

УДК 616.12-009

**ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ КАК МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ  
ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ  
ПРИ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

*Ю.В. Залеская, Р.Б. Кыдыралиева, Э.Д. Джишамбаев*

Приведены современные данные о биологических и поведенческих механизмах негативного влияния депрессии и тревоги на течение и прогноз коронарной болезни сердца. Выделены основные проблемы выявления и коррекции, отсутствия эффективных методов скрининга и менеджмента тревоги и депрессии в существующей модели обследования и лечения больных коронарной болезнью сердца. Освещены основные аспекты совершенствования оказания лечебно-профилактической помощи для пациентов с коронарной болезнью сердца и сопутствующими тревожно-депрессивными расстройствами.

*Ключевые слова:* коронарная болезнь сердца; тревога; депрессия; лечение; профилактика.

---

**ЖҮРӨКТҮН КОРОНАРДЫК ООРУСУНДА ТЫНЧСЫЗДАНУУ  
ЖАНА ДЕПРЕССИЯ ДАРЫЛОО-ПРОФИЛАКТИКАЛЫК  
МОДЕЛДИН КӨП ТАРМАКТУУ КӨЙГӨЙҮ КАТАРЫ**

*Ю.В. Залеская, Р.Б. Кыдыралиева, Э.Д. Джишамбаев*

Бул макалада депрессиянын жана тынчсыздануунун жүрөктүн ишемиялык оорусунун жүрүшүнө жана божомолуна терс таасиринин биологиялык жана жүрүм-турумдук механизмдери жөнүндө учурдагы маалыматтар келтирилген. Жүрөктүн коронардык оорусу менен ооруган бейтаптарды текшерүүнүн жана дарылоонун колдонуудагы моделинде дартты аныктоонун жана түзөтүүнүн негизги көйгөйлөрү, скрининг кылуунун, тынчсыздануу жана депрессияны башкаруунун натыйжалуу ыкмаларынын жоктугу баса белгиленди. Жүрөктүн коронардык оорусу жана коштолгон тынчсыздануу-депрессиялык оорулары бар бейтаптарга медициналык-профилактикалык жардам көрсөтүүнү өркүндөтүүнүн негизги аспектилери чагылдырылды.

*Түйүндүү сөздөр:* жүрөктүн ишемиялык оорусу; тынчсыздануу; депрессия; дарылоо; алдын алуу.

---

**ANXIETY AND DEPRESSION AS A MULTIDISCIPLINARY  
PROBLEM OF A TREATMENT AND PROPHYLACTIC MODEL  
IN CORONARY HEART DISEASE**

*Yu. V. Zalesskaya, R. B. Kydyralieva, E. D. Dzhishambaev*

The author provides modern data on the biological and behavioral mechanisms of the negative impact of depression and anxiety on the course and prognosis of coronary heart disease. The main problems of identification and correction, the lack of effective methods of screening and management of anxiety and depression in the existing model of examination and treatment of patients with coronary heart disease are highlighted. The main aspects of improving the provision of medical and preventive care for patients with coronary heart disease and concomitant anxiety-depressive disorders are highlighted.

*Keywords:* coronary heart disease; anxiety; depression; treatment; prevention.

В современной лечебно-профилактической модели при коронарной болезни сердца (КБС) наряду с базисной терапией важное место отводится контролю факторов риска, среди которых психосоциальным факторам не уделяется должного внимания. Психологическая коморбидность (тревога, депрессия) выступает в роли мультидисциплинарной проблемы, требующей разработки организационно-методических путей по улучшению ее выявляемости и контроля у больных КБС.

**1. Депрессия.** Депрессия представляет собой расстройство психической сферы, характеризующееся снижением настроения, снижением или утратой способности испытывать радость. К дополнительным признакам относится нарушение мышления (пессимизм, неадекватное чувство вины, сниженная самооценка, суицидальные тенденции, нарушения сна и аппетита, сложность концентрации внимания и др.). Тяжелые формы депрессии проявляются триадой основных симптомов: снижением настроения, заторможенностью мышления и двигательной заторможенностью [1, р. 132–141].

