

УДК 368.18.32

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

М.Р. Сулайманова

Представлены результаты обследования аффективной составляющей коморбидных соотношений в зависимости от продолжительности и типологии соматического заболевания, а также факторы, обуславливающие хронизацию и резистентность коморбидных расстройств.

Ключевые слова: коморбидность; тревога; депрессия; соматическое заболевание; диагностика.

Актуальность исследования тревожно-депрессивного синдрома обусловлена широкой распространённостью психических нарушений аффективного уровня в системе отдельных соматических заболеваний [1–7]. Неспецифические проявления коморбидных соотношений (КС) [3, 4, 6] обуславливают соматизированный призыв к помощи у пациентов. Преимущественно соматоцентрированная модель болезни у врачей-интернистов при игнорировании психического фактора приводит к многочисленным нецелесообразным обследованиям и стратегиям терапии, кумуляции данных пациентов либо в общесоматической сети, в худшем случае, у парамедиков [3, 6], что способствует хронизации процесса [1–7], формированию терапевтической резистентности симптомов основного соматического заболевания, значительно снижая качество жизни [3–6]. Существующие классификации психических нарушений при соматической патологии не являются надежным инструментом в формировании алгоритма диагностики КР [8], что создает терапевтические трудности, прежде всего для специалистов общемедицинской практики. Таким образом, изучение аффективной компоненты в структуре КС на сегодняшний день остаётся высоко актуальной необходимостью, способствующей улучшению диагностики, терапии и профилактики коморбидных нарушений.

Цель исследования – изучить континуум аффективных нарушений при хронических заболеваниях сердечно-сосудистой (ССС), бронхолёгочной систем (БЛС) и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Задачи исследования:

1. Провести сравнительную оценку тревожно-депрессивных расстройств при заболеваниях ССС, БЛС и ЖКТ.

2. Изучить уровень аффекта у пациентов с коморбидными расстройствами в зависимости от типологии соматического заболевания.

3. Определить динамику тревоги и депрессии в зависимости от продолжительности соматического расстройства.

4. Изучить качественные связи тревоги и депрессии в структуре КС.

Материалы исследования. Нами обследовано 250 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет отделений терапии, кардиологии и общего профиля Лечебно-оздоровительного объединения Управления делами Президента Кыргызской Республики с хроническими соматическими заболеваниями и коморбидными расстройствами тревожно-депрессивного спектра, соответствующими диагностическим указаниям рубрик МКБ-10: F-3; F-4, F-6, из которых I исследовательскую группу составили 139 пациентов с заболеваниями ССС, такими как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца; II – 39 человек с заболеваниями БЛС, такими как ХОБЛ, хронические бронхиты, бронхиальная астма; III – 72 пациента с заболеваниями ЖКТ, такими как хронические гастриты и гастроудениты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронические холециститы. Продолжительность заболевания от 1 до 3 лет определялась у 94 (37,6 %) пациентов, от 3 до 5 лет – у 78 (31,2 %) и от 5 и более лет – у 78 (31,2 %) пациентов.

Методы исследования. Полуформализованное интервью; стандартизированные оценочные шкалы для определения уровня депрессии Цунга, тревожности – Спилбергера – Ханина, тревоги и депрессии – Гамильтона. Полученные данные подвергались процедуре статистической обработки с использованием методов непараметрической статистики и корреляционного анализа.

Таблица 1 – Распределение коморбидных соотношений по продолжительности

Нозологии по МКБ-10	Продолжительность соматического заболевания						Всего	
	1–3 года		3–5 лет		5 лет и более			
	N	%	N	%	N	%	N	%
F41.1	5	5,3	19	24,4	26	33,3	50	20
F43.2	23	24,5	12	15,4	5	6,4	40	16
F41.0	14	14,9	8	10,3	4	5,1	26	10,4
F41.2	2	2,1	12	15,4	12	15,4	26	10,4
F 32.8	7	7,4	5	6,4	15	19,2	27	10,8
F68.0	25	26,6	10	12,8	0	0	35	14
F32	2	2,1	3	3,8	10	12,8	15	6
F40.1	7	7,4	2	2,6	0	0	9	3,6
F43.1	7	7,4	0	,0	1	1,3	8	3,2
F40.0	2	2,1	7	9	5	6,4	14	5,6
Всего	94	100	78	15,6	78	28,8	250	100

