

УДК 616.89-005. 616.1

СТРУКТУРА ФЕНОМЕНА КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

М.Р. Сулайманова

Представлено исследование структуры феномена коморбидности у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Выявлены факторы, обуславливающие хронизацию соматического расстройства и резистентность к терапии.

Ключевые слова: тревога; депрессия; феномен коморбидности; сердечно-сосудистые расстройства.

THE STRUCTURE OF THE COMORBIDITY PHENOMENON AMONG DISORDERS OF CARDIOLOGY PROFILE

M.R. Sulaimanova

We have presented the study of the structure of the comorbidity phenomenon among patients with cardiovascular diseases. We have discovered the factors, which determine the chronization of the somatic disorder and resistance to the therapy.

Key words: anxiety; depression; comorbidity phenomenon; cardiovascular disorders.

Актуальность исследования обусловлена высокой распространённостью и неблагоприятным развитием заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) [1]. Коморбидные расстройства тревожно-депрессивного спектра осложняют течение кардиальной патологии [2–8]. Несмотря на широкий спектр научных исследований, экономических затрат, профилактических и лечебных мероприятий, ориентированных на снижение уровня сердечно-сосудистых заболеваний и катастроф, по прогнозам ВОЗ к 2020 г. ишемическая болезнь сердца (ИБС) станет лидирующей причиной сокращения жизни человека, а аффективные расстройства, в частности униполярная депрессия, окажутся на втором месте [1, 2]. Целенаправленных исследований по изучению структуры феномена коморбидности у пациентов кардиологического профиля не проводилось [3–5].

Цель исследования – выявление структуры феномена коморбидности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы для дальнейшей оптимизации дифференцированных подходов диагностики и терапии.

Задачи:

1) идентифицировать выраженность аффективных сдвигов при заболеваниях ССС;

2) изучить динамику аффекта в зависимости от продолжительности заболеваний ССС;

3) изучить особенности адаптационного образа болезни (АОБ) пациентов с сердечно-сосудистыми расстройствами и его динамику в зависимости от продолжительности заболевания;

4) определить структуру феномена коморбидности (ФК) при заболеваниях ССС.

Материалы и методы исследования. Обследовано 139 пациентов общесоматической сети г. Бишкека с заболеваниями ССС (ИБС, ГБ) и коморбидными им расстройствами тревожно-депрессивного спектра, соответствующими диагностическим указаниям рубрик МКБ-10: F-3, F-4, F-5, F-6, в возрасте от 18 до 55 лет [4].

Методы исследования. Полуформализованное интервью; стандартизированные шкалы по оценке уровня депрессии Цунга, тревожности Спилбергера – Ханина, тревоги/депрессии Гамильтона, опросник АОБ (В.В. Соложенкин, 1989), адаптированный для пациентов с коморбидными расстройствами [4], ретроспективный анализ продолжительности заболевания и частоты госпитализаций по данным амбулаторных карт и выписок из историй болезни. Данные подвергались обра-

Таблица 1 – Распределение психиатрических расстройств у пациентов с заболеваниями ССС

Нозология по МКБ-10	N	%
ГТР (F41.1)	37	26,6
Расстройства адаптации (F43.2)	23	16,5
СТДР (F41.2)	15	10,8
ПР (F41.0)	13	9,4
Атипичные депрессии (F32.8)	15	10,8
Преувеличение соматической симптоматики по психологическим причинам (F68.0)	21	15,1
Депрессивный эпизод (F32)	5	3,6
Социальные фобии (F40.1)	4	2,9
Агорафобия (F40.0)	6	4,3
Всего	139	100

ботке методом вариационной статистики с помощью компьютерных программных пакетов Statlab и Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. У исследуемого контингента пациентов наиболее часто диагностированы: генерализованное тревожное расстройство (F41.1) – в 26,6 %; расстройство адаптации (F43.2) – в 16,5 %; преувеличение соматической симптоматики по психологическим причинам (F68.0) – в 15,1 %; смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) – 10,8 %; другие депрессивные эпизоды (атипичные депрессии) (F 32.8) – в 10,8 %; паническое расстройство (F41.0) – в 9,4 %; агорафобия (F40.0) – в 4,3 %; депрессивный эпизод (F 32) – в 3,6 %; социальные фобии – в 2,9 % случаев и др. (таблица 1).

