

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*С.Ю. Мухтаренко, Т.М. Мураталиев*

---

Анализируются подходы к диагностике тревоги и депрессии у больных коронарной болезнью сердца.

*Ключевые слова:* тревога; депрессия; коронарная болезнь сердца.

Несмотря на то, что взаимосвязь сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и аффективных тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) давно считается общепризнанной, лишь в последние 20 лет в ходе длительных проспективных исследований были получены очевидные доказательства того, что ТДР являются независимым фактором риска артериальной гипертензии (АГ) и коронарной болезни сердца (КБС) [1, 2]. В эпидемиологических и проспективных исследованиях убедительно доказано, что депрессия является независимым фактором развития и прогрессирования КБС, а также прогностическим фактором неблагоприятного исхода этого заболевания [3, 4]. Депрессия часто сочетается с тревожными расстройствами. Жизнеугрожающее обострение хронической КБС – острый инфаркт миокарда (ОИМ) – неизбежно сопровождается эмоциональной нестабильностью пациентов. У одной трети больных с ОИМ регистрируются тревожные и депрессивные расстройства, пациенты нередко испытывают ди-стресс, разнообразные фобии [5–7].

Хотя инфаркт миокарда и летальный исход являются важным критерием неблагоприятного влияния депрессии, не следует забывать и о влиянии депрессии на другие аспекты жизни пациентов – способность получать удовольствие от жизни, интерес к окружающим событиям, энергичность и т. д. [8]. Например, у пациентов, подвергшихся коронарной ангиопластике с депрессией (дистимия, рекуррентное депрессивное расстройство), функциональная способность была значительно ниже, чем у пациентов без депрессии [9].

Значительно хуже изучено влияние депрессии на течение стенокардии. В исследовании Lesperance F. и соавт. [10] показано, что при наличии депрессии у больных с нестабильной стенокардией летальность в течение одного года повышалась в 6,7 раза.

Несмотря на клиническую значимость, депрессивные состояния в общемедицинской сети в большинстве случаев не выявляются и соответственно не лечатся. Такое положение во многом обусловлено недостаточной информированностью врачей общей практики о современных

возможностях диагностики и терапии депрессий [11]. Однако следует отметить, что диагностика депрессий у больных КБС достаточно трудна, что обусловлено функционированием системы психологической защиты с синдромом “отрицания” и специфическими особенностями личности коронарного больного, включая алекситимию и особенности субъективного контроля личности.

Цель исследования – изучить распространение тревоги (Т) и депрессии (Д) у больных КБС, подтвержденной данными коронароангиографического исследования (КАГ), и внедрить методы диагностики Т и Д в практику врачей-кардиологов и психотерапевтов НЦКиТ.

**Материал и методы.** С целью внедрения мультидисциплинарного подхода в диагностике и лечении ТДР были обследованы 30 больных (28 мужчин (93,3 %) и 2 женщины (6,7 %) КБС (средний возраст  $59,33 \pm 8,97$  лет), которым была проведена КАГ. Все больные имели ту или иную степень поражения сосудистого русла. Для диагностики Т и Д использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) [12], шкалу депрессии Бека (BDI) [13], тест Спилбергера-Ханина [14] для диагностики реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности и тест Люшера в кратком 8-цветовом варианте [15]. Кроме того, больным предлагалось субъективно оценить свое состояние здоровья по трем критериям: хорошее, удовлетворительное и плохое. Результаты исследования обработаны стандартными методами статистики с использованием программы Excel.

**Результаты и их обсуждение.** Четыре пациента (13,3 %) оценили состояние своего здоровья в момент обследования как хорошее, 18 (60 %) – удовлетворительное и 8 (26,7 %) – плохое. Общий балл по показателю Т HADS составил  $8,1 \pm 5,94$ , что соответствовало субклинически выраженной Т по шкале депрессии HADS –  $6,5 \pm 4,92$ , что указывало на отсутствие симптомов Д по этой шкале. Процентное соотношение степени выраженности симптомов Т и Д у больных КБС по шкале HADS представлено в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Процентное соотношение степени выраженности тревоги у больных КБС по шкале HADS

Степень тревоги	Кол-во больных	%
0–7	13	43,3
8–10	9	30
11 и $\geq$	8	26,

Здесь и в табл.2: 0–7 – отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги/ депрессии; 8–10 – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 и  $\geq$  – клинически выраженная тревога/депрессия.

Таблица 2

Процентное соотношение степени выраженности депрессии у больных КБС по шкале HADS

Степень депрессии	Кол-во больных	%
0–7	21	70
8–10	4	13,3
11 и $\geq$	5	16,7

Общий балл по шкале BDI составил  $12,6 \pm 9,27$ , что соответствовало легкой степени Д.