Результаты и их обсуждение. При сравнительной оценке частоты распространённости психических расстройств в зависимости от типологии соматических заболеваний среди пациентов I группы преобладали психические расстройства с преимущественно тревожным аффектом, такие как генерализованное тревожное расстройство (F41.1) – в 74 % случаев, преувеличение соматической симптоматики по психологическим причинам (F68.0) – в 60 %, паническое расстройство (F41.0) – в 57,7 % случаев, тогда как данные нарушения встречались соответственно в 14,0, 14,3 и 38,5 % случаев во II и в 12, 25,7 и 3,8 % – в III группах. Частота встречаемости агорафобии (F40.0) была наиболее выражена у пациентов II группы – в 57,1 % случаев и I – в 42,9 % случаев. При этом социальная фобия (F40.1) в III группе пациентов относительно других групп составила 55,6 %, тогда как в I – 33,3 %, а во II – 11,1 %. Наибольшее распространение среди пациентов III группы получили расстройства с преобладанием депрессивного аффекта, такие как депрессивный эпизод (F32) – у 60 % пациентов, “другие депрессивные эпизоды” (F 32.8) – у 51,9 % пациентов и смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) – у 12 (8,7 %) пациентов, тогда как данные диагнозы определялись в I группе у 44,4, 33,3 и 50 %, а во II – у 3,7, 6,7 и 7,7 % пациентов соответственно. Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) – в 50 % случаев встречалась в I и II группах пациентов. Таким образом, среди пациентов I и II групп определялись наиболее часто психические нарушения тревожного спектра,

такие как F41.0, F41.1, F40.0, расстройства адаптации (F43.2), F68.0; среди пациентов III группы преобладали нарушения депрессивного спектра, такие как F 32.8, F32 и F41.2.

При изучении распределения психиатрических расстройств в составе КС по продолжительности (таблица 1) оказалось, что у пациентов с длительностью соматических заболеваний до 3-х лет чаще всего определялись следующие: F68.0 – в 26,6 %, F43.2 – в 24,5 %, F41.0 – в 14,9 % случаев. У пациентов с продолжительностью от трех до пяти лет – F41.1 – в 24,4 %, F43.2 – в 15,4 %, F41.2 – в 15,4 % случаев. В этот период возрастает уровень встречаемости F40.0 – в 9 %, F32.8 в 7,4 %, F32 – 3,8 % случаев. При дальнейшем развитии коморбидных состояний (от пяти лет и выше) возрастает процент встречаемости F41.1 – в 33,3 %, F 32.8 – 19,2 %, F41.2 – в 15,4 % случаев.

Таким образом, если на ранних этапах КС наиболее частыми являются психические нарушения преимущественно с усилением тревожного аффекта с острыми проявлениями, то с увеличением продолжительности растет частота встречаемости хронических форм расстройств тревожно-депрессивного спектра, что является показателем хронизации как соматических, так и тревожно-депрессивных нарушений в структуре КС.