Согласно данным литературы, депрессия является независимым риск-фактором развития сердечно-сосудистых событий у пациентов с коронарной болезнью сердца (КБС), особенно после перенесенного острого инфаркта миокарда, а также в пожилой возрастной группе. У больных КБС также отмечаются гендерные различия аффективного статуса. Показано, что высокий уровень депрессии у женщин сочетался с увеличением частоты развития сердечной недостаточности, острого инфаркта миокарда, инсульта в течение шестилетнего проспективного наблюдения [2, р. 916–947].

Существует несколько возможных биологических и поведенческих механизмов, в результате которых увеличивается риск неблагоприятных исходов у больных КБС в сочетании с депрессией: малоподвижный образ жизни, несоблюдение диеты, курение, употребление алкоголя, плохая приверженность к терапии, артериальная гипертензия, диабет, ожирение, инсулинорезистентность, а также ряд физиологических факторов: повышение агрегации тромбоцитов, дисрегуляция автономной нервной системы, эндотелиальная дисфункция, воспаление и генетические факторы [3, р. 187–194]. В исследовании Andruskiene J. и соавт. показана связь депрессивных симптомов с социально-экономическими факторами, стрессовыми жизненными событиями и нарушениями сна [4, р. 372–378].

В рамках изучения податливости к терапии плохая приверженность к статинам у больных КБС в сочетании с депрессией имеет большое потенциальное значение для мероприятий по вторичной профилактике. Известно, что податливость к статинам ассоциируется с более низким уровнем смертности [5, р. 175–177]. Соответственно, адекватное лечение депрессии может быть одним из инструментов по улучшению податливости к терапии и прогноза у больных КБС.

**Проблемы диагностики депрессивных расстройств.** Депрессивные расстройства, являясь причиной дистресса и потери трудоспособности, плохо распознаются как на амбулаторном, так и на стационарном этапах лечения больных КБС. Около половины всех случаев остаются недиагностированными, а среди распознанных большинство не получает адекватного лечения [4].

Современные особенности течения депрессии характеризуются доминированием так называемых маскированных или стертых форм, когда у пациентов преобладают алгические или соматические симптомы, что ухудшает выявление депрессивных расстройств. Только около одной трети пациентов с депрессией предъявляют жалобы психологического характера, при наличии которых выявляемость депрессии может составлять 90 %, а в случае наличия соматических жалоб выявление составляет в среднем около 47 %.

В случае преобладания соматических жалоб при маскированной депрессии увеличивается частота обращений за медицинской помощью (амбулаторной и стационарной) к врачам терапевтического профиля, а не к специалистам в области психического здоровья, отмечается неэффективность или снижение эффективности симптоматического лечения [6, с. 64–67]. Поэтому представляется целесообразным проведение скрининга депрессивных расстройств с применением специальных тестов и психометрических шкал. В настоящее время отсутствуют исследования, показывающие влияние скрининга депрессивных расстройств на исходы КБС, поскольку скрининг еще не введен в широкое применение. По данным Holst A. с соавторами, применение модели совместной помощи для больных с депрессией

в условиях первичного здравоохранения оказало положительное влияние на уровни депрессии и самооценку здоровья, однако сопровождалось увеличением затрат на лечение [7, р. 1–9].

Применение рутинного скрининга депрессии у больных КБС в условиях первичного звена здравоохранения имеет свои особенности. Скрининг должен проводиться в том случае, если пациент имеет доступ к адекватному менеджменту депрессии в рамках взаимодействия врача первичного звена и специалиста в области ментального здоровья. Скрининг уместен при наличии интегрированной системы для оценки и менеджмента депрессии. В настоящее время недостаточно исследований, насколько скрининг полезен для пациентов, а также исследований по оценке эффективности подобных систем в условиях первичного, вторичного и третичного звеньев здравоохранения. По данным авторов the Scottish Primary Care Study, ценность скрининга может рассматриваться с позиции пользы в отношении увеличения идентификации случаев депрессии и охвата адекватной терапией, однако система здравоохранения должна изыскивать дополнительные ресурсы для такой программы [8, р. 529–537]. Акцент на скрининг или оценку уровня тяжести делается для пациентов с уже существующей депрессией с тем, чтобы определять тяжесть депрессии в динамике и добиваться достижения целей лечения в условиях первичного звена, а также определить необходимость в направлении больного к специалисту по психическому здоровью [9, р. 1–13].

