

## **ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА**У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

У. А. Халилова, В.В. Скворцов, докт. мед. наук, К.Ю. Скворцов, канд. мед. наук<sup>1</sup> Волгоградский государственный медицинский университет, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского<sup>1</sup> E-mail: vsvortsov1@va.ru

Уделено внимание депрессивным расстройствам, ухудшающим состояние кардиологических больных, снижающим трудоспособность и качество жизни. Представлены механизмы развития данного состояния и пути коррекции.

**Ключевые слова:** кардиология, депрессивные расстройства, патогенез депрессии.



Депрессия – часто встречающееся аффективное расстройство, истинная распространенность которого среди населения остается до конца неизвестной. Так, А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин и соавт. (2005) опубликовали данные, согласно которым заболеваемость депрессиями на сегодня составляет 3%, а риск заболеть депрессией в течение всей жизни – 20%. В 1994 г. в эпидемиологическом исследовании National Comorbidity Survey, изучавшем распространенность и факторы риска «большой» депрессии per se и «большой» коморбидной депрессии, показано, что приблизительно 17% американцев испытывали в течение жизни «тяжелую» депрессию, а около 10% населения США – в течение последних 12 мес.

В целом для депрессии характерна дизрегуляция настроения, поведения и аффективного компонента. Термин «депрессивный эпизод» объединяет 3 понятия: большая депрессия, униполярная (монополярная) депрессия и автономная депрессия. Отечественные и зарубежные психиатры характе-

ризуют «большое» депрессивное расстройство как состояние, когда в течение по меньшей мере 2 нед имеются 5 или более из числа следующих симптомов: сниженное настроение большую часть дня; значительное снижение интереса и(или) чувства удовольствия от всех или практически всех видов повседневной активности; изменения аппетита (как анорексия, так и булимия) с изменением массы тела или без такового; инсомния или гиперсомния; психомоторная ажитация или заторможенность; чувство опустошенности или потери энергии; чувство бесцельности существования или крайне выраженное чувство собственной вины; снижение умственной активности и возможности концентрировать внимание; невозможность принять решение; суицидальные мысли или мысли о смерти.

Патофизиологические механизмы, лежащие в основе депрессивных расстройств, являются многофакторными и малоизученными. Было предложено несколько гипотез. Наибольшее признание получила «моноаминовая» гипотеза, основанная на том, что ранее депрессия наиболее часто развивалась у гипертоников, получавших резерпин в составе антигипертензивных препаратов. Резерпин способствует опустошению пула катехоламинов в постганглионарных симпатических нервных окончаниях и мозговом слое надпочечников. Кроме того, резерпин опустошает запасы катехоламинов и серотонина в головном мозге. Таким образом, «моноаминовая» гипотеза рассматривает истощение катехоламинового и серотонинового пулов как причину развития клинической картины депрессии.

Вторая общепринятая патогенетическая теория – гипотеза о дисфункции рецепторов нейромедиаторов (нейротрансмиттеров), предполагающая, что источником депрессии является не столько опустошение запасов нейромедиаторов, сколько дисфункция их рецепторного аппарата. В 2000 г. была предложена моноаминовая гипотеза генной экспрессии. Она основана на псевдоаминовом дефиците, т.е. сигнал блокируется из-за дефицита мозгового нейротрофического фактора (МНТФ) при нормальном уровне нейротрансмит-

№ 7 2015



теров и нормальном состоянии рецепторного аппарата. В нормальных условиях МНТФ обеспечивает нормальную передачу сигнала. Однако в стрессорных ситуациях ген, кодирующий продукцию МНТФ, подавляется, что и приводит к развитию рефрактерной депрессии.

Развитие депрессии может быть спровоцировано множеством факторов, в том числе тяжелыми соматическими заболеваниями, разнообразными расстройствами психики и определенными видами лекарственной терапии. У больных с инвалидизирующими заболеваниями депрессия встречается с частотой 20–60%. Депрессии ассоциированы с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, СПИДом и другими состояниями, влияние которых из-за многофакторности невозможно оценить в полной мере. Пример последних – психосоциальные факторы. Тем не менее в кардиологической практике депрессии встречаются с частотой 15–38%.

