

УДК 616.89.616.011.616.1

**ДИНАМИКА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ  
АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ  
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*М.Р. Сулайманова, А.В. Романова*

Проведено исследование динамики аффективных сдвигов в зависимости от продолжительности заболеваний сердечно-сосудистой системы с учетом феноменов одиночества и агрессии. Выявлены факторы, обуславливающие хронизацию коморбидных состояний при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и резистентность к терапии.

*Ключевые слова:* одиночество; агрессия; тревога; депрессия; сердечно-сосудистые заболевания.

**DYNAMICS OF CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES  
OF AFFECTIVE DISORDERS ASSOCIATED WITH CARDIOVASCULAR DISEASE**

*M.R. Sulaymanova, A.V. Romanova*

It is conducted the research of dynamics affective disorders depending on the duration of cardiovascular diseases considering the phenomenon of loneliness and aggression. It is identified factors, which cause chronization of comorbid conditions with cardiovascular disease and resistance to therapy.

*Keywords:* loneliness; aggression; anxiety; depression; cardiovascular disease.

Научно-исследовательские и статистические данные свидетельствуют о лидирующих позициях заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) во всем мире [1–6]. Так, по оценкам ВОЗ (ВОЗ, информационный бюллетень № 317, 2015), в 2012 г. от заболеваний ССС погибло 17,5 млн человек, что составило 31 % всех случаев смерти, из них 7,4 млн человек умерли от ишемической болезни сердца (ИБС) и 6,7 млн человек – в результате инсульта. В Кыргызской Республике (КР) на долю заболеваний ССС приходится около половины всех регистрируемых смертей, причем смертность от заболеваний системы кровообращения, ИБС и цереброваскулярных нарушений является самой высокой среди всех стран Центральной Азии. Уровень смертности среди взрослых мужчин в КР в среднем выше, чем, в целом, по странам Европы и странам с низким и средним уровнем дохода [1]. В общемедицинской сети в структуре заболеваний ССС чрезвычайно распространены коморбидные состояния, такие как ассоциированные тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) и гипертоническая болезнь (ГБ) и/или ТДР и коронарная болезнь сердца (КБС), которые характеризуются тенденцией к хронизации, резистентностью к терапии и по-

вышают летальность в 2–4 раза [2–5, 7]. Однако, несмотря на множество работ, подтверждающих прогностическую неблагоприятность коморбидности аффективных и сердечно-сосудистых расстройств, ключевыми целями новой Национальной программы «Ден Соолук» являются улучшение качества медицинской помощи и ускорение достижений в улучшении показателей здоровья лишь только в четырех приоритетных направлениях: контроле сердечно-сосудистых заболеваний, туберкулеза, ВИЧ, здоровья матери и ребенка (наряду с сохранением доставшихся упорным трудом результатов в части обеспечения финансовой защиты населения, доступности и эффективности услуг здравоохранения), но не в области психического здоровья населения, где ситуация требует кардинальных реформ [6]. Работы, изучающие динамику клинико-психологических сдвигов в процессе течения заболеваний ССС, обуславливающих хронизацию и резистентность к терапии – единичны [8–11].

Цель исследования – изучение динамики клинико-психологических особенностей аффективных нарушений в процессе течения заболеваний ССС, способствующих хронизации и резистентности к проводимой терапии, для дальнейшей оптимизации

ции дифференцированных подходов диагностики и терапии.

Задачи:

1. Идентифицировать уровень аффективных сдвигов при ГБ и КБС с учетом уровня одиночества и агрессии в зависимости от типологии заболевания.

2. Изучить динамику уровня тревоги и депрессии в зависимости от продолжительности течения ГБ и КБС, учитывая показатели одиночества и агрессии.

3. Выявить корреляционные связи между уровнями аффекта, агрессии, одиночества и продолжительностью заболевания.

4. Описать дифференцированные диагностические и терапевтические подходы в работе с коморбидными расстройствами в зависимости от типологической принадлежности заболеваний ССС.

**Материалы и методы исследования.** На базе стационарных отделений Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова нами исследованы и, в операциональных целях, сформированы 2 группы респондентов с верифицированными диагнозами тревожно-депрессивных расстройств, соответствующие рубрикам F-3, F-4, F-5, согласно МКБ-10 [12], ассоциированными с заболеваниями ССС: I состояла из 28 пациентов, страдающими ГБ, что составило 46,7 %, II – из 32 пациентов, страдающими КБС, что составило 53,3 %.