**Лечение депрессий.** Лечение депрессии у пациентов с КБС преследует цель улучшить качество жизни, податливость к терапии, ведение здорового образа жизни, а также оптимизировать расходы системы здравоохранения, связанные с лечением.

Коррекция депрессивных расстройств у больных КБС должна быть индивидуальной и учитывать психологические особенности, степень тяжести, наличие сопутствующей психологической коморбидности, особенности течения основного заболевания, возможности сочетания назначаемых психотропных препаратов в дополнение к базисной терапии [10, р. 605–609]. В лечении депрессий применяют как немедикаментозные, так и медикаментозные методы лечения. В случае депрессии легкой или средней степени тяжести показало свою эффективность применение психотерапии (индивидуальной или групповой). Аэробные физические тренировки также способны оказывать положительное влияние на симптомы депрессии. В схеме медикаментозной терапии препаратами выбора признаны селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). При этом эффективным является сочетание физических тренировок и медикаментозной терапии. Согласно результатам исследования UPBEAT, комбинация аэробных физических тренировок и прием СИОЗС способствовали значимой редукции депрессивных симптомов по сравнению с плацебо у больных КБС [11, с. 1053–1063]. В исследовании Neves L.M. и соавт. сочетание аэробных тренировок и медикаментозной терапии наряду с положительным клиническим эффектом позволило добиться снижения расходов на лечение [12, р. 1–14]. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина являются эффективными и безопасными, уменьшающими симптомы депрессии, агрегацию тромбоцитов и тормозящими развитие атеросклероза. Их применение ассоциируется с более низким риском развития реинфаркта и смертности и может быть ответственным за ингибирование агрегации тромбоцитов, способствующее снижению тромбоцитарной активности [10].

После перенесенного острого коронарного синдрома персистирование симптомов депрессии является предиктором неблагоприятных исходов. Применение антидепрессантов и/или психотерапии при персистирующей депрессии может улучшить прогноз у больных КБС [13, р. 1–39].

Согласно современным рекомендациям, назначение СИОЗС больным депрессией может проводиться и врачами терапевтического профиля, поскольку препараты признаны безопасными и обладают широким спектром действия, предпочтительны для группы больных, перенесших инфаркт миокарда, а также пожилых. СИОЗС не обладают нежелательными побочными эффектами (антиадренергический, антихолинергический, антигистаминный), могут назначаться однократно. Поскольку препараты обладают свойством уменьшать агрегацию тромбоцитов, следует учитывать риск кровотечений в случае одновременного приема кардиологическими пациентами антиагрегантов, антикоагулянтов [10].

Таким образом, проблема КБС, отягощенной депрессией, является мультидисциплинарной, требующей усилий не только со стороны кардиологов, психотерапевтов, но и специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения. Основные перспективы исследований в этой области – поиск эффективных, возможно новых способов выявления и коррекции для улучшения качества и увеличения продолжительности жизни пациентов. Основными аспектами усовершенствования методов выявления и лечения депрессии на первичном, вторичном и третичном уровнях здравоохранения является необходимость обучения врачей методам выявления депрессии, принципам выбора медикаментозной терапии, привлечение специалистов по психическому здоровью для обеспечения мультидисциплинарного подхода к обследованию и лечению пациентов с депрессией. Не менее важными являются мероприятия по привлечению ресурсов для психологической помощи в разрешении кризисных ситуаций.

