

Н.Н. Петрова

КОМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА КАК ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

На примере 90 больных хронической сердечной недостаточностью на этапе стабилизации состояния изучали влияние сопутствующих тревожных и депрессивных расстройств на функциональные возможности, качество жизни и приверженность терапии. Использован междисциплинарный подход к оценке психосоматического состояния больных. Подтверждена значительная частота тревожных и депрессивных расстройств, которые по-разному влияют на комплаенс, усугубляют функционирование пациентов. Показано, что результаты лечения опосредуются наличием и выраженностью психических расстройств.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, комплаенс, тревога, депрессия, качество жизни

COMORBID PSYCHIATRIC DISORDERS AS AN EFFICIENCY FACTOR OF TREATMENT AND REHABILITATION OF CARDIAC PATIENTS

N.N. Petrova

Saint Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

On the sample of 90 patients with chronic heart failure at the stage of stabilization we studied the influence of concomitant depressive and anxiety disorders on functional ability, quality of life and adherence to therapy. In our investigation we used the integrated and interdisciplinary approach to evaluation of psychosomatic status of patients, including test six minute walk, the method of clinical-scale evaluation, and an expert evaluation by a doctor. The data were processed using the program Microsoft Office Excel 2007 statistical software package SPSS Statistics 17.0.

Significant frequency of anxious, depressive and comorbid anxiety and depressive disorders, which affect compliance and aggravate the functioning of the patients, was confirmed. It is shown that the results of treatment and rehabilitation activities are mediated by the presence and severity of anxiety and depressive disorders.

Key words: chronic heart failure, compliance, anxiety, depression, quality of life

ВВЕДЕНИЕ

Согласно данным ВОЗ, депрессивные и тревожные расстройства входят в число первых десяти наиболее значимых проблем здравоохранения. У пациентов общей соматической сети частота депрессии колеблется от 20 до 45 % [6], а частота расстройств тревожного спектра – от 23 до 78 % [1]. Среди больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями доля страдающих тревожными и депрессивными расстройствами выше, чем при других формах соматической патологии, и существенно превышает распространенность тревоги и депрессий в популяции в целом. Клинически очерченные формы тревожных и депрессивных расстройств выявляются у 31 % больных [11], а с учётом субсиндромальных форм – до 56 % случаев [10]. Особое значение имеют депрессивные расстройства, распространённость которых среди соматических больных чрезвычайно высока. Так, почти каждый четвёртый больной с ишемической болезнью сердца (ИБС) имеет депрессию [10]. Депрессия может амплифицировать течение соматических болезней за счёт усугубления хронического болевого синдрома, диссомнии, анергии; ухудшать результаты лечения и реабилитации, прогноз заболевания, особенно ИБС и хронической сердечной недостаточности (ХСН), в частности, вследствие ограничения функциональных возможностей больных; снижать связанное со здоровьем качество жизни [5, 7]. Например, риск смерти в течение 2 лет в 2,24 раза выше у кардиологических

больных с депрессией [8]. Для пациентов с сердечно-сосудистой патологией характерна коморбидность тревоги и депрессии [4, 9]. Коррекция пограничных расстройств настроения актуальна для пациентов с сердечно-сосудистой патологией как один из факторов улучшения прогноза заболевания [2, 3]

Целью исследования явилось изучение влияния сопутствующих пограничных психических расстройств на эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий и приверженность терапии больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями на примере хронической сердечной недостаточности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 90 амбулаторных больных в возрасте 46–78 лет (средний возраст – $61,75 \pm 10,8$ года) с ХСН 2-го и 3-го функциональных классов (ФК) (NYHA) на этапе стабилизации состояния. Толерантность к физическим нагрузкам оценивалась по стандартному протоколу теста шестиминутной ходьбы. Уровень комплаентности определялся с помощью опросника Drug Attitude Inventory (DAI-10), в котором используется 10-балльная система оценки. Экспертная оценка врачом приверженности пациентов терапии осуществлялась с учётом регулярности наблюдения, способа приёма и числа препаратов.

Диагностика психических расстройств проводилась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Для верификации тревожных и депрессив-

ных расстройств использовали самооценочную Госпитальную шкалу тревоги и депрессии и клинические шкалы депрессии и тревоги Гамильтона.

Оценка качества жизни (КЖ) как одного из важных критериев эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий осуществлялась с применением нозоспецифического Миннесотского опросника КЖ у пациентов с ХСН, направленного на описание как физической составляющей (физические (функциональные) возможности больного справляться с обычными повседневными нагрузками: самообслуживание, толерантность к физическим, социальным, эмоциональным нагрузкам), так и социального функционирования (социально-экономические аспекты жизни и общественные связи пациента: место пациента в семье, участие в жизни семьи, материальное обеспечение и расходы на лечение, профессиональные обязанности, общение с друзьями и активный отдых). Оценка эмоционального функционирования предполагает изучение эмоционального восприятия жизни (наличие чувства, что служит обузой для семьи и друзей; потеря контроля над жизнью; страх за будущее и безысходность). Ответ на каждый вопрос ранжирован от 0 до 5 баллов. Большее значение показателя свидетельствует о более низком уровне КЖ.