Нами использованы следующие методы исследования: клиническое полуструктурированное интервью; стандартизованные шкалы: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала оценки личностной тревоги Спилбергер – Ханина (ШЛТ), шкала оценки депрессии Цунга (ШДЦ), шкала одиночества UCLA, шкала агрессии Ассингера; ретроспективный анализ продолжительности заболевания и частоты госпитализаций по данным амбулаторных карт и выписок из историй болезни. Данные подвергались обработке методом вариационной статистики с помощью компьютерных программных пакетов Statlab и Microsoft Excel.

**Результаты и обсуждение.** Идентификация уровня аффекта у пациентов с заболеваниями ССС выявила следующие особенности (таблица 1): у пациентов I группы уровень тревоги по HADS составил  $10,0 \pm 0,4$  ( $P < 0,001$ ), что соответствует субклинически выраженному, умеренному ( $45,3 \pm 1,9$ ,  $P < 0,001$ ) – по Спилбергеру – Ханину, депрессия по HADS низко выражена ( $7,67 \pm 0,5$ ,  $P < 0,001$ ), по Цунгу – соответствует легкой степени ( $50,1 \pm 3,02$ ,  $P < 0,001$ ). У пациентов II группы тревога по HADS клинически выражена ( $12,1 \pm 0,5$ ,  $P < 0,001$ ), по Спилбергеру – Ханину соответствует высокому

уровню ( $48,4 \pm 1,9$ ,  $P < 0,001$ ), депрессия по HADS субклинически выражена ( $10,5 \pm 0,9$ ,  $P < 0,001$ ), а по Цунгу – умеренно выражена ( $52,4 \pm 1,2$ ,  $P < 0,001$ ).

Таблица 1 – Идентификация уровня аффекта у пациентов с ГБ и КБС

Шкала	ГБ ( $P < 0,001$ )	КБС ( $P < 0,001$ )
Тревога по HADS	$10,0 \pm 0,4$	$12,1 \pm 0,5$
Тревога по Спилбергеру – Ханину	$45,3 \pm 1,9$	$48,4 \pm 1,9$
Депрессия по HADS	$7,67 \pm 0,5$	$10,5 \pm 0,9$
Депрессия по Цунгу	$50,1 \pm 3,02$	$52,4 \pm 1,2$

Уровень одиночества у пациентов соответствует высокой степени  $43,1 \pm 1,9$ , ( $P < 0,001$ ), уровень агрессии соответствует  $32,1 \pm 0,9$ , ( $P < 0,001$ ). У пациентов II группы уровень одиночества ( $44,4 \pm 1,5$ ) и агрессии ( $35,1 \pm 0,3$ ) превышают показатели I группы ( $P < 0,001$ ) (таблица 2).

Таблица 2 – Идентификация уровня одиночества и агрессии у пациентов с ГБ и КБС

Шкала	ГБ ( $P < 0,001$ )	КБС ( $P < 0,001$ )
Одиночество по UCLA	$43,1 \pm 1,9$	$44,4 \pm 1,5$
Агрессия по Ассингеру	$32,1 \pm 0,9$	$35,1 \pm 0,3$

Таким образом, у пациентов с КБС уровни аффекта, одиночества и агрессии выше, чем у пациентов с ГБ.

При исследовании уровня аффекта у пациентов с заболеваниями ССС в зависимости от продолжительности заболевания (таблица 3) выявлены следующие отличительные особенности: у пациентов I группы уровень тревоги по HADS понижается с клинически выраженного ( $12,5 \pm 0,5$ ,  $P < 0,001$ ) до субклинически выраженного ( $9,7 \pm 0,9$ ,  $P < 0,001$ ), тревога по Спилбергеру – Ханину остается на высоком уровне ( $48,9 \pm 1,7$ ,  $P < 0,001$ ;  $48,5 \pm 1,8$ ,  $P < 0,001$ ). Уровень депрессии по HADS понижается от клинически выраженного ( $9,3 \pm 0,6$ ,  $P < 0,001$ ) до субклинически выраженного ( $8,2 \pm 1,7$ ,  $P < 0,001$ ), по Цунгу – сохраняется на низком уровне ( $51,1 \pm 1,6$ ,  $P < 0,001$ ;  $48,0 \pm 2,0$ ,  $P < 0,001$ ). У пациентов II группы уровень тревоги по HADS возрастает от субклинически выраженного ( $8,0 \pm 0,8$ ,  $P < 0,001$ ) до клинически выраженного уровня ( $12,9 \pm 0,7$ ,  $P < 0,001$ ), по Спилбергеру – Ханину увеличивается от среднего ( $44,6 \pm 0,7$ ,  $P < 0,001$ ) до высокого уровня ( $49,1 \pm 1,1$ ,  $P < 0,001$ ). Уровень депрессии по HADS стабилизируется на субклиническом ( $10,0 \pm 0,01$ ,  $P < 0,001$ ;  $9,5 \pm 0,12$ ,  $P < 0,001$ ), по Цунгу – увеличивается с легкой степени ( $49,0 \pm 2,7$ ,  $P < 0,001$ ) до умеренной ( $53,0 \pm 2,1$ ,  $P < 0,001$ ).