**2. Тревога.** В различных странах мира частота встречаемости тревоги у больных КБС составляет около 20 %. Коморбидные тревожные расстройства у больных с КБС ассоциируются с низким качеством жизни, неблагоприятным исходом заболевания, высоким уровнем смертности и увеличением расходов здравоохранения на лечение [14, р. 108–112; 15, р. 552–558]. При этом в структуре тревожных расстройств у больных КБС генерализованное тревожное расстройство является преобладающим с размахом встречаемости от 5 до 12 % по сравнению с паническими расстройствами, различными формами фобий [16, р. 1–9]. Тревога может играть свою роль в развитии и прогрессировании коронарной болезни сердца. Согласно обзору мета-анализов исследований, выполненному Emdin С.А. и соавт., в течение длительного периода наблюдения была выявлена взаимосвязь тревоги и достоверного повышения риска развития КБС (26–41 %) [17, р. 511–519]. По данным Gustad L.T. и соавт., высокий уровень тревоги ассоциировался с неблагоприятным течением КБС с достоверным увеличением частоты случаев развития инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, а также летальных исходов в течение 6 лет наблюдения. Авторы полагают, что повышение симпатической активности, приводящей к увеличению потребности миокарда в кислороде, активизация воспаления, ассоциирующиеся с тревогой, могут оказывать неблагоприятное влияние на течение КБС [18, р. 1394–1403]. Tully P.J. и соавт. показали, что генерализованное тревожное расстройство у больных с КБС ассоциировалось с двукратным увеличением риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий [19, р. 39–341]. В то же время, согласно представленным данным мета-анализа Celano С.М. и соавт., у больных КБС после корректировки с учетом других факторов риска не было выявлено ассоциации тревоги со смертностью [20, р. 1105–1115]. В другом исследовании наличие тревоги у пациентов с сохраненной фракцией выброса не оказывало негативного влияния на риск развития острых коронарных событий только в случае отсутствия сопутствующей депрессии [21, р. 1115–1122]. Некоторыми авторами показано положительное влияние тревоги на выживаемость, что, вероятно, было связано с большей приверженностью к лечению пациентов [22, р. 75–82]. Ассоциация КБС с показателями ментального и физического здоровья может меняться под влиянием расовых, этнических, социо-экономических факторов в различных странах [23, р. 22–26].

Таким образом, большинством исследователей показано негативное влияние тревоги на течение и исходы КБС. При этом придается большое значение совершенствованию системы диагностики тревожных расстройств и разработке оптимальных схем лечения для больных КБС. С целью скрининга тревожных расстройств используются различные психометрические опросники, в дополнение к которым возможно использовать клинический опрос больного с целью клинической верификации тревоги. Идентификация тревоги улучшает возможности дополнительной терапевтической коррекции ментальных расстройств, что потенциально может положительно повлиять на качество жизни и прогноз у больных КБС. Плохая выявляемость тревожных расстройств является следствием отсутствия четких алгоритмов менеджмента и редким использованием стандартизованных инструментов скрининга в клинической практике врачами терапевтического профиля [24, с. 104–109]. По данным Westermair А.Л., исследование, проведенное среди пациентов с КБС, выявило наличие пробелов в диагностике и лечении тревожных расстройств по сравнению с депрессией [25, р. 1–22]. Вопросы изучения

эффективности скрининга, охвата терапией тревожных расстройств в современной литературе представлены недостаточно. В исследовании RATCHD показаны результаты эффективного лечения панического расстройства у больных КБС [19]. В исследовании SUPRIM приведены данные по результатам успешного снижения симптомов соматической тревоги у больных КБС [26, р. 917–925]. По данным исследования INTERHEART была выявлена высокая распространенность тревожных расстройств (22–39 %), а охват терапией составил только 2,4 % [27, р. 331–340]. Однако исследования подобного рода немногочисленны, поэтому представляется актуальным изучение эффективности работы психологической помощи, оценка частоты и полноты использования услуг больными КБС и коморбидными тревожными расстройствами. Так, по данным первого исследования подобного рода, проведенного в Северной Германии среди больных КБС, выявлены данные о наличии некомпетентности в диагностике и лечении тревожных расстройств [28, р. 1–22].

С целью идентификации тревоги используются различные опросники. Для скрининга тревожных расстройств возможно использовать психометрические шкалы, имеющие различную точность. Например, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) показала лучшие специфичность и чувствительность по сравнению со шкалами Spielberger, а также соответствующие психометрические характеристики для скрининга генерализованного тревожного расстройства у больных КБС. Шкала тревоги Спилбергера, включающая оценку личностной и ситуативной тревожности, широко используется для оценки тяжести симптомов, но для оценки скрининговых возможностей инструмента необходимо дальнейшее исследование [29, с. 58–62].