Анализ динамики коморбидных соотношений в зависимости от продолжительности расстройства показал, что в период до 3 лет наиболее часто определялись: F68.0 – в 26,6 %, F43.2 – в 24,5 %, F41.2 – в 14,9 % случаев. Реже встречались F32 – в 2,1 %, F40.0 – в 2,1 % и F41.1 – в 2,1 % случаев. От 3 до 5 лет наиболее часто отмечены – F41.1 – в 24,4 %, F43.2 – в 15,4 %, F41.2 – в 15,4 % случаев, также возрастает частота F40.0 – в 9 %, F32.8 – в 7,4 %, F32 – в 3,8 % случаев. При дальнейшем развитии от 5 лет и выше: F41.1 – в 33,3 %, F32.8 – 19,2 %, F41.2 – в 15,4 %, F68.0 – в 14,0 %, F32.0 – в 6,0 % случаев. Реже встречаются F40.0 – в 5,6 %, F40.0 – в 3,6 %. Таким образом, если на ранних этапах коморбидных состояний доминируют психические расстройства преимущественно с усиленным тревожным аффектом, то с увеличением продолжительности заболевания преобладают хронические формы расстройств тревожно-депрессивного спектра, что является показателем хронизации как соматических, так и аффективных заболеваний в структуре коморбидных соотношений.

Оценка доминирующего аффекта у пациентов выявила высокий уровень ситуационной (СТ) ($49,0 \pm 2,9$) и личностной тревожности (ЛТ) – ($49,8 \pm 3,5$) ($p < 0,01$), что подтверждено шкалой тревоги Гамильтона (ТГ): $26,8 \pm 0,9$ ($p < 0,01$). Уровень депрессии по Цунгу (ДЦ) ($52,4 \pm 1,6$; $p < 0,01$) и Гамильтону (ДГ) соответствовал лёгкой степени ($15,9 \pm 1,8$; $p < 0,01$). С продолжительностью течения заболевания уровень СТ снижался: от $51,2 \pm 2,0$ в период от 1 до 3 лет до $47,5 \pm 1,5$ – более 5 лет ($p < 0,001$), при этом определялась относительная стабилизация уровня ЛТ на высоком уровне: от 50,1 1–3 раза в год.

Результаты корреляционного анализа выявили сильные связи между уровнем тревоги, депрессии, продолжительностью заболеваний и частотой госпитализаций: уровень ТГ находится в высоко достоверной (0,001) позитивно умеренно выраженной связи как с уровнем СТ ($r = 0,5$), так и ЛТ ($r = 0,4$); уровень ДГ высоко достоверно (0,001) позитивно сильно коррелирует с уровнем ДЦ ($r = 0,7$); уровень ТГ достоверно (0,05) обратно слабо коррелирует с уровнем ДЦ ($r = -0,1$); между уровнем ДГ и уровнем ЛТ ($r = -0,4$) и СТ ($r = -0,6$) существует высоко достоверная отрицательная корреляция; уровень ДЦ высоко достоверно (0,001) обратно выражено коррелирует с уровнем ЛТ ($r = -0,5$) и СТ ($r = -0,5$); уровень тревоги достоверно отрицательно коррелирует с уровнем ДГ ($r = -0,3$). Одним из результатов исследования стало (0,001) выявление сильной положительной корреляции ($r = 0,7$) между длительностью течения расстройства с момента первичного обращения к специалисту с одной стороны и уровнем депрессии – с другой. Частота госпитализаций (0,001) умеренно и позитивно коррелировала с уровнем тревоги: СТ ($r = 0,6$), ЛТ ($r = 0,56$), с ТГ ($r = 0,51$) и слабо отрицательно –

Таблица 2 – Динамика уровня аффекта в зависимости от продолжительности коморбидного расстройства

Уровень аффекта (абс. кол-во пациентов, n = 139)	1–3 года, M±m	Достовер- ность, p	3–5 лет, M±m	Достовер- ность, p	Более 5 лет, M±m	Достовер- ность, p
Ситуативная тревожность	51,2±2,0	<0,001	49,9±1,0	<0,001	47,5±1,5	<0,001
Личностная тревожность	50,1±2,6	<0,001	51,9±1,2	<0,001	52,0±1,1	<0,001
Тревога по Гамильтону	26,1±1,9	<0,001	26,9±2,0	<0,001	27,2±2,2	<0,001
Депрессия по Цунгу	44,8±2,2	<0,001	52,1±1,8	<0,001	54,5±0,9	<0,001
Депрессия по Гамильтону	14,4±1,2	<0,001	12,5±3,6	<0,001	15,9±1,3	<0,001

