

УДК 616.12-009.72:616.89-008.64

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИИ С КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ

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

Рассмотрена распространенность и выраженность симптомов депрессии и их взаимосвязь с показателем качества жизни у больных коронарной болезнью сердца, подтвержденной данными коронароангиографического исследования, при различных методах лечения (медикаментозная терапия, чрескожное коронарное вмешательство и коронарное шунтирование).

*Ключевые слова:* коронарная болезнь сердца; медикаментозная терапия; чрескожное коронарное вмешательство; коронарное шунтирование; депрессия; качество жизни.

Современная кардиореабилитация решает две основные задачи: проведение вторичной профилактики (воздействие на факторы риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и улучшение качества жизни (КЖ) [1, с. 31–36]. В настоящее время не вызывает сомнений факт, что развитию ССЗ, и в частности коронарной болезни сердца (КБС), наряду с традиционными ФР играют роль психосоциальные и психологические факторы [2]. В последние два десятилетия получены доказательства того, что депрессия является независимым ФР развития, прогрессирования и исхода КБС [3, 4]. Установлено, что возникшая после инфаркта миокарда депрессия является фактором повышения уровня смертности в 2–6 раз независимо от тяжести поражения сердца, и это воздействие прослеживается в течение не менее 5 лет [5, 6]. Связь между депрессией и вероятностью внезапной сердечной смерти (ВСС) была подтверждена в большом популяционном исследовании, охватившем около 6400 человек в возрасте около 40–79 лет. Включенным в исследование пациентам с симптоматикой депрессии были подобраны в качестве контроля лица того же возраста, пола с аналогичным состоянием сердечно-сосудистой системы, но без признаков депрессии. У лиц с депрессией риск ВСС повышался в 1,9 раза, коррелировал с тяжестью проявления депрессии и не зависел от наличия ранее установленного диагноза КБС [7].

Сегодня предполагается ряд прямых и опосредованных механизмов взаимодействия между депрессией и ССЗ [8]. В последние годы полу-

чены сведения о том, что при депрессивных расстройствах происходят изменения активности иммунной системы, сопровождающиеся усилением секреции противовоспалительных цитокинов. При сочетании КБС и депрессии увеличивается агрегационная способность тромбоцитов, что повышает риск коронарного тромбоза [9], оказывая неблагоприятное влияние на течение и исход заболевания. По данным С.И. Черновой и Е.Е. Аверина [10, с. 4–15] среди больных с тяжелыми клиническими проявлениями КБС отмечена наибольшая распространенность депрессии, причем максимальное количество таких больных выявлено среди пациентов с многососудистым поражением коронарного русла. Операция аортокоронарного шунтирования позволяет ликвидировать дефицит кровоснабжения ишемизированного миокарда путем восстановления кровотока в пораженных коронарных артериях, существенно повышает КЖ больных. Однако часть больных (по разным данным, до 50 %) остаются инвалидами, не будучи способными возвратиться к активной профессиональной деятельности [11]. В определенной степени это связано с наличием тревожно-депрессивных расстройств (ТДР). В связи с этим представляют интерес исследования по изучению КЖ и особенностей аффективного статуса больных КБС при различных методах лечения [12].

Целью данного исследования явилось изучение распространенности и выраженности симптомов депрессивного спектра и их взаимосвязи с КЖ у больных КБС при различных методах лечения.

**Материал и методы.** Обследован 91 больной с различными формами КБС, подтвержденной данными коронароангиографического исследования (средний возраст  $53,6 \pm 9,0$  лет). Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ, I группа) проведено 26 (28,4 %) пациентам, операция коронарного шунтирования (КШ, II группа) – 18 (19,8 %) и 47 больным (51,6 %) проводилась только медикаментозная терапия (МТ, III группа). Для выявления и оценки выраженности расстройств аффективного спектра и самооценки больными своего состояния по трем критериям (хорошее, удовлетворительное и плохое) всех включенных в исследование пациентов анкетировали с применением скринингового опросника, разработанного в Московском НИИ психиатрии Росздрава [13, с. 28–33]. Для диагностики депрессии использовали шкалу депрессии Бека [14], для оценки КЖ – Модифицированный Сизтлский опросник для больных стенокардией (МСОС) [15], ориентированный на оценку стабильности или тяжести течения стенокардии, удовлетворенности результатами лечения и получения информации от медицинского персонала о заболевании, восприятия болезни. Статистическую обработку данных проводили с использованием программ Excel и STATISTICA 6.0. Степень достоверности различий оценивали с использованием критерия t Стьюдента. Достоверными считали различия при  $P \leq 0,05$ .