В сравнительном аспекте с депрессией тревоге уделяется меньшее внимание. Результаты исследований, показавшие безопасность, экономическую и клиническую эффективность скрининга тревоги, дают основание рекомендовать выявление тревоги в ежедневной клинической практике, что позволит персонализировать подходы к лечению и профилактике у больных с КБС.

Таким образом, актуальность тревоги обусловлена широкой распространенностью, склонностью к хроническому течению, сниженному качеству жизни, взаимосвязью с социально-экономическими, личностными, культуральными факторами. Пробелы в диагностике и коррекции тревоги связаны с недостаточной информированностью врачей терапевтического профиля о клинических особенностях тревожных расстройств, методах и возможностях диагностики с помощью специфических опросников, а также недостатками в организации помощи больным, ограниченным финансированием на уровне психотерапевтической службы, а также различиями качества оказания помощи в организациях здравоохранения.

Существуют и социальные последствия тревожных расстройств: наряду со снижением качества жизни характерно и снижение социальных функций, неудовлетворенность жизнью и сознание неблагополучия, отмечается повышенный риск суицидальной настроенности, что сопоставимо с изменениями, характерными для депрессии. Поэтому тревожные расстройства больных КБС предполагают применение мультидисциплинарного подхода с использованием психотерапевтических, социальных, образовательных и других организационных форм помощи в рамках общественно-ориентированной кардиологии и психиатрии.

#### *Литература*

1. *Hawkey L C., Thisted R.A., Masi C.M. et al.* Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults // *Psychol Aging*. 2010. Vol. 25. № 1.
2. *Mehta L.S., Beckie T.M., DeVon H.A. et al.* Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association // *Circulation*. 2016. Vol. 133 (9).
3. *Y. Wang, Z. Xun, A. O'Neil et al.* Altered cardiac autonomic nervous function in depression // *BMC Psychiatry*. 2013. № 13.
4. *Andruškieñė J., Podlipskytė A., Martinkėnas A. et al.* Depressive mood in association with sociodemographic, behavioral, self-perceived health, and coronary artery disease // *Risk Factors and Sleep Complaints Medicina*. 2013. Vol. 8 (49).