Доказано, что депрессия является независимым предиктором развития ишемической болезни сердца (ИБС). С этой точки зрения особенно интересны результаты исследования John Hopkins Precursors Study, в которых впервые доказано, что депрессия является независимым фактором риска развития ИБС, повышающим риск развития острого инфаркта миокарда (ОИМ) в 2,12 раза. В глобальном популяционном исследовании Interheart (участвовали 52 страны) было показано, что различные психосоциальные факторы (в том числе – депрессия) повышают риск развития ОИМ более чем в 2,5 раза.

В настоящее время доказано, что риск развития депрессии повышен у больных ИБС, кардиомиопатиями, недавно перенесших инфаркт миокарда. Приблизительно у каждого 4-го больного, перенесшего ОИМ, в течение 18-24 мес от момента коронарной катастрофы разовьется «большая» депрессия. Патофизиологические механизмы, лежащие в основе высокой распространенности депрессии у коронарных больных, до сих пор неизвестны. Предполагают, что у таких больных за развитие значительной доли депрессий ответственна терапия β-адреноблокаторами. Однако депрессивное расстройство, вызываемое приемом этих препаратов, не настолько клинически выражено, чтобы соответствовать современным критериям «тяжелой» депрессии. Ведущие позиции в возникновении и развитии депрессии после ОИМ отводятся анамнезу заболевания или такому событию, как аортокоронарное шунтирование. Факторами риска для развития депрессии после ОИМ являются другие сопутствующие инвалидизирующие заболевания, предшествовавшая этому заболеванию «стертая» или «тяжелая» депрессия, тип личности.

Депрессия, развивающаяся после ОИМ, является причиной повышенной заболеваемости и смертности. В многочисленных перекрестных и проспективных исследованиях показано, что у больных, страдающих сердечной недостаточностью, «большие» и «стертые» депрессии развиваются чаще, чем у пациентов без признаков недостаточности кровообращения. Предполагают, что у больных с сердечной недостаточностью в сочетании с депрессией выше показатели смертности, чем у больных, имеющих симптомы только сердечной недостаточности.

Сагпеу и соавт. (1993) выдвинули предположение, что психологический стресс, включая депрессию, может усилить эктопическую активность желудочков сердца и, следовательно, повысить риск развития фибрилляции последних. Кроме того, у пациентов с депрессией уменьшен высокочастотный компонент вариабельности ритма сердца из-за снижения тонуса парасимпатической нервной системы. Снижение активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы снижает порог возникновения желудочковых нарушений ритма и фибрилляции желудочков, что повышает риск развития внезапной сердечной смерти.

По данным ВОЗ, в настоящее время на долю депрессии приходится 12% в структуре всех причин инвалидности в мире, а к 2020 г. это число вырастет до 20%. При этом необходимо отметить, что правильный диагноз устанавливается лишь у 10–15% пациентов, а адекватное лечение получают 13% из них (Michoulon D., 2003).

В повседневной работе кардиологи и медицинские работники других специальностей нередко сталкиваются с клиническими случаями, которые сложно объяснить без специальной подготовки. Психопатологические расстройства, наблюдающиеся у больных при разнообразных заболеваниях сердечно-сосудистой системы, отличаются полиморфизмом симптоматики, имеют или самостоятельную динамику, или наслаиваются на клиническую картину, затрудняя дифференциальную диагностику, лечение и профилактику кардиоваскулярной патологии.

Очевидна значимость взаимодействия специалистов разных профилей (кардиолог, терапевт, психиатр, психотерапевт, психолог) на этапах своевременной диагностики и выбора адекватной терапевтической тактики коморбидных состояний.