**Результаты.** По данным скринингового опросника 14 (15,39 %) пациентов оценили свое состояние как “хорошее”, 62 (68,13 %) – “удовлетворительное” и 15 (16,48 %) – “плохое”. Данные самооценки своего состояния в сравниваемых группах больных КБС представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Самооценка состояния здоровья по скрининговому опроснику в группах больных КБС при различных методах лечения

Группа сравнения	Самооценка состояния по скрининговому опроснику		
	хорошее	удовлетворительное	плохое
ЧКВ, n = 26	2 (7,69 %)	20 (76,92 %)	4 (15,38 %)
КШ, n = 18	5 (27,78 %)	10 (55,55 %)	3 (16,67 %)
МТ, n = 47	7 (14,69 %)	32 (68,09 %)	8 (17,02 %)

Примечание: (здесь и далее в таблицах 2 и 3): ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство; КШ – операция коронарного шунтирования; МТ – медикаментозная терапия.

У всех обследованных больных КБС общий балл по шкале BDI ( $14,28 \pm 9,74$ ) свидетельствовал

о легкой степени депрессивных расстройств. Показатель КЖ составил  $25,36 \pm 5,19$  балла.

Данные сравнения показателей по шкале BDI и КЖ по МСОС в группах ЧКВ, КШ и МТ представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Средние значения депрессии по шкале BDI и КЖ по МСОС в сравниваемых группах больных КБС

Группа	Шкала BDI	КЖ по МСОС
III (МТ)	$16,91 \pm 10,61^*$	$23,94 \pm 5,64^*$
II (КШ)	$15,0 \pm 7,68^\#$	$25,78 \pm 9,54$
I (ЧКВ)	$9,04 \pm 6,68^{*\#}$	$27,61 \pm 4,58^*$

Примечание: BDI – шкала депрессии Бека; КЖ – качество жизни; МСОС – Модифицированный Сизтлский опросник для больных стенокардией; \*III и I\*,  $P < 0,001$ ; #II и #I,  $P < 0,009$ ; \*III и \*I,  $P < 0,005$ .

Как видно из таблицы 2, анализ показателей депрессии по шкале BDI в сравниваемых группах (ЧКВ, КШ и МТ) указывал на достоверно более высокое значение показателя депрессии в группе больных, которым проводилась только МТ, по сравнению с группой больных ЧКВ. Среди больных, прошедших реваскуляризацию, значение показателя депрессии по шкале BDI было достоверно выше в группе КШ по сравнению с группой ЧКВ. Показатель КЖ по МСОС был достоверно выше в группе больных ЧКВ по сравнению с группой больных, получавших МТ.

Степень выраженности депрессии по шкале BDI в сравниваемых группах больных КБС при различных методах лечения представлена в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, отсутствие депрессивных симптомов чаще встречалось в группе больных ЧКВ (61,54 %) по сравнению с группой больных КШ (33,33 %), а у больных без реваскуляризации отсутствие депрессии по шкале BDI отмечалось лишь у 14,90 % пациентов. Симптомы тяжелой депрессии по шкале BDI отмечались только в группе больных МТ (8,51 %), что можно объяснить тяжестью соматического состояния и невозможностью проведения методов реваскуляризации у части больных КБС по социальным мотивам. Однако некоторые больные из группы МТ сознательно отказывались от методов реваскуляризации из-за страха в связи с интервенционным вмешательством или при наличии интернальной позиции в вопросе выбора метода лечения по принципу: “Я так решил” или “Такой метод лечения я считаю более целесообразным” (высказывания больных при клиническом полуструктурированном интервью), что, очевидно, оказывало также влияние на формирование депрессивных симпто-

Таблица 3 – Степень выраженности депрессии по шкале BDI в группах больных КБС при различных методах лечения

