

ВЛИЯНИЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Насырова З.А.¹, Шарапова Ю.Ш.², Хасанжанова Ф.О.³

¹Насырова Зарина Акбаровна – докторант;

²Шарапова Юлдуз Шамсиддиновна – ассистент;

³Хасанжанова Фариди Одиловна – ассистент,

кафедра внутренних болезней № 2,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: по существующим литературным данным в последние десятилетия депрессия выходит на 2-е место среди причин нетрудоспособности и смертности, уступая место лишь сердечно-сосудистым заболеваниям [8, 16, 17].

В диагностическом смысле термин «депрессия» обозначает психическое заболевание, основным критерием которого являются аффективные нарушения. При этом следует иметь в виду, что депрессия присутствует в широком спектре нозологических единиц с различной этиологией и психопатологией [13, 16, 18].

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, агрессивность, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, тревожно-депрессивный синдром.

Распространенность депрессий в населении старших возрастных групп составляет, по данным разных исследователей, от 9 до 30% [1, 18]. Депрессия у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) встречается чаще, чем в популяции, составляя, по разным данным, 18–65% [18]. Исследователи выделяют несколько факторов риска развития аффективных расстройств при соматических заболеваниях.

Так, на основании исследования С.Л. Соловьевой было установлено влияние биологических и социальных факторов, сопутствующих становлению агрессивности и агрессивного поведения, на моделях здоровых, больных эндогенным психическим заболеванием (на примере шизофрении), больных психосоматическим заболеванием (на примере ишемической болезни сердца). В исследовании раскрывается связь между дефицитарной формой реализации агрессивности больных ИБС и тенденцией к избыточному контролю над эмоциями, связанной с повышенным эмоциональным напряжением – черты, формируемые соответствующими социальными условиями развития личности. Показана важная роль биологических факторов (наличие эндогенного психического заболевания), обуславливающих становление деструктивных и дефицитарных форм реализации агрессивности в контексте ограниченной способности к социализации личности. Выявлены психологические факторы формирования агрессивности у здоровых, больных ИБС, а именно: эгоцентризм, эмоциональная напряженность, низкий уровень эмпатии, трудности в социальных взаимоотношениях.

Бисалиев Р.В. выделяет на основании исследования психологические факторы в клинической динамике ишемической болезни сердца, специфичных для каждой клинической формы заболевания, сочетающегося с преходящими нарушениями мозгового кровообращения:

- у пациентов с диагнозом «ИБС безболевого ишемия» отличительную взаимосвязь продемонстрировали напряжение, подавленная агрессия, аутоагрессия, низкий уровень эго-защитных реакций;

- у пациентов с устойчивой клинической симптоматикой ИБС инфаркт миокарда отличительную взаимосвязь продемонстрировали физическая, косвенная и вербальная агрессия, снижение ценности общения и взаимодействия, чувство обиды, снижение уровня личной ответственности;

- у пациентов с ИБС отличительную взаимосвязь продемонстрировали выраженность эго-защитных реакций, негативизм, потребность в любви и принятии, депрессия, уход от реальности, чувство вины [2].

Кроме того, последние данные не исключают роль иммунного воспаления на возникновение и прогрессирование аффективных расстройств тревожно-депрессивного спектра при ИБС. Коморбидность ИБС и нарушений настроения встречается в последние годы все чаще и повышает летальность таких пациентов в 2-4 раза. Яркой иллюстрацией этого феномена стало развитие так называемой «цитокиновой» гипотезы депрессии [5], в основе которой лежит предположение о влиянии провоспалительных цитокинов на формирование депрессивных расстройств. В соответствии с этой моделью иммунное воздействие на периферии вызывает синтез или появление цитокинов и их рецепторов в паренхиме мозга, что может приводить к хроническому, локальному воспалительному процессу в областях мозга, ответственных за депрессивные симптомы. В исследованиях Козловой С.Н. и ее соавторов (2010 г.) при сравнении маркеров воспаления цитокинов у больных ИБС в зависимости от наличия или отсутствия аффективных нарушений тревожно-депрессивного спектра были получены

результаты, ассоциирующиеся IL-6 и TNF α у лиц с коморбидной патологией. Этим было объяснена причина возможной высокой летальности больных ИБС с расстройствами настроения.

