

УДК 616.12-009.72: 616.89-008.454:614

**АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ  
И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ  
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ**

*С.Ю. Мухтаренко, Т.М. Мураталиев, Ю.Н. Неклюдова, В.К. Звенцова, А.А. Окунова*

Анализируется взаимосвязь аффективных расстройств с качеством жизни и приверженностью к лечению у больных КБС при различных методах лечения.

*Ключевые слова:* коронарная болезнь сердца; тревога; депрессия; качество жизни; приверженность к лечению.

---

**AFFECTIVE DISORDERS, QUALITY OF LIFE AND ADHERENCE  
TO TREATMENT OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE (CHD)  
WITH DIFFERENT METHODS OF TREATMENT**

*S.Yu. Mukhtarenko, T.M. Murataliev, Yu.N. Neklyudova, V.K. Zventsova, A.A. Okunova*

The article examines the relationship of affective disorders with quality of life and adherence to treatment in patients with CHD using different therapies.

*Key words:* coronary heart disease; anxiety; depression; quality of life; adherence to treatment.

**Актуальность.** Несмотря на то, что в последние десятилетия достигнут значительный прогресс в области диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), эта патология представляет большую социально-значимую проблему, так как занимает ведущее место в структуре смертности и утраты трудоспособности в экономически развитых странах и странах СНГ [1–3]. Поэтому изучение факторов, влияющих на течение и прогноз ССЗ, в частности коронарной болезни сердца (КБС), остается актуальной задачей и в настоящее время [4].

Возрастание интереса к проблеме взаимосвязи депрессивных, тревожных нарушений и ССЗ связано с высокой распространенностью этих расстройств, их социальной значимостью, неблагоприятным влиянием на трудоспособность, с высокой степенью их коморбидности [5–7]. Результаты исследований, проведенных в последние десятилетия, свидетельствуют о том, что наряду с общепринятыми факторами риска (ФР) неблагоприятного исхода (низкая фракция выброса, сердечная недостаточность, сахарный диабет) негативное влияние

на прогноз КБС, и, в частности инфаркта миокарда, оказывало наличие сопутствующих расстройств аффективного спектра [8]. Депрессия тесно ассоциируется с низкой приверженностью к лечению и выполнению врачебных рекомендаций, что затрудняет вторичную профилактику заболевания и оказывает влияние на показатели качества жизни (КЖ) [9, 10]. Тревога встречается у больных КБС чаще, чем среди всего населения [4, 11]. Крупные эпидемиологические исследования указывают, что панические атаки повышают риск возникновения сердечно-сосудистых событий (12, 13), генерализованная тревога, фобия и панические атаки могут утяжелять течение имеющихся ССЗ [14, 15]. Два последних мета-анализа подтвердили, что тревога является независимым ФР возникновения КБС [16] и неблагоприятных событий после ИМ [17].

Последние десятилетия осуществлялась активная разработка принципиально новых способов диагностики, лечения и профилактики КБС [18]. Однако, несмотря на большой выбор эффективных лекарственных средств и высокотехнологичные виды помощи, включая огромное количество

Таблица 1 – Распространенность симптомов тревожно-депрессивного спектра по скрининговому опроснику в группах больных с различными методами лечения

Группа	Метод лечения	Скрининг		Достоверность, P
		наличие симптомов ТДР	отсутствие симптомов ТДР	
I	МТ, n = 60	45 (75%)	15 (25%)	<0,02
II	ЧКВ, n = 38	23 (60,5%)	15 (39,5%)	<0,04
III	КШ, n = 23	20 (86,9%)	3 (13,1%)	<0,001

баллонных ангиопластик и операции аорто-коронарного шунтирования, выполняющихся в экономически развитых западных странах, остановить эпидемию ССЗ и изменить ведущий вклад этих заболеваний в структуру смертности не удалось [19, 20]. Как свидетельствуют результаты крупных европейских и американских исследований, причина заключается в недостаточности и неадекватности вторичной профилактики [19]. В связи с этим интерес специалистов связан с проблемой аффективных нарушений у больных КБС, в частности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР).

Цель исследования – изучить распространенность симптомов тревожно-депрессивного спектра, их взаимосвязь с качеством жизни и особенностями приверженности к лечению у больных КБС при различных методах лечения: медикаментозной терапии (МТ), чрескожном коронарном вмешательстве (ЧКВ) и коронарном шунтировании (КШ).