BDI	Общий массив, n = 91	ЧКВ, n = 26	КШ, n = 18	МТ, n = 47
0–9	29 (31,87 %)	16 (61,54 %)	6 (33,33 %)	7 (14,90 %)
10–15	34 (37,36 %)	6 (23,08 %)	5 (27,78 %)	23 (48,93 %)
16–19	7 (7,69 %)	1 (3,85 %)	2 (11,11 %)	4 (8,51 %)
20–29	17 (18,68 %)	3 (11,53 %)	5 (27,78 %)	9 (19,15 %)
30–63	4 (4,40 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (8,51 %)

Примечание: 0–9 – отсутствие депрессивных симптомов; 10–15 – легкая депрессия (субдепрессия); 16–19 – умеренная депрессия; 20–29 – выраженная депрессия (средней тяжести); 30–63 – тяжелая депрессия.

мов. Выраженная степень депрессии наиболее часто (по сравнению с другими группами) отмечалась у больных КШ (27,78 %), что можно объяснить как особенностями соматического состояния, так и функционированием у некоторых пациентов после КШ системы психологической защиты с предъявлением социально одобряемого, с точки зрения самого пациента, образа тяжело больного, что подтверждается более высоким процентом, по сравнению с другими группами, “хорошей” самооценки своего состояния по скрининговому опроснику.

**Выводы**

1. Отмечается разная степень выраженности депрессии по шкале BDI в сравниваемых группах больных КБС при различных методах лечения (ЧКВ, КШ и МТ), причем наименьшая степень выраженности депрессии – в группе больных ЧКВ. Достоверно более высокое значение показателя депрессии – в группе больных, которым проводилась только МТ, по сравнению с группой ЧКВ.

2. Отмечается обратно пропорциональная зависимость между значениями показателя КЖ по МСОС и депрессии по шкале BDI в сравниваемых группах больных КБС при различных методах лечения, а показатель КЖ по МСОС был достоверно выше в группе больных ЧКВ по сравнению с МТ.

3. При планировании лечебных и реабилитационных программ необходимо учитывать наличие более высокой степени выраженности депрессии по шкале BDI в группах больных МТ и КШ по сравнению с группой ЧКВ, а также достоверно более высокое значение этого показателя в группе КШ по сравнению с группой ЧКВ.

**Литература**

1. Долецкий А.А. Психологическая реабилитация кардиологических больных / А.А. Долецкий, А.В. Свет, А.В. Чаплыгин и др. // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2011. № 1.
2. Rozanski A., Blumenthal J. A., Davidson K.W. The Epidemiology, Pathophysiology, and

- Management of Psychosocial Risk Factors in Cardiac Practice. JACC 2005: 45 (1): 637–51.
3. Carney R.M., Freedland K.E. Depression, mortality and medical morbidity in patients with coronary heart disease. Biol. Psychiatry 2003: 54: 241–47.
4. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease. Are review and meta-analysis Am. // J. Prev. Med. 2002: 23: 51–61.
5. Frasure-Smith N., Lesperance F. Depression and other psychological risks following myocardial infarction. Arch. Gen. Psychiat. 2003: 60: 627–36.
6. Romanelli J., Fauerbach J.A., Bush D.E. et al. The significance of depression in older patients after myocardial infarction // J. Am. Geriat. Soc. 2002: 50: 817–22.
7. Empana J.P., Jouven X., Lemaitre R.N. et al. Clinical Depression and risk of out-of-hospital cardiac arrest. Arch. Intern. Med. 2006: 166 (2): 195–200.
8. Bondy B. Common genetic factors for depression and cardiovascular disease. Dialogues Clin. Neurosci 2007: 9: 19–28.
9. Joynt K., Whellan D., O’Connor C. Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction. Biol. Psychiat. 2003: 54: 248–61.
10. 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.
11. Петрова М.Н. Качество жизни у мужчин, перенесших инфаркт миокарда / М.Н. Петрова, Т.А. Айвазян, С.А. Фандюхин // Кардиология. 2000. № 2.
12. Kim J., Henderson A., Pocock S.J. et al. Health-Related Quality of Life After Interventional or Conservative Strategy in Patients With Unstable Angina or Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. JASS 2005: 45 (2): 221–28.

*Т.Б. Сайдахметов*

---

13. *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. // Терапевтический архив. 2010. № 10.
14. *Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al.* An Inventory for Measuring Depression. Arch. Gen. Psychiat., 1961: 4: 561–71.
15. *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.