Депрессивные состояния у **кардиологических** больных имеют ряд особенностей:

- амбулаторный уровень расстройств;
- полиморфизм проявлений; наличие коморбидных депрессивному аффекту расстройств (тревога, астения, простые и социофобии,

20 № 7 2015



дереализация, ипохондрия, астенический аутизм, алгии и т.д.);

• анозогнозия своего состояния.

Даже находясь в состоянии выраженной депрессии, отмечая подавленное настроение, кардиологические больные, как правило, не расценивают это как психическое расстройство, а связывают свое состояние с физическими факторами, обострением соматического заболевания, общей социальной ситуацией.

На базе ВОКБ №1 в отделении кардиологии проводилось исследование, в которое включили 50 пациентов в возрасте от 56 до 80 лет (34 мужчины и 16 женщин). Средний возраст пациентов составил 48,2±3,4 года. 45% из них страдали ИБС, 40% – гипертонической болезнью, 15% – иными видами патологии (миокардит, вегетососудистая дистония, миокардиодистрофия). Стаж заболевания составлял не менее 5 лет (от 4 до 9 лет).

Для оценки состояния больных использовали шкалу депрессии Гамильтона. Соматическое состояние пациентов оценивал кардиолог, используя инструментальные и лабораторные методы (ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ, показатели артериального давления, биохимический анализ крови).

Среди нарушений психического статуса у наблюдаемых больных кардиологического профиля преобладало депрессивное расстройство легкой и средней степени тяжести (по 32%), а также тяжелой и крайне тяжелой степени (соответственно 16 и 10%). У этих пациентов отмечалась выраженная аффективная насыщенность переживаний о своем здоровье. Свои ощущения больные сводили к болям в области сердца и другим проявлениям физического дискомфорта. Боли носили упорный характер и не соответствовали тяжести объективной соматической патологии.

Очень характерны нарушения сна, лишенные каких-либо клинических закономерностей: трудности с засыпанием и пробуждением; сон не приносил отдыха.

Соматическая патология у всех пациентов была представлена ИБС в сочетании с гипертонической болезнью, а также с коморбидными нарушениями

функции сердца. Тревожную депрессию наиболее часто наблюдали у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Лабораторные и инструментальные исследования подтверждали основной диагноз. После консультации психоневролога пациентам с тяжелой депрессией и отдельным пациентам с депрессией средней тяжести были назначены антидепрессивные препараты (депримфорте, пароксетин, флуоксетин), имевшие положительный эффект.

Таким образом, тревожно-депрессивные расстройства у обследованной группы кардиологических больных являлись преобладающей психической патологией, в некоторых случаях наблюдались коморбидные ипохондрические расстройства. Депрессивный фон настроения, который описывался больными как «плохое настроение», не имел выраженных суточных колебаний, но был тесно связан с дополнительными психотравмирующими факторами.

## Рекомендуемая литература

Артюхова М.Г. Депрессия и тревога у кардиологических больных // Русск. мед. журн. — 2008; 12: 1724—1726.

Гарганеева Н.П. Новая стратегия многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами в условиях психосоциального стресса // Русск. мед. журн. – 2008; 26: 1–8.

Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. Психокардиология. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 784 с.

Ромасенко Л.В., Хлебникова Л.Ю. Типология депрессий в условиях терапевтического стационара // Росс. психиатр. журн. — 2003; 3: 30—33.

Чазов Е.И. Психосоциальные факторы как риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний // Легкое сердце. – 2004; 3: 2–4.

DEPRESSIVE DISORDERS IN CARDIAC PATIENTS U.A. Khalilova<sup>1</sup>; V.V. Skvortsov, MD<sup>1</sup>; K.Yu. Skvortsov, Cand. Med. Sci.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Volgograd State Medical University;

<sup>2</sup>V.I. Razumovsky Saratov State Medical University

The paper describes depressive disorders that worsen the status of cardiac patients and diminish their working capacity and quality of life.

*Key words:* cardiac patients; depressive disorders; mechanisms of development; specific features.

№ 7 2015