Таблица 3 – Уровень аффекта у пациентов с заболеваниями ГБ и КБС в зависимости от продолжительности заболевания

Аффект	До 3-х лет		Более 3-х лет	
	ГБ (P < 0,001)	КБС (P < 0,001)	ГБ (P < 0,001)	КБС (P < 0,001)
Тревога по HADS	12,5 ± 0,5	8,0 ± 0,8	9,7 ± 0,9	12,9 ± 0,7
Тревога по Спилбергеру – Ханину	48,9 ± 1,7	44,6 ± 0,7	48,5 ± 1,8	49,1 ± 1,1
Депрессия по HADS	9,3 ± 0,6	10,0 ± 0,01	8,2 ± 1,7	9,5 ± 0,12
Депрессия по Цунгу	51,1 ± 1,6	49,0 ± 2,7	48,0 ± 2,0	53,0 ± 2,1

Таблица 4 – Уровень одиночества и агрессии у пациентов с заболеваниями ССС в зависимости от продолжительности заболевания

Шкала	До 3-х лет		Более 3-х лет	
	ГБ (P < 0,001)	КБС (P < 0,001)	ГБ (P < 0,001)	КБС (P < 0,001)
Одиночество по UCLA	44,1 ± 0,1	39,4 ± 0,3	38,1 ± 1,8	46,5 ± 2,5
Агрессия по Ассингеру	32,0 ± 2,1	33,1 ± 2,1	32,7 ± 1,3	36,5 ± 2,5

Таким образом, с продолжительностью заболевания у пациентов I группы уровень аффекта понижается, тогда как у пациентов II группы возрастает.

При исследовании уровня одиночества и агрессии у пациентов с заболеваниями ССС в зависимости от продолжительности заболевания (таблица 4) выявлены следующие особенности: у пациентов I группы уровень одиночества понижается от высокого (44,1 ± 0,1, P < 0,001) до умеренного (38,1 ± 1,8, P < 0,001); агрессия стабилизируется на умеренном уровне: от 32,0 ± 2,1 (P < 0,001) до 32,7 ± 1,3 (P < 0,001). У пациентов II группы уровень одиночества увеличивается от 39,4 ± 0,3, (P < 0,001) до 46,5 ± 2,5 (P < 0,001); уровень агрессии возрастает 33,1 ± 2,1 (P < 0,001) до 36,5 ± 2,5 (P < 0,001).

Таким образом, уровень одиночества и уровень агрессии в течение последующего развития заболевания у пациентов с ГБ понижается, тогда как у пациентов с КБС возрастает.

В процессе исследования выявлены следующие корреляции (таблица 5). Уровень тревоги по HADS коррелирует с тревогой по Спилбергеру – Ханину позитивно умеренно (r = 0,28, P < 0,001); отрицательно, умеренно – с уровнем депрессии (по HADS) (r = -0,34, P < 0,001); отрицательно слабо – с уровнем депрессией по Цунгу (r = -0,08, P < 0,001), с уровнем одиночества – отрицательно сильно (r = -0,47, P < 0,001); положительно сильно – с уровнем агрессии (r = 0,44, P < 0,001). Уровень тревоги по Спилбергеру – Ханину: с уровнем депрессии по HADS – отрицательно умеренно (r = -0,21, P < 0,001), с уровнем депрессии по Цунгу – отрицательно умеренно (r = -0,17, P < 0,001); отрицательно умеренно – с уровнем одиночества

(r = -0,39, P < 0,001); с продолжительностью заболевания – положительно умеренно (r = 0,2, P < 0,001). Уровень депрессии по HADS коррелирует: с уровнем депрессии по Цунгу – положительно умеренно (r = 0,25, P < 0,001), с уровнем одиночества – положительно умеренно (r = 0,38, P < 0,01), положительно умеренно – с уровнем агрессии (r = 0,4, P < 0,001), положительно умеренно – с продолжительностью заболевания (r = 0,3, P < 0,001). Уровень депрессии по Цунгу коррелирует: с уровнем одиночества – положительно сильно (r = 0,5, P < 0,001); положительно сильно – с уровнем агрессии (r = 0,46, P < 0,001); положительно умеренно – с продолжительностью заболевания (r = 0,3, P < 0,001). Уровень одиночества: с уровнем агрессии коррелируют положительно, сильно (r = 0,58, P < 0,001); положительно, сильно – с продолжительностью заболевания (r = 0,5, P < 0,001). Между уровнем агрессии и продолжительностью заболевания существует сильная, положительная связь (r = 0,6, P < 0,001).

