. *Zigmond A.S., Snaith R.P.* The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica, 1983; 67: 361–370.
19. *Michopoulos I., Douzenis., Kalkavoura Ch. et al.* Hospital Anxiety and Depression scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample // Annals of General Psychiatry, 2008; 7: 4 doi 10.1186/1744–859 x-7-4.
20. *Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al.* An Inventory for Measuring Depression // Arch. Gen. Psychiat. 1961; 4: 561–571.
21. *Ханин Ю.Л.* Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. Л.: ЛНИИТЕК, 1976. 18 с.
22. *Залеская Ю.В.* Оценка эффективности обучающей программы у пациентов с коронарной болезнью сердца и гиперлипидемией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.В. Залеская. Бишкек, 2002. 19 с.
23. Методика определения уровня субъективного контроля (УСК): метод. рекоменд. М., 1984. 22 с.
24. *Цыганков Б.Д.* Возможности психометрической оценки коморбидных тревожных и депрессивных расстройств (по данным зарубежной литературы) / Б.Д. Цыганков, Я.В. Малыгин, Ю.В. Добровольская и др. // Журнал неврологии и психиатрии. 2009. № 6. С. 91–94.