Данные были обработаны с применением программы Microsoft Office Excel 2007, пакета статистических программ SPSS Statistics 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences, версия 17.0).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Обследованные больные предъявляли жалобы на сниженное настроение, различные нарушения сна, снижение аппетита, ограничение круга интересов, снижение уверенности в себе, повышенные утомляемость, раздражительность, напряжение. В клинической картине гипотимия сочеталась с тревогой, нередко со страхом внезапной смерти.

Согласно данным скрининга с применением Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, клинически очерченная депрессия была выявлена у 14,9 % пациентов с ХСН. Выраженность депрессии составила в среднем $8,85 \pm 1,06$ балла по Госпитальной шкале. Согласно самооценке больных с ХСН, тревожные расстройства встречались заметно чаще и были установлены у 40,4 % больных, причём их выраженность была несколько больше, по сравнению с депрессией, и достигала $9,42 \pm 1,34$ балла по Госпитальной шкале.

Результаты самооценки расходились с экспертной врачебной оценкой психического состояния пациентов со снижением у больных ХСН критики к своему психическому состоянию. Так, по данным шкалы Гамильтона, депрессия отмечалась у 76,6 % больных и достигала $14,63 \pm 9,87$ балла, из них у 53,2 % пациентов наблюдался малый депрессивный эпизод, у 23,4 % – большой депрессивный эпизод.

Тревожные нарушения имели место у 68,1 % больных. Выраженность тревоги составила в среднем $16,68 \pm 9,12$ балла по шкале тревоги Гамильтона. У 48,9 % пациентов наблюдались отдельные симптомы тревоги, а в 19,2 % случаев было верифицировано клинически очерченное тревожное состояние.

В структуре депрессии у пациентов с ХСН преобладали гипотимия, ипохондрия и анергия, в структуре тревожных расстройств доминировали инсомния и, в меньшей степени, когнитивный компонент тревоги.

В соответствии с критериями МКБ-10 были диагностированы такие расстройства, как F 41.2 «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (59,6 %), F 41.1 «Генерализованное тревожное расстройство» (19,1 %), F 32.0 «Депрессивный эпизод лёгкой степени» (10,6 %), F 45.2 «Ипохондрическое расстройство» (6,4 %), F 42.2 «Смешанные навязчивые мысли и действия» (4,3 %).

В результате исследования было продемонстрировано, что у больных с ХСН преобладал средний уровень комплаенса (54,3 % пациентов) при значительной частоте низкого уровня (31,0 %).

Уровень комплаенса, согласно самооценке пациентов, составил 6,83 балла по шкале DAI-10, т. е. в целом был удовлетворительным (согласно χ^2 -критерию Пирсона, средний уровень равнялся 6 баллам).

Установлено, что при наличии умеренно выраженной тревоги, подтверждённой результатами обследования по шкале тревоги Гамильтона, показатели комплаенса статистически значимо выше, чем у больных ХСН без тревоги ($7,3 \pm 1,9$ и $5,7 \pm 2,1$ балла по DAI-10 соответственно; $p = 0,013$). При депрессивных расстройствах общий уровень комплаенса несколько ниже, чем при тревоге и без психических расстройств.

Следует отметить, что значимым фактором низкого комплаенса у пациентов с депрессией является забывчивость ($r = 0,310$; $p = 0,034$), то есть комплаентность больных опосредуется выраженностью функциональных когнитивных расстройств.

Больные депрессией не имели установки на длительный приём профилактической и поддерживающей терапии ХСН, что может ухудшать отдалённый прогноз заболевания. Слабость, вялость после приёма лекарств заметно больше выражены у пациентов как с тревогой, так и с депрессией, по сравнению с пациентами без психических расстройств ($0,6 \pm 0,1$ и $0,5 \pm 0,1$ балла соответственно).

Общие установки ($4,2 \pm 1,1$ балла) и ожидания от терапии ($5,4 \pm 0,1$ балла) имели наиболее высокие параметры у больных с депрессивно-ипохондрическими нарушениями.

При депрессии значительно страдает осознание болезни ($2,2 \pm 0,7$ балла). При смешанном тревожном и депрессивном расстройстве общие установки на соблюдение режима были низкими ($2,5 \pm 0,1$ балла по DAI-10).

Показатели субъективного и объективного комплаенса не коррелировали между собой, что свидетельствует в пользу применения объективных методов оценки приверженности больных ХСН фармакотерапии.