При сравнительной оценке уровня тревоги у пациентов I и II групп определялся высокий уровень ситуативной ($49,0 \pm 8,9$ и $56,08 \pm 9,3$ – соответственно представленным группам) и личностной тревожности ($49,8 \pm 7,5$ и $55,5 \pm 7,2$ соответственно), причём во II группе – достоверно превышал показатели I (I–II III–I, III–II: $P < 0,01$) и III групп. При этом у пациентов III группы уровень тревожности соответствовал умеренному. Оценка уровня тревоги с помощью экспертной шкалы Гамильтона отразила высокий уровень тревоги у пациентов I ($26,87 \pm 7,2$) и II ($27,5 \pm 9,2$) групп и средний – у пациентов III группы ($19,00 \pm 7,2$) (III–I, III–II: $0,01$) [6]. Таким образом, наиболее высокий уровень ситуативной и личностной тревожности определялся у пациентов I и II групп, причём у пациентов II группы достоверно превышал средние показатели как у пациентов I, так и III групп. По результатам шкалы Гамильтона у пациентов I и II групп средний показатель подтвердил соответствие высокому уровню тревоги, тогда как у пациентов III группы уровень тревожности соответствовал умеренному, по шкале Гамильтона – среднему уровню.

Показатели депрессии, измеренные шкалой Цунга у пациентов I ($50,1 \pm 10,8$) и II ($48,7 \pm 8,9$) групп, соответствовали легкой степени, причём уровень депрессии у пациентов III группы ($58,9 \pm 9,2$) превышал

(0,01) выраженность аналогичного показателя у пациентов в I и II группах и достигал умеренной степени выраженности, что подтверждено показателями шкалы Гамильтона (0,01): у пациентов III группы (21,81±7,0) уровень депрессии соответствовал средней тяжести и существенно превышал показатели I (12,88±5,8) и II (10,05±5,6) групп [6]. Таким образом, аффективные нарушения в структуре заболеваний ССС характеризуются выраженностью тревожно-депрессивных нарушений, в структуре заболеваний БЛС – высоким уровнем тревожного аффекта, а в структуре заболеваний ЖКТ – преобладанием депрессивного аффекта (рисунок 1).

Результаты исследования уровня аффекта в зависимости от продолжительности расстройства указывают на различную динамику его развития в группах: у пациентов с заболеваниями ССС (таблица 2) уровень ситуативной тревожности имеет тенденцию к некоторому снижению в зависимости от продолжительности заболевания: от 51,2±7,0 (в период от 1-го до 3-х лет) до 49,5±7,5 (более 5 лет), тогда как уровень личностной тревожности остаётся в целом на прежнем уровне: от 50,4±6,6 до 50,7±6,7. При этом по шкале Гамильтона рост уровня тревоги от 26,1±6,9 (от 1 до 3-х лет) до 27,8±7,9 (в период от 5 лет и более) достоверно выше чем в III и во II группах (I-II; I-III: P<0,001). Уровень депрессии достоверно выше, чем в группе пациентов с заболеваниями БЛС (I-II: 0,001): по Гамильтону – от 11,4±5,2 (от 1 до 3 лет) до 15,02±6,3 (более 5 лет) и по Цунгу – от 44,8±9,2 до 54,5±9,2, учитывая тот факт, что частота госпитализаций у этих пациентов достигала в среднем от 1 до 2 раз в год.

У пациентов II группы (таблица 3) частота госпитализаций в стационар в среднем составляла

Таблица 2 – Зависимость уровня тревоги и депрессии от продолжительности заболеваний у пациентов с заболеваниями ССС

Уровень тревоги и депрессии у пациентов I группы (N 139)	От 1 до 3 лет	От 3 до 5 лет	От 5 лет и выше
Ситуативная тревожность	51,2±7,0	45,9±11,0	49,5±7,5
Личностная тревожность	50,4±6,6	48,3±9,2	50,7±6,7
Тревога по Гамильтону	26,1±6,9	26,7±7,0	27,8±7,9
Депрессия по Цунгу	44,8±9,2	52,1±11,8	54,5±9,2
Депрессия по Гамильтону	11,4±5,2	12,5±5,6	15,02±6,3



Рисунок 1 – Соотношение тревоги и депрессии в группах сравнения

от 1 до 3 раз в год. С длительностью заболевания определялся высокий уровень как ситуативной от 51,64±17,8 (в период от 1 до 3 лет) до 56,79±10,6 (свыше 5 лет), так и личностной тревожности – 53,09±8,6 (от 1-го до 3-х лет) до 53,71±6,01 (более 5 лет), причём превышая показатели (0,01) пациентов I и III групп.