В группе больных ИБС в сочетании с тревогой был достоверно выше уровень IL-6. В группе больных ИБС в сочетании с депрессией были достоверно выше уровни IL-6 и TNF α . В группе больных ИБС в сочетании с тревожной депрессией достоверно выше был уровень TNF α [5].

Важно отметить, что негативное влияние на прогноз оказывает не только т. н. большая депрессия, но и депрессия легкой степени тяжести.

В исследовании Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART) было установлено, что депрессия является сильным предиктором повторных госпитализаций. В наиболее длительном по продолжительности наблюдения исследовании, проведенном в течение 12 лет в медицинском центре университета Duke (США), было установлено, что депрессия ассоциировалась с повышенной смертностью от всех причин независимо от традиционных факторов риска. Соответственно, выживаемость больных имела обратную связь с выраженностью депрессии. До сих пор недостаточно изученным остаётся вопрос о связи симптомов депрессии с нарушением систолической функции левого желудочка. По мнению ряда авторов, нарастание тяжести депрессии ведёт к увеличению функционального класса хронической сердечной недостаточности [8,18].

У лиц пожилого возраста ИСАГ с проявлением аффективных расстройств происходит более выраженная структурная перестройка миокарда — его ремоделирование, возрастание доли эксцентрической гипертрофии ЛЖ и скрытой систолической дисфункции. Данные структурные изменения имеют определенную зависимость от длительности заболевания, степени повышения систолического АД, наличия депрессии и могут иметь неблагоприятное прогностическое значение. Выяснение указанных обстоятельств способствует более глубокой интерпретации патогенетических звеньев данной проблемы, оптимизации лечения, что имеет важное практическое значение [7]. При наличии депрессии у больных часто отмечаются вегетативные симптомы, такие как тахикардия, кардиалгии, запоры, лабильность артериального давления, диспептические расстройства, головные боли, нарушения сна и другие. Выраженность эмоциональных расстройств бывает различной. В легких случаях больные жалуются на плохое настроение, подавленность, грусть, что сопровождается склонностью к сомнениям, неуверенностью в своем будущем, психической и физической утомляемостью. В тяжелых случаях появляется мучительное переживание сильнейшей тоски и отчаяния, чувство безысходности, бессмысленности жизни («витальная тоска») [13].

По данным Ф.И. Белялова и соавт. [1], даже у пациентов с диагностированной нестабильной стенокардией снижение качества жизни связано в большей степени с тревогой и депрессией, чем соматическими факторами (изменения электрокардиограммы, уровень тропонина Т, глюкозы и холестерина). Весьма существенным негативным фактором является то, что наличие депрессии статистически значимо ухудшает качество жизни больных сердечной недостаточностью [8].

И не только у больных с сердечной недостаточностью, так в исследованиях Хабаровой Т.Ю. и ее соавт., изучалось влияние тревожно - депрессивных расстройств у пациентов с церебральным инсультом.

Для выявления тревожно-депрессивных расстройств были выбраны следующие методики [7]:

Шкала Гамильтона для оценки депрессии — HDRS (М. Гамильтон);

Шкала Цунга для самооценки депрессии (Zung W. W.KvDurham N.C);

Шкала тревоги Гамильтона (англ. TheHamiltonAnxietyRatingScale, сокр. HARS)

Шкала реактивной и личностной тревоги Спилбергера (Ч.Д. Спилбергер).

Цветовой тест Люшера [5].