Имеются определённые параллели между комплаенсом больных и клинико-терапевтическими характеристиками ХСН, в том числе в зависимости от психических расстройств. При анализе факторов, влияющих на показатели комплаенса, установлено, что у пациентов с сохранённой систолической функцией комплаентность существенно выше, чем у пациентов

с низкой фракцией выброса, т. е. с систолической сердечной недостаточностью ($p < 0,05$), независимо от наличия психических расстройств. Показано, что приверженность терапии больше у пациентов с ХСН 3 ФК (NYHA), по сравнению с больными ХСН 2 ФК (NYHA) ($p = 0,043$).

Пациенты с депрессией обнаруживали большую комплаентность в отношении препаратов группы ингибиторов АПФ ($r = 0,384$; $p = 0,043$), которые являются препаратами «первой линии» для лечения гипертонической болезни, осложнившейся ХСН. При этом эти пациенты самостоятельно отказывались от приёма нитратов ($r = -0,327$; $p < 0,05$). Возможно, это отчасти обусловлено тем, что нитраты хуже переносятся.

Приверженность пациентов с ХСН фармакотерапии значимо снижалась пропорционально увеличению количества принимаемых препаратов. Комплаентность больных при приёме 6 и более таблеток был в 2 раза ниже, по сравнению с таковой у больных, которые принимали 5 таблеток.

Пациенты с расстройствами тревожного круга чаще отказывались от коронарографии – инвазивного вмешательства для диагностики ИБС, а также от реваскуляризации коронарных сосудов ($r = -0,303$; $p = 0,038$) в связи с тревожными ожиданиями неблагоприятного исхода оперативного вмешательства.

Исследование показало, что пациенты как с тревогой, так и с депрессией имеют более низкий уровень КЖ, по сравнению с пациентами без психических нарушений. Тревога ($r = 0,322$; $p = 0,027$) и депрессия ($r = 0,295$; $p = 0,044$) ухудшают КЖ, в большей степени за счёт эмоциональной составляющей. Уровень КЖ у пациентов с различной степенью комплаенса статистически значимо не различался.

Наличие психических расстройств опосредует функциональные возможности больных, например, депрессия ухудшает работоспособность больных ХСН и статистически значимо снижает результаты теста шестиминутной ходьбы ($p = 0,013$). В связи с этим нередки случаи «несоответствия» результатов теста шестиминутной ходьбы «ожидаемым» при том или ином функциональном классе ХСН, диагностированным клиницистами по общепринятым критериям. Так, не все пациенты с неблагоприятным результатом теста шестиминутной ходьбы менее 300 м могут быть отнесены к группе больных с тяжёлой ХСН (IV–III NYHA). Почти треть из них – это больные с незначительными или умеренными функциональными нарушениями, соответствующими I–II классам тяжести (NYHA) ХСН, среди которых более половины пациентов имеют тревожные нарушения.

Коррекция тревожно-депрессивных расстройств в результате 2-месячного курсового лечения антидепрессантом из группы СИОЗС сопровождалось улучшением функциональных возможностей больных. Это подтверждалось позитивными изменениями результатов теста шестиминутной ходьбы: значимым ($p < 0,05$) увеличением пройденной дистанции, скорости ходьбы и выполненной мощности нагрузки (375 ± 29 м, $1 \pm 0,1$ м/с и 83 ± 8 кгм/с соответственно), а также некоторым снижением выраженности сопровождающих тест жалоб.

Через 2 месяца после отмены антидепрессанта в 48 % случаев отмечалось ухудшение психического состояния больных в виде нарастания тревоги и гипотимии. КЖ пациентов также снижалось, особенно по шкалам эмоционального функционирования и показателю общего здоровья, но по всем параметрам оставалось выше, чем до антидепрессивного лечения.

Результаты теста 6-минутной ходьбы в динамике лечения тревожно-депрессивных расстройств свидетельствуют об улучшении функциональных возможностей больных на фоне нивелирования психических нарушений (304 и 387 м соответственно; $p < 0,05$). И, напротив, при некотором нарастании тревоги и депрессии показатели функциональной пробы вновь ухудшаются до 348 м ($p < 0,05$).

Таким образом, результаты лечебно-реабилитационных мероприятий, включая КЖ и функциональные возможности пациентов с ХСН, опосредуются наличием и выраженностью тревожных и депрессивных расстройств, что обуславливает целесообразность комплексного междисциплинарного подхода к оказанию помощи этим больным.