У пациентов с заболеваниями ЖКТ частота госпитализаций в среднем составляла 1 раз в один или два года. С продолжительностью заболевания (таблица 4) определялось снижение уровня как ситуативной от 47,04±5,8 (от 1 до 3 лет) до 38,04±10,0 (свыше 5 лет), так и личностной тревожности: от 47,2±4,97 до 40,9±10,1 (III-I; III-II: 0,01). По шкале Гамильтона отмечался рост уровня тревоги от 19,4±6,7 (от 1 до 3-х лет) до 19,3±8,8 (от 5 лет и выше), но оставался ниже, чем в I и II группах (III-I; III-II: 0,01). Определялось некоторое

Таблица 3 – Зависимость уровня тревоги и депрессии от продолжительности заболеваний у пациентов с заболеваниями БЛС

Уровень тревоги и депрессии у пациентов II группы	От 1 до 3 лет	От 3 до 5 лет	От 5 лет и выше
Ситуативная тревожность	51,6±17,8	53,6±9,1	56,8±10,6
Личностная тревожность	53,09±8,6	53,5±7,8	53,7±6,01
Тревога по Гамильтону	25,8±9,9	25,93±9,7	26,7±9,6
Депрессия по Цунгу	45,7±10,9	48,7±8,4	52,4±1,7
Депрессия по Гамильтону	8,8±3,1	9,5±5,7	12,3±2,3

Таблица 4 – Зависимость уровня тревоги и депрессии от продолжительности заболеваний у пациентов с заболеваниями ЖКТ

Уровень тревоги и депрессии у пациентов III группы	От 1 до 3 лет	От 3 до 5 лет	От 5 лет и выше
Ситуативная тревожность	47,04±5,8	44,9±9,8	38,04±10,0
Личностная тревожность	47,2±4,97	44,6±8,7	40,9±10,1
Тревога по Гамильтону	19,4±6,7	18,1±6,2	19,3±8,8
Депрессия по Цунгу	58,07±7,5	57,8±8,1	57,9±10,9
Депрессия по Гамильтону	19,9±5,9	20,6±7,4	21,8±6,6

снижение уровня депрессии по Цунгу в зависимости от продолжительности: от 58,07±7,5 до 57,9±10,9, при этом экспертная шкала Гамильтона определила значительный рост депрессии (III-I; III-II; 0,001) до уровня средней тяжести: от 19,9±5,9 (от 1-го, до 3-х лет) до 21,8±6,6 (от 5 лет и выше), превышая показатели пациентов I и II групп.

Таким образом, с продолжительностью соматического заболевания определялся рост как уровня тревоги, так и уровня депрессии как в I, так и во II группах. При этом показатели ситуативной и личностной тревожности во II группе были выше, чем в I, что определяло частоту госпитализаций. В III группе с длительностью течения заболевания уровень тревоги снижался, а рост депрессии достигал уровня средней тяжести.

Одним из результатов исследования стало выявление (0,001) сильной положительной связи ($r=0,7$)

между длительностью течения расстройства с момента первичного обращения к специалисту с одной стороны и уровнем депрессии с другой, умеренной положительной корреляции ($r=0,6$) между частотой госпитализаций и уровнем тревоги, как ситуативной ($r=0,6$), так и личностной ($r=0,56$), а также с тревогой по Гамильтону ($r=0,51$), и слабо отрицательной – с уровнем депрессии по Цунгу ($r=-0,3$) и по шкале Гамильтона ($r=-0,3$). При этом продолжительность заболевания (0,001) коррелировала с уровнем депрессии по Цунгу выражено ($r=0,65$), по Гамильтону ($r=0,3$) слабо (таблица 5). Таким образом, аффективные расстройства связаны как с длительностью процесса, так и с частотой госпитализаций: депрессия провоцирует хронизацию соматической патологии, а тревога – частоту обращения за помощью.