Таким образом, в результате исследования нами сделаны следующие выводы:

1. Доминирование уровня тревоги, депрессии, одиночества и агрессии у пациентов с КБС по сравнению с группой пациентов с ГБ обусловлено продолжительностью проявлений острого коронарного синдрома, способствующего усилению аффективных нарушений.

2. Хронизация ГБ обуславливает формирование механизмов психической адаптации, влияющих на снижение и/или стабилизацию уровня аффекта, одиночества и агрессии.

3. По мере прогрессирования КБС у пациентов возрастает уровень тревоги и депрессии.

Таблица 5 – Корреляционные связи между уровнем аффекта, уровнем одиночества, уровнем агрессии и продолжительностью заболевания, r

Шкала	T-HADS	ШЛТ	Д-HADS	ШДЦ	UCLA	Ассингер	Продолжительность
T-HADS	-	0,28*	-0,34*	-0,08*	-0,47**	0,44*	0,2*
ШЛТ	0,28*	-	-0,21*	-0,17*	-0,39*	0,41*	0,2*
Д-HADS	-0,34*	-0,21*	-	0,25*	0,38*	0,4*	0,3*
ШДЦ	-0,08*	-0,17*	0,25*	-	0,5**	0,46*	0,3*
UCLA	-0,47**	-0,39*	0,38*	0,5**	-	0,58**	0,5**
Ассингер	0,44*	0,41*	0,4*	0,46*	0,58**	-	0,6**
Продолжительность	0,2*	0,2*	0,3*	0,3*	0,5**	0,6**	-

Примечание. r – коэффициент корреляции; T – тревога; Д – депрессия; \* – достоверная корреляция; \*\* – высоко достоверная корреляция, «-» – обратная корреляция.

4. У исследуемых групп пациентов определяются сильные положительные связи между уровнем одиночества и уровнем депрессии ( $p < 0,001$ ), умеренно выраженные – между уровнем выраженной агрессии и тревоги ( $p < 0,001$ ).

5. Изучение психологических механизмов обуславливает оптимизацию и, в последующем, активизацию адаптационных механизмов при ГБ и КБС.

6. Функционирование механизмов психической адаптации определяет специфичность синдромальной структуры психопатологических нарушений при заболеваниях ССС.

#### Литература

1. *Getting Better. Improving Health System Results in Eastern Europe and Central Asia.* Smith O., Son Nam N. Washington, DC: World Bank, 2013.
2. Избранные лекции для врачей-кардиологов: учебное пособие / сост. В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 134 с.
3. Сулайманова М.Р. Психовегетативные симптомокомплексы в структуре коморбидных расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Р. Сулайманова. Бишкек, 2012. 25 с.
4. Незнанов Н.Г. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / Н.Г. Незнанов, Б.Д. Карвасарский. СПб.: Изд-во Питер, 2008. 528 с.
5. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. М.: Изд-во «Практическая Медицина», 2011. 432 с.
6. Обзор государственных расходов. Здравоохранение: отчет № 88979, Кыргызская Республи-

ка / ГРУППА ВСЕМИРНОГО БАНКА: Отдел по сокращению бедности и экономическому управлению – Регион Европы и Центральной Азии, МБРР МАР, 2014.

7. Сулайманова М.Р. Коморбидные соотношения в общесоматической практике / М.Р. Сулайманова, А.С. Ким, Т.А. Нелюбова. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2014. 128 с.
8. Сулайманов Р.Б. Феномен одиночества в условиях личностно-средового взаимодействия / Р.Б. Сулайманов, М.Р. Сулайманова // Вестник КРСУ. 2015. Т. 15. № 4. С. 144–149.
9. Сулайманова М.Р. Клинико-психологические механизмы феномена одиночества при психических и коморбидных расстройствах / М.Р. Сулайманова, Р.Б. Сулайманов, Т.А. Нелюбова // Вестник КРСУ. 2013. Т. 13. № 11. С. 131–135.
10. Сулайманова М.Р. Феномен одиночества и агрессии при психосоматических расстройствах / М.Р. Сулайманова, А.В. Романова, Р.Б. Сулайманов и др. // Вестник КРСУ. 2013. Т. 14. № 10. С. 184–187.
11. Cacioppo J.T., Hughes M.E., Waite L.J., Hawkley L.C., & Thisted, R.A. (2006). Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses // *Psychology and Aging*, Vol. 21. № 1. P. 140–151.
12. МКБ-10 Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ / пер. с англ.; под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб., 1994. 360 с.