Анализ оценки результатов степени выраженности Д по шкале BDI представлен в табл. 3.

Таблица 3

Процентное соотношение степени выраженности депрессии у больных КБС по шкале BDI

Степень депрессии	Кол-во больных	%
0–9	12	40
10–15	11	36,7
16–19	1	3,3
20–29	5	16,7
30–63	1	3,3

Обозначения: 0–9 – отсутствие депрессивных симптомов; 10–15 – легкая депрессия; 16–19 – умеренная депрессия; 20–29 – депрессия средней тяжести; 30–63 – тяжелая.

Отмечена умеренная степень РТ ( $42,92 \pm 13,51$ ) и ЛТ ( $43,04 \pm 13,95$ ) по тесту Спилбергера-Ханина.

Анализ результатов обследования с использованием теста Люшера свидетельствовал о наличии Т в 60 % случаев, причем, в части случаев Т по тесту Люшера диагностировалась у больных, которые при ответах на вопросы психометрических шкал отрицали наличие проявлений этого симптома, а также отрицали наличие симптомов Т и Д на вербальном уровне на консультации у психотерапевта. У таких пациентов отмечалось стремление к созданию социально одобряемого образа “Я” в ситуации болезни.

**Выводы**

Диагностика Т и Д у больных КБС достаточно трудна, а результаты обследования больных

с использованием психометрических шкал (в частности HADS, часто используемой в практике врачей-интернистов) не всегда свидетельствуют о реальном уровне Т и Д. Результаты данного исследования по шкале HADS согласуются с литературными данными.

Функционирование механизмов психологической защиты, отраженных в результатах тестирования (отрицание, в части случаев, Т и Д при использовании психометрических шкал, и их диагностика с помощью других тестов и в процессе клинического интервью) диктует необходимость внедрения мультидисциплинарного подхода (в частности совместной работы кардиологов и психотерапевтов) при организации диагностических и лечебных мероприятий у больных КБС.

### *Литература*

1. *Погосова Г.В.* Депрессия у кардиологических больных: современное состояние проблемы и подходы к лечению // Кардиология. 2004. № 1. С. 88–92.
2. *Бурячковская Л.И. и др., Полякова Е.О., Сумароков А.Б.* Влияние депрессивных расстройств на развитие и исход сердечно-сосудистых заболеваний / Л.И. Бурячковская, Е.О. Полякова, А.Б. Сумароков // Тер. архив. 2006. № 11. С. 87–92.
3. *Barefoot J.C., Helms M.J., Mark D.B. et al.* Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease // Am. J. Cardiol., 1996; 78 (6): 613–617.
4. *Frassure-Smith N., Lesperanse F., Junean M. et al.* Gender, Depression and one-year prognosis after myocardial infarction // Psychosom. Med., 1999; 61 (1): 26–37.
5. *Huffman J., Smith F., Quinn D. et al.* Post MI psychiatric syndromes: six unanswered questions // Harv. Rev. Psychiat., 2006; 14 (6): 305–318.
6. *Lauson C., Beck C.A., Thao Huynh et al.* Depression and prognosis following hospital admission because of acute myocardial infarction // CMAJ, 2003; 168 (5): 547–552.
7. *Nasilowska-Basud A.* Anxiety and fear level in patients after myocardial infarction over five-years of rehabilitation // Ann. Univ. Mariay Curie Sklodowska, 2002; 57 (2): 505–513.
8. *Белялов Ф.И.* Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца. // Кардиология. 2002. № 8. С. 63–67.
9. *Januzzi J.L., Pasternak R.C., DeSanctic R.W.* The Influence of Anxiety and Depression on Outcomes of Patients With Coronary Artery Disease // Arch. Intern. Med., 2000; 160: 13.
10. *Lesperance F., Frassure-Smith N., Juneau M., Theroux P.* Depression an I-Year Prognosis in Unstable Angina // Arch. Intern. Med, 2000; 160: 1354–1360.
11. *Оганов Р.Г. и др., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б.* Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике: Результаты программы КОМПАС / Р.Г. Оганов, Л.И. Ольбинская, А.Б. Смулевич и др. // Кардиология. 2004. № 1. С. 48–54.
12. *Zigmond A.S., Snaith R.P.* The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica, 1983; 67: 361–370.
13. *Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al.* An Inventory for Measuring Depression // Arch. Gen. Psychiat, 1961; 4: 561–571.
14. *Ханин Ю.Л.* Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л.: ЛНИИТЕК, 1976. С. 18.
15. *Ахмеджанов Э.Р.* Психологические тесты. М., 1996. С. 13–18.