Полученные результаты позволяют говорить о наличии сформированного патологического круга между основным соматическим заболеванием и аффективными нарушениями, что приводит к формированию психовегетативных симптомокомплексов, а также феномена коморбидности, осложняющих диагностику и терапию коморбидных соотношений.

Выводы

1. Аффективные нарушения в структуре заболеваний ССС характеризуются выраженностью тревожно-депрессивных нарушений, в структуре заболеваний БЛС – высоким уровнем тревожного аффекта, а в структуре заболеваний ЖКТ – преобладанием депрессивного аффекта.

2. На ранних этапах коморбидных состояний наиболее частыми являются психические нарушения преимущественно с усилением тревожного аффекта с острыми проявлениями, с увеличением продолжительности растет частота встречаемости хронических форм расстройств тревожно-депрессивного спектра.

Таблица 5 – Результаты корреляционного анализа в общей выборке

	ШРЛТ (СТ)	ШРЛТ (ЛТ)	ШДЦ	ШГТ	ШГД	Частота госпитализаций	Продолжительность заболевания
ШРЛТ (СТ)	1,0	0,7**	-0,5**	0,5**	-0,6**	0,6**	0,13
ШРЛТ (ЛТ)	0,7**	1,0	-0,5**	0,4**	-0,4**	0,56**	0,24
ШДЦ	-0,5**	-0,5**	1,0	-0,1*	0,7**	-0,15*	0,65**
ШГТ	0,5**	0,4**	-0,1*	1,0	-0,3*	0,51**	0,3
ШГД	-0,6**	-0,4	0,7**	-0,3*	1,0	-0,3*	0,7**
Частота госпитализаций	0,6**	0,56**	-0,15*	0,51**	-0,3*	1,0	0,7**
Продолжительность заболевания	0,13	0,24	0,65**	0,3	0,7**	0,7**	1,0

Примечание: ШРЛТ (СТ) – шкала ситуативной тревожности; ШРЛТ (ЛТ) – шкала личностной тревожности; ШДЦ – шкала депрессии Цунга; ШГД – шкала депрессии Гамильтона; ШГТ – шкала тревоги Гамильтона; * достоверность, ** высокая достоверность; “-” – обратная корреляция.

3. Продолжительность расстройства и частота госпитализаций при коморбидных нарушениях является фактором хронизации тревоги, при этом в коморбидных соотношениях в структуре ЖКТ депрессивный аффект является доминирующим.

4. Аффективные расстройства связаны как с длительностью процесса, так и с частотой госпитализаций: депрессия провоцирует хронизацию соматической патологии, а тревога – частоту обращения за помощью.

5. Полученные результаты позволяют говорить о наличии сформированного патологического круга между основным соматическим заболеванием и аффективными нарушениями, что приводит к формированию феномена коморбидности, осложняющего диагностику и терапию коморбидных расстройств.

Литература

1. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях / Ю.А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. № 1. С. 4–7.
2. *Белялов Ф.И.* Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов / Ф.И. Белялов // Клиническая медицина. 2007. № 4. С. 20–23.
3. Избранные лекции по психиатрии с элементами психотерапии: учебное пособие / Сост. В.В. Соколенкин. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 318 с.
4. *Краснов В.Н.* Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. М.: Практическая медицина, 2011. 432 с.
5. *Спринц А.М.* Психотические и невротические расстройства у больных с соматической патологией / А.М. Спринц, О.Ф. Ерышев, Е.П. Шатова. СПб., 2007. 126 с.
6. *Сулайманова М.Р.* Психовегетативные симптомокомплексы в структуре коморбидных расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Р. Сулайманова. Бишкек, 2012. 25 с.
7. *Besber R.J.* Psychosomatics / R.J. Besber, W.M. Rodney. 1984. Vol. 25. P. 39–46.
8. *Kaplan M.H.* The importance of classifying initial comorbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus / M.H. Kaplan, A.R. Feinstein // J. Chronic Dis. 1974. № 27. P. 387–404.