5. *Ziegelstein R.C., Howard B., Zhang L.J.* Depression and poor adherence to lipid-lowering medications among patients with coronary artery disease // *J Psychosom Res.* 2010. Vol. 69. № 2.
6. *Сумин А.Н.* Ишемическая болезнь сердца и депрессия: способы диагностики и коррекции / А.Н. Сумин, В.А. Снежицкий, В.А. Карпюк // *Журнал Гродненского гос. мед. ун-та.* 2013. № 1.
7. *Holst A., Ginter A., Björkelund C.J. et al.* Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study // *BMJ Open.* 2018. Vol. 8. № 11.
8. *Burton C., Simpson C., Anderson N. et al.* Diagnosis and treatment of depression following routine screening in patients with coronary heart disease or diabetes: a database cohort study // *Psychol Med.* 2013. Vol. 43. № 3.
9. Does evidence support the American Heart Association's recommendation to screen patients for depression in cardiovascular care? An Updated Systematic Review *Thombs B.D., Roseman M., Coyne J. C et al.* // *PLoS ONE.* 2013. Vol. 8. № 1.
10. *Joshi A.* Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors: An overview // *Psychiatr Danub.* 2018. Vol. 30. № 7.
11. *Blumenthal J.A., Sherwood A., Michael A. et al.* Exercise and Pharmacological Treatment of Depressive Symptoms in Patients With Coronary Heart Disease Results From the UPBEAT (Understanding the Prognostic Benefits of Exercise and Antidepressant Therapy) Study // *JACC.* 2012. Vol. 60. № 12.
12. *Neves L.M., Silva-Batista C., Marquesini R. et al.* Aerobic exercise program with or without motor complexity as an add-on to the pharmacological treatment of depression – study protocol for a randomized controlled trial // *Trials.* 2018. Vol. 19. № 1.
13. *Ramamurthy G., Trejo E., Faraone S.V.* Depression treatment in patients with coronary artery disease: A systematic review // *Prim Care Companion CNS Disord.* 2013. Vol. 15. № 5.
14. *De Jager T.A., Dulfer K., Pieters K. et al.* The association between subjective health status and 14-year mortality in post-PCI patients // *Int J Cardiol.* 2017. Vol. 229.
15. *Van Dijk M.R., Utens E.M., Dulfer K. et al.* Depression and anxiety symptoms as predictors of mortality in PCI patients at 10 years of follow-up // *Eur J Prev Cardiol.* 2016. Vol. 23. № 5.
16. *Kemp A.H., Brunoni A.R., Nunes M. A. et al.* The association between mood and anxiety disorders, and coronary heart disease in Brazil: a cross-sectional analysis on the Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil) // *Front Psychol.* 2015. № 6.
17. *Emdin C.A., Odutayo A., Wong C. X et al.* Meta-analysis of anxiety as a risk factor for cardiovascular disease // *Am J Card.* 2016. Vol. 118. № 4.
18. *Gustad L.T., Laugsand L.E., Janszky I. et al.* Symptoms of anxiety and depression and risk of acute myocardial infarction: the HUNT 2 study // *Eur Heart J.* 2014. Vol. 35. № 21.
19. *Tully P.J., Sardinha A., Nardi A.E.* A new CBT model of panic attack treatment in comorbid heart diseases (PATCHD): how to calm an anxious heart and mind // *Cogn Behav Pract.* 2017. Vol. 24. № 3.
20. *Celano C.M., Millstein R.A., Bedoya C.A. et al.* Association between anxiety and mortality in patients with coronary artery disease: A meta-analysis // *Am Heart J.* 2015. Vol. 170. № 6.
21. *Ossola P., Gerra M.L., De Panfilis C.K. et al.* Anxiety, depression, and cardiac outcomes after a first diagnosis of acute coronary syndrome // *Health Psychol.* 2018. Vol. 37. № 12.
22. *Meyer T., Hussein S., Lange H.W. et al.* Anxiety is associated with a reduction in both mortality and major adverse cardiovascular events five years after coronary stenting // *Eur J Prev Cardiol.* 2015. Vol. 22. № 1.
23. *Assari S.* Race and ethnic differences in additive and multiplicative effects of depression and anxiety on cardiovascular risk // *Int J Prev Med.* 2016. Vol. 7.
24. *Белялов Ф.И.* Депрессия, тревога и стресс у пациентов с ишемической болезнью сердца / Ф.И. Белялов // *Терапевтический архив.* 2017. № 8.
25. *Westermair A.L., Schaich A., Willenborg B. et al.* Utilization of mental health care, treatment patterns, and course of psychosocial functioning in Northern German coronary artery disease patients with depressive and/or anxiety disorders // *Front Psychiatry.* 2018. Vol. 9. № 75.
26. *Norlund F., Olsson E.M., Pingel R.V. et al.* Psychological mediators related to clinical outcome in cognitive behavioural therapy for coronary heart disease: a sub-analysis from the SUPRIM trial GREECS Study Investigators // *Eur J Prev Cardiol.* 2017. Vol. 24. № 9.
27. *Pajak A., Jankowski P., Kotseva K. et al.* Depression, anxiety, and risk factor control in patients after hospitalization for coronary heart disease: the EUROASPIRE III Study // *Eur J Prev Cardiol.* 2013. Vol. 20. № 2.

28. *Westermair A.L., Schaich A., Willenborg B. et al.* Utilization of mental health care, treatment patterns, and course of psychosocial functioning in Northern German coronary artery disease patients with depressive and/or anxiety disorders // *Front Psychiatry*. 2018. Vol. 9. № 75.
29. *Кожокаръ К.Г.* Влияние психосоциальных факторов на развитие ишемической болезни сердца и острого коронарного синдрома / К.Г. Кожокаръ, И.А. Урванцева, К.Ю. Николаев // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2016. Т. 15. № 3.