По результатам исследования, было выявлено следующее: — уровень депрессии средний у 35,2%, высокий уровень депрессии — 23,3%, легкая депрессия — 41,5%, отсутствие депрессивных признаков — 2,6%; уровень тревожности низкий у 13,4%, умеренный уровень — 51,55%, высокий уровень тревожности — у 35,05% больных инсультом. Для больных инсультом до проведения психокоррекционных мероприятий характерны были следующие особенности: беспокойство, ранимость, раздражительная несдержанность, пессимистичность в оценке своих перспектив, пассивная личностная позиция, самокритичное отношение к себе, неуверенность в своих возможностях, высокий уровень притязания к себе и к другим. Чувствительность к внешним воздействиям, зависимость и протестные реакции. Фиксация на своих ощущениях, склонность к ипохондрическим реакциям. Инертность мышления, трудности концентрации внимания. Умеренный уровень тревожности с тенденцией к высокой, умеренная депрессия с тенденцией к высокой.

Данные литературы последних лет показывают, что для выявления тревожно-депрессивного расстройства наиболее приемлемо использование шкалы HADS, которое позволяет констатировать выявленную симптоматику в соматическом стационаре.

В лечении депрессивных расстройств применяются как нефармакологические (психотерапия, дозированная физическая нагрузка), так и фармакологические (применение антидепрессантов) методы. Лечение депрессии фармакологические средства не только редуцирует клинические симптомы, но и

способно снижать выраженность субклинического воспаления, что может быть эффективным в лечении ишемической болезни сердца.

На данный момент существует большой выбор антидепрессантов. Основными классами антидепрессантов, применяемых в клинической практике, являются следующие:

- трициклические антидепрессанты (ТЦА),
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС),
- ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН),
- ингибиторы моноаминоксидазы (МАО).

Выбор антидепрессанта проводят с учетом спектра его психотропной активности и преобладающей симптоматики (тревожной или адинамической), соматического состояния больного и противопоказаний к применению препарата, сопутствующей медикаментозной терапии, назначенной в связи с наличием хронических соматических заболеваний, возможных нежелательных лекарственных взаимодействий препаратов [12].

Благоприятное соотношение эффективности и безопасности препаратов группы СИОЗС, позволяет рассматривать их как препараты выбора в гериатрической практике.

Также селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) предпочтительны в терапии постинфарктных пациентов в связи с безопасностью и эффективностью. СИОЗС улучшают течение депрессии, однако работ об улучшении кардиального прогноза не найдено.

СИОЗС считают безопасными для кардиологических пациентов, однако анализ ряда исследований описывает высокий плацебо эффект у пациентов с депрессией, возникшей впервые после ИМ [15].

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что препарат флувоксамин (феварин) является довольно эффективным и безопасным антидепрессантом в терапии позднего возраста депрессий, включая больных с сопутствующей соматической патологией. Этот препарат оказался эффективным при различных депрессиях: тревожной, тоскливой и апатоадинамической. Показанная высокая эффективность, быстрое наступление терапевтического эффекта, широкий спектр антидепрессивной активности, значительный размах терапевтического окна, отсутствие значимых побочных эффектов позволяют рассматривать феварин в качестве эффективного антидепрессанта для лечения депрессий позднего возраста в виде монотерапии [9].

При наличии у пациентов нарушений сна на фоне депрессивных расстройств хороший эффект оказывает применение препарата Триттико. Прием Триттико в дозе 150 мг в сутки больными депрессивным расстройством не психотического уровня с нарушениями сна приводит к купированию проявлений основного заболевания (депрессии), снижению уровня тревоги, улучшению субъективной оценки качества ночного сна. Положительная динамика субъективных показателей сна, проявлений депрессии и тревоги на фоне лечения наблюдается уже через 7 дней приема Триттико, в последующие 35 дней отмечается дальнейшее улучшение этих показателей [10].

Таким образом, изучение литературных источников показывает об актуальности данной работы и дальнейшего изучения проблемы тревожно-депрессивного синдрома у больных с ИБС. Необходимость проведения раннего скрининга пациентов с ИБС на наличие депрессии для своевременного лечения, даст возможность прогнозировать прогрессирование заболевания, что улучшит результаты лечения ИБС и повысит качество жизни больных данной категории.