**Материал и методы исследования.** Обследован 121 больной КБС (108 (89,3 %) мужчин, 13 (10,7%) женщин, средний возраст  $53,5 \pm 8,8$  года), которым была проведена селективная коронароангиография (КАГ). Все больные имели ту или иную степень поражений сосудистого русла: 60 больных получали МТ, 38 пациентам было проведено ЧКВ и 23 больным – КШ. Все пациенты заполнили скрининговый опросник, разработанный в Московском НИИ психиатрии Росздрава [21], ориентированный на выявление расстройств тревожно-депрессивного спектра. Для диагностики тревоги (Т) и депрессии (Д) использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) [22], шкалу депрессии Бека [23], тест Спилбергера для диагностики реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности [24], Модифицированный Сизтлский опросник для больных стенокардией (МСОС) для оценки качества жизни (КЖ) [25]. С использованием шкалы VAS (visual analog scale) оценивался показатель степени выраженности комплаенса в отношении лечения и выполнения немедикаментозных рекомендаций [26]. Обследование проводилось спустя 1 год и более после проведения КАГ.

Для изучения частоты назначения препаратов, потенциально улучшающих прогноз больных КБС, был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт больных. Приверженность пациентов к лечению в отдаленном периоде оценивалась методом структурированного опроса и анкетирования. В исследование не включали больных с выраженным органическим поражением мозга, алкоголизмом. Все больные понимали текст предложенных психометрических тестов и самостоятельно заполняли бланки методик (тесты не адаптированы в кыргызскоязычной популяции). Результаты обследования обработаны стандартными методами статистики с использованием программ Excel и Statistika 6,0.

**Результаты исследования.** По данным скринингового опросника, аффективные расстройства диагностировались у 88 (72,7 %) больных КБС, у 33 (27,3 %) – отсутствовали (различия достоверно,  $p < 0,001$ ).

Процентные соотношения наличия-отсутствия аффективных расстройств по скрининговому опроснику в сравниваемых группах больных представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, во всех трех сравниваемых группах больных отмечалось достоверное преобладание симптомов ТДР, причем наибольшая степень распространенности симптомов аффективного спектра отмечалась в группе больных, которым было проведено КШ, наименьшая – в группе ЧКВ. Это согласуется с литературными данными. Так, по данным С.И. Черновой и Е.Е. Аверина, 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 [27].

Общий балл по показателю Т HADS у всех обследованных больных КБС (121) составил  $8,28 \pm 4,05$ , что соответствовало умеренно выраженной тревоге, а показатель Д по этой шкале ( $6,33 \pm 3,59$ ) указывал на отсутствие симптомов депрессии. Об-

Таблица 2 – Средние значения по шкалам сравниваемых методик в группах больных МТ, ЧКВ и КШ (n = 121)

Группы	Метод лечения	Методики					
		HADS		BDI	тест Спилбергера		КЖ по МСОС
		Т	Д		РТ	ЛТ	
I	МТ, n = 60	9,22± 4,61*	7,05± 3,53 <sup>#</sup>	16,57± 10,54 <sup>o</sup>	46,12± 11,69	48,67± 9,89	24,33± 5,51 <sup>†</sup>
II	ЧКВ, n = 38	7,18± 4,86*	5,63± 3,69 <sup>#</sup>	10,68± 7,18 <sup>o</sup>	43,79± 9,58	46,29± 12,46	26,92± 4,60 <sup>†</sup>
III	КШ, n = 23	7,65± 3,78	5,61± 3,24	13,69± 7,47	44,39± 8,14	47,17± 8,50	27,26± 4,10

Примечание: \*I и \*II –  $p < 0,02$ ; <sup>#</sup>I и <sup>#</sup>II –  $p < 0,03$ ; <sup>o</sup>I и <sup>o</sup>II –  $p < 0,001$ ; <sup>†</sup>I и <sup>†</sup>II –  $p < 0,001$ .

ций балл по шкале BDI составил  $14,17 \pm 9,41$ , что соответствовало легкой степени выраженности депрессии. Показатель РТ указывал на верхнюю границу значения умеренной тревожности, ЛТ – соответствовал высокой степени тревожности. Показатель КЖ по МСОС составил  $25,70 \pm 5,17$  балла.