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Медведев В.Э., Копылов Ф.Ю., Троснова А.П., Мачильская О.В., Мартынов С.Е., Висуров С.А. Психосоматические соотношения при кризовом течении гипертонической болезни // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – Т. 2, № 1. – С. 10–13.
Medvedev VE, Kopylov FY, Trosnova AP, Machilskaya OV, Martynov SE, Visurov SA (2007). Psychosomatic correlations in crisis course of essential hypertension [Psikhosomaticheskie sootnosheniya pri krizovom techenii gipertonicheskoy bolezni]. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine*, 2 (1), 10–13.
2. Петрова Н.Н., Кутузова А.Э., Бобровская Е.Е. Медикаментозная коррекция тревожных расстройств у больных острым инфарктом миокарда // Врач. – 2010. – № 7. – С. 53–56.
Petrova NN, Kutuzova AE, Bobrovskaya EE (2010). Drug correction of anxiety disorders in patients with acute myocardial infarction [Medikamentoznaya korrektsiya trevozhnykh rasstroystv u bol'nykh ostrym infarktom miokarda]. *Vrach*, (7), 53–56.
3. Петрова Н.Н., Кутузова А.Э., Фролова Е.В., Андрухин А.Н. Диагностика и коррекция аффективных расстройств у больных с хронической сердечной недостаточностью в общей врачебной практике. Учебное пособие. – СПб.: Изд-во ООО «ПиФ.ком», 2010. – 44 с.
Petrova NN, Kutuzova AE, Frolova EV, Andryukhin AN (2010). Diagnostics and correction of affective disorders in patients with chronic heart failure in general practice [Diagnostika i korrektsiya affektivnykh rasstroystv u bol'nykh s khronicheskoy serdechnoy nedostatochnost'yu v obshchey vrachebnoy praktike. Uchebnoe posobie], 44.
4. Петрова Н.Н., Кутузова А.Э. Междисциплинарный подход к ведению пациентов с жизнеопасным соматическим состоянием // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – № 1. – С. 97–104.

Petrova NN, Kutuzova AE (2014). Interdisciplinary approach to the management of patients with life-threatening medical conditions [Mezhdistsiplinarnyy podkhod k vedeniyu patsientov s zhizneopasnym somaticheskim sostoyaniem]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*, (1), 97-104.

5. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология. – 2002. – № 4. – С. 86-91.

Pogosova GV (2002). Depression – a new risk factor for coronary heart disease and a predictor of coronary death [Depressiya – novyy faktor riska ishemicheskoy bolezni serdtsa i prediktor koronarnoy smerti]. *Kardiologiya*, (4), 86-91.

6. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробизhev М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. – М., 2005. – 778 с.

Smulevich AB, Syrkin AL, Drobizhev MY, Ivanov SV (2005). Psychocardiology [Psikhokardiologiya], 778.

7. Шляхто Е.В., Ситникова М.Ю., Лелявина Т.А., Иванов С.Г., Трукшина М.А., Федотов П.А., Дорофейков В.В., Смирнов Б.И. Современные алгоритмы оценки прогноза у больных ХСН. Сравнительная характеристика МНП – возрастной модели выживаемости (Нева-75) и Сиэттлской модели сердечной недостаточности (Seattle heart failure model) у боль-

ных 75–85 лет // Сердечная недостаточность. – 2009. – Т. 10, № 1. – С. 4–7.

Shlyakhto EV, Sitnikova MY, Lelyavina TA, Ivanov SG, Trukshina MA, Fedotov PA, Dorofeykov VV, Smirnov BI (2009). Modern forecasting estimation algorithms in patients with chronic heart failure (CHF). Comparative characteristics of MNP – age model of survival (Neva-75) and Seattle heart failure model in patients 75–85 years old [Sravnitel'naya kharakteristika MNP – vozrastnoy modeli vyzhivaemosti (Neva-75) i Sietskoy modeli serdechnoy nedostatochnosti (Seattle heart failure model) u bol'nykh 75–85 let]. *Serdechnaya nedostatochnost'*, 10 (1), 4-7.

8. Bart J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with heart disease: a meta-analysis. *Psychosom.*, (66), 802-813.

9. Dhillon S, Scott LJ, Plosker GL (2006). Escitalopram: a review of its use in the management of anxiety disorders. *CNS Drugs*, 20 (9), 763-790.

10. Rudisch B, Nemeroff CB. (2003). Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biol. Psychiat.*, 54 (3), 227-240.

11. Strik JJ, Lousberga R, Cheriexb EC, Honiga A (2004). One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on cardiac outcome. *J. Psychosomat. Res.*, (56), 59-66.

Сведения об авторах Information about the authors

Петрова Наталия Николаевна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (199106, г. Санкт-Петербург, 21-я линия Васильевского острова, 8а; тел.: 8 (812) 321-37-80; e-mail: petrova_nn@mail.ru)

Petrova Nataliya Nikolaevna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology of the Medical Faculty of Saint-Petersburg State University (199106, St. Petersburg, 21st Line of Vasilyevskiy Island, 8a; tel.: +7 (812) 321-37-80; e-mail: petrova_nn@mail.ru)