Список литературы

1. *Белялов Ф.И., Мальцева Л.Е., Ягудина Р.Н.* Связь тревоги и депрессии с качеством жизни у пациентов с нестабильной стенокардией. Психические расстройства в общей медицине, 2010. 4: 21–3.
2. *Бисалиев Р.В., Кубекова А.С., Хаджимурадов А.В.* Агрессивное поведение в структуре соматических расстройств // Современные проблемы науки и образования, 2013. № 5.
3. *Козлова С.Н., Голубев А.В., Крылова Ю.С., Сысоев К.А., Шляхто Е.В., Незнанов Н.Г., Тотолян А.А.* / Влияние цитокинов на коморбидность ишемической болезни сердца и аффективных расстройств тревожно-депрессивного спектра // Санкт-Петербург, 2010. С. 235-240.
4. *Куташов В.А., Будневский А.В., Припутневич Д.Н., Суржко Г.В.* Когнитивные и эмоционально-волевые нарушения у пациентов с последствиями черепно-мозговых травм как фактор нарушения социально-психологической адаптации // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2014. № 12. С. 41–45.
5. *Куташов В.А., Сахаров И.Е., Куташова Л.А.* Головная боль. Монография. Воронеж: ВГМА, 2015. 484 с. Медицина «Молодой учёный». № 14 (94) . Июль, 2015.
6. *Хамидов Н.Х., Умарова С.А., Шаропова Н.М.* Структурно-функциональное состояние миокарда у больных изолированной систолической артериальной гипертензией пожилого возраста с коморбидной депрессией // Здравоохранение Таджикистана. № 4, 2014. С. 61–68.

7. *Петрова Н.Н.* Психосоматические аспекты хронической сердечной недостаточности / Н.Н. Перова, А.Э. Кутузова // Псих. расстройства в общей медицине, 2011. № 2. С. 23–28.
8. Позднеговозрастные депрессии и особенности вмешательства при них. П.О. Бомов, И.В. Городошникова, М.В. Дворниченко, А.А. Шипилова, 2013. С. 41–43.
9. Применение Триттико (тразодона) для лечения нарушений сна при депрессии: результаты мультицентрового исследования. М.Г. Полуэктов, Я.И. Левин, В.А. Михайлов, С.Л. Бабак 3, К.Н. Стрыгин. Неврология и психиатрия. Спецвыпуск. «Сон и его расстройства». № 12, 2013. С. 82–90.
10. *Припутневич Д.Н.* Анализ позитивного и негативного эффекта антидепрессантов в клинической практике врача-терапевта // Молодой ученый, 2015. № 3 (83). С. 292–296.
11. Психиатрия: справочник практического врача/под ред. проф. А.Г. Гофмана. 2-е изд., перераб. М.: МЕД пресс-информ, 2010. 608 с.
12. *Ширяев О.Ю., Гречко Т.Ю., Подвигин С.Н., Мищук Ю.Е., Пивоварова Т.Е.* Частная психиатрия. Учебное пособие для студентов. Воронеж, 2011. 278 с.
13. *Ширяев О.Ю., Гречко Т.Ю., Семенова Е.А., Ларских М.В., Ларских С.В.* Коморбидные психические расстройства: преодоление психосоматического дуализма. Методические рекомендации для врачей, студентов, клинических ординаторов, интернов. Воронеж, 2012. 209 с.
14. *Таранина О.Н.* Депрессивные расстройства в сочетании с ИБС у лиц старших возрастных групп// “Young Scientist” № 14 (94) .July, 2015. С. 101-106.
15. *Шарапова Ю.Ш., Абдиева Г.А., Насырова З.А.* Оптимизация антиаритмической терапии препаратом левокарнитин у больных с острым инфарктом миокарда // Научные исследования и открытия XXI века, 2017. С. 95-98.
16. *Negmatovna T.E., Khidirnazarovich T.D., Khudayberdievich Z.S.* Study of relation of polymorphism Gene Glut9 with coronary heart disease associated asymptomatic hyperuricemia in Uzbek population // European science review, 2016. № 9-10.
17. Treating depression in coronary artery disease and chronic heart failure: what’s new in using selective serotonin reuptake inhibitors? / I. Paraskevaidis [et al.] // Cardiovasc. Hematol. Agents Med. Chem., 2012. Vol. 10. № 2. P. 109–115.