Данные сравнения шкал использованных методик в группах больных с различными методами лечения приведены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, наибольшая степень выраженности тревоги, депрессии, реактивной и личностной тревожности отмечалась в группе больных, получавших МТ, а показатель КЖ по МСОС был ниже в этой группе больных по сравнению с группами ЧКВ и КШ. Причем различия показателей Т, Д шкалы HADS, Д шкалы BDI, КЖ по МСОС достигали степени достоверности при сравнении групп МТ и ЧКВ. Необходимо также отметить, что по данным шкалы BDI, которая является более адекватной для диагностики депрессии, в отличие от HADS, диагностирующей в большей степени выраженность общего дистресса [28], уровень депрессии в группе больных, получавших МТ, достигал умеренной степени. Более высокое значение уровня депрессии в группе больных КШ по сравнению с группой ЧКВ (различие недостоверно) объясняется тяжестью соматического состояния, более сложным процессом реабилитации и также согласуется с литературными данными о связи выраженности симптомов депрессии с многосудистым поражением коронарного русла [27].

Отмечался высокий уровень личностной тревожности во всех трех группах больных, наиболее выраженный в группе больных МТ (различие недостоверно). Высокий уровень реактивной тревожности выявлен в группе МТ, умеренная реактивная тревожность – в группах ЧКВ и КШ (различие недостоверно).

По результатам данного исследования отмечалась обратно пропорциональная зависимость между показателем КЖ по МСОС и степенью выраженности аффективных расстройств по шкалам методик HADS и BDI с достоверным различием между группами МТ и ЧКВ.

По шкале VAS во всех трех группах больных отмечалась довольно высокая готовность к выполнению медикаментозных рекомендаций: МТ –  $85,2 \pm 18,6$ ; ЧКВ –  $86,8 \pm 16,1$ ; КШ –  $85,6 \pm 21,8$  балла.

Перед выпиской из стационара всем пациентам, включенным в исследование, были даны рекомендации по медикаментозной терапии. Частота назначения препаратов в группах не различалась: ацетилсалициловую кислоту получали 81,8 % пациентов I группы, 85,1 % – II группы и 79,3 % – III группы. Бета-адреноблокаторы принимали 80,1 %, 80,9 %, 70,2 % больных соответственно и статины 72,0 %, 82,6 % и 71,9 % пациентов. Спустя 5 лет около половины больных всех трех групп прекратили прием основных препаратов, однако в группе ЧКВ процент больных, придерживающихся рекомендованного медикаментозного режима был достоверно выше, по сравнению с I и III группами. Приверженность к антиагрегантной терапии сохранили 52,8 % больных I группы, 60,3 % – II группы ( $p < 0,05$ ) и 50,4 % – III группы. Прием бета-адреноблокаторов продолжили 42,9 % пациентов I группы, 55,4 % – II группы ( $p < 0,05$ ) и 46,2 % – III группы. Статины через 5 лет принимали 42,1 %, 54,5 % ( $p < 0,05$ ) и 48,7 % больных соответственно.

Таким образом, около половины больных КБС через 5 лет прекращают рекомендованную в стационаре терапию, однако среди них наиболее приверженными к лечению остаются пациенты, перенесшие ЧКВ.

Следовательно, можно сделать вывод, что данные VAS не отражают истинную картину приверженности к терапии у больных КБС, а свиде-

тельствуют о стремлении к созданию при обследовании социально одобряемого адаптационного образа “Я” в ситуации болезни, тогда как уровень депрессии может оказывать определенное влияние на формирование приверженности к терапии. Самая низкая степень выраженности депрессии по шкалам HADS и BDI отмечалась в группе больных ЧКВ.

#### Выводы

1. Отмечается довольно высокая частота встречаемости аффективных расстройств у больных КБС.

2. Выявлена разная степень выраженности депрессии по шкалам HADS и BDI в сравниваемых группах больных КБС при различных методах лечения (МТ, ЧКВ и КШ), причем наименьшая степень выраженности депрессии – в группе больных ЧКВ. Достоверно более высокое значение показателя депрессии – в группе больных, которым проводилась только МТ при сравнении с группой ЧКВ. Уровень тревоги по шкале HADS был также достоверно выше в группе больных МТ по сравнению с группой ЧКВ.

3. Отмечается обратно пропорциональная зависимость между значениями КЖ по МСОС и тревоги и депрессии по шкале HADS и депрессии по шкале BDI в сравниваемых группах больных КБС при различных методах лечения с достоверным различием между группами МТ и ЧКВ.

4. Результаты анализа с использованием VAS (“комплаенс”) не отражают истинную картину приверженности к терапии у больных КБС, а свидетельствуют о стремлении к созданию при обследовании социально одобряемого адаптационного образа “Я” в ситуации болезни, тогда как уровень депрессии может оказывать определенное влияние на формирование приверженности к терапии.

#### Литература

1. *Lloyd-Jones D., Adams R.L., Brown T.M. et al.* Heart disease and stroke statistics 2010 update: a report from the American Heart Association // *Circulation* 2010; 12: 46.
2. *Корженков Н.Р.* Оптимизация реабилитации при ишемической болезни сердца на поликлиническом этапе / Н.Р. Корженков, С.Ф. Кузичкина, Н.А. Щербакова // *Тер. архив.* 2012. № 1. С. 16–22.
3. *Оганов Р.Г.* Кардиоваскулярная профилактика в действии / Р.Г. Оганов, Н.Ф. Герашенко, Г.В. Погосова и др. // *Кардиология.* 2011. № 1. С. 47–49.
4. *Белялов Ф.И.* Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца / Ф.И. Белялов // *Кардиология.* 2002. № 8. С. 63–67.
5. *Довженко Т.В.* Клиническая картина и лечение расстройств депрессивного спектра у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / Т.В. Довженко, Ю.А. Васюк, М.В. Семиглазова и др. // *Тер. архив.* 2009. № 12. С. 30–34.
6. *Lesperance F., Frasure-Smith N., Talajic M.* Major depression before and after myocardial infarction: its nature consequences // *Psychosom Med.* / 1996; 58: 99–110.
7. *Shapiro P.A., Lidagoster L., Glassman A.H.* Depression and heart disease // *Psychiatr Ann.* 1997; 27: 347–352.
8. *Bush D.E., Ziegelstein R.C., Tayback M. et al.* Even minimal symptoms of depression increase mortality after acute myocardial infarction // *Am J Cardiol* 2001; 88: 337–341.
9. *Погосова Г.В.* Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти / Г.В. Погосова // *Кардиология.* 2002. № 4. С. 86–91.
10. *Ziegelstein R.S., Fauerbach J.A., Stevens S.S. et al.* Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction // *Arch Intern Med.* 2000; 160: 1818–1823.
11. *Moser D.K., Dracup K.* Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? // *Psychosom Med.* 1996; 58: 395–401.
12. *Smoller J.W., Pollack M.H., Wassertheil-Smoller S. et al.* Panic attacks and risk of incident cardiovascular events among postmenopausal women in the Women’s Health Initiative Observational Study // *Arch Gen Psychiatry.* 2007; 64: 1153–1160.
13. *Chen Y.H., Tsai S.Y., Lee H.C., Lin H.C.* Increased risk of acute myocardial infarction for patients with panic disorder: a nationwide population-based study // *Psychosom Med.* 2009; 71: 798–804.
14. *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: 62–71.
15. *Shibeshi W.A., Young-Xu Y., Blatt C.M.* Anxiety worsens prognosis in patients with coronary artery disease // *J Am Coll Cardiol.* 2007; 49: 2021–2027.
16. *Roest A.M., Martens E.J., de Jonge P., Denollet J.* Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis // *J Am Coll Cardiol.* 2010; 56: 38–46.
17. *Roest A.M., Martens E.J., Denollet J., de Jonge P.* Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis // *Psychosom Med.* 2010; 72: 563–569.

18. Терещенко С.Н. Депрессия после инфаркта миокарда: угроза или гибель? / С.Н. Терещенко, И.В. Жиров, Ю.А. Васюк и др. // Кардиология. 2007. № 8. С. 93–96.
19. Погосова Г.В. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца – ключевое снижение сердечно-сосудистой смертности / Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов, А.Н. Рославцева // Кардиология. 2007. № 3. С. 79–84.
20. Franklin B.A. Coronary revascularization and medical management of coronary artery disease // Eur J Cardiovasc Prev Rehab. 2006; 5: 669–673.
21. 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.
22. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983; 67: 361–370.
23. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. An Inventory for Measuring Depression // Arch Gen Psychiat. 1961; 4: 561–571.
24. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. Л.: ЛНИИТЕК, 1976. 18 с.
25. 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.
26. Оганов Р.Г. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца / Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов и др. // Кардиология. 2011. № 2. С. 59–66.
27. 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. 4–8.
28. 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.