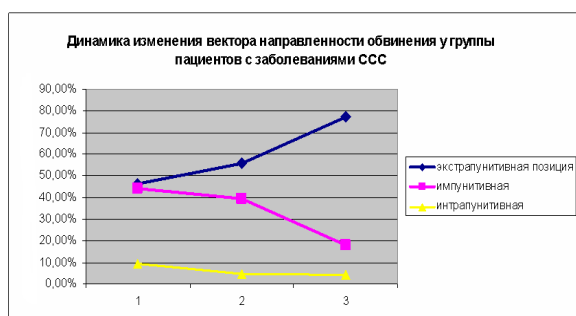
с уровнем ДЦ ($r = -0,3$) и ДГ ($r = -0,3$). Продолжительность заболевания находилась в высоко достоверной (0,001) выраженной связи с ДЦ ($r = 0,65$) и слабой – с ДГ ($r = 0,3$) (таблица 2).

Таким образом, тревога и депрессия при коморбидных соотношениях превышает нормальный уровень, аффективные расстройства связаны как с длительностью процесса, так и с частотой госпитализаций: депрессия провоцирует хронизацию кардиологической патологии, а тревога – частоту обращения за помощью. Полученные результаты позволяют рассматривать наличие сформированного патологического круга между основным соматическим заболеванием и аффективными нарушениями, что приводит к формированию психовегетативных симптомокомплексов, осложняющих диагностику и терапию.

Исследование психологических механизмов, обуславливающих клинические особенности коморбидных нарушений, посредством опросника АОБ выявило следующие результаты. В качестве причины собственного заболевания респонденты интер-

претировали: “стрессы” (35,3 %), “отягощённую наследственность” (23,7 %), “жизненные проблемы” (18,6 %), “неудачную личную жизнь” (9,4 %), “курение” (6,5 %), “прием алкогольных напитков” (2,2 %), результат “околдования”/“сглаза” (2,9 %); 1,4 % признались, что “не заботились о своём здоровье”. При анализе направленности обвинительной позиции в зависимости от продолжительности заболевания определялся рост частоты ответов, отражающих выраженную экстрапунитивную позицию ($P < 0,01$, $r = 0,3$): от 46,2 % (в период от 1 до 3 лет) до 85,9 % (от 5 лет и выше); при этом уровень интрапунитивной позиции понижался от 9,6 % (от 1 до 3 лет) до 4,5 % (от 5 лет и выше). Таким образом, как представлено на графике (рисунок 1), стабилизация психологического фона вызывает формирование внешней обвинительной позиции; между продолжительностью и направленностью обвинительной позиции определяется достоверная прямая корреляция ($P < 0,01$, $r = 0,3$); с продолжительностью течения заболевания импунитивная позиция трансформируется в другие виды направленности обвинения.

При возникновении первых признаков заболевания 84,2 % пациентов обратились к интернистам, в частности к кардиологу (51,7 %), образ которого ассоциируется с “наиболее умным и грамотным”, и сам факт посещения данного специалиста представлялся “престижным”. Следует отметить, что 10,1 % пациентов обратились к народным целителям, к иглотерапевту – 5,0 %, к психотерапевту – 0,7 %. Таким образом, маршрут кардиологических пациентов отражает доминирующий социально приемлемый соматизированный призыв к помощи. Неспецифические проявления психовегетативных нарушений более 10 % пациентов отнесли к области мистики: “сглаза”, “околдования”, влияния “албарсты” (*кырг.* – “нечистая сила”). Обращение пациентов к представителям нетрадиционной медицины, “молдо” (духовенству), “көз ачык” (ясновидящим) отражает выраженность оккультно-бытовой картины мира. Отношение к специалистам



Примечание: 1 – продолжительность от 1 до 3 лет;
2 – от 3 до 5 лет; 3 – более 5 лет.

Рисунок 1 – Динамика первого блока АОБ у пациентов с заболеваниями ССС в зависимости от продолжительности заболевания ($P < 0,01$, $r = 0,3$)

Таблица 3 – Частота предъявляемых жалоб “первого” и “второго” порядков среди пациентов с заболеваниями ССС

Жалобы	Первого порядка		Второго порядка	
	n	%	n	%
Головные боли	35	25,2	18	12,9
Затрудненное дыхание	11	7,9	18	12,9
Учащенное сердцебиение	37	26,6	20	14,4
Потливость	0	0	5	3,6
Дискомфорт в грудной клетке	41	29,5	21	15,1
Головокружение	1	0,7	1	0,7
Нарушенный сон	3	2,2	18	12,9
Слабость, утомляемость	9	6,5	7	5
Чувство изменённости окружающего	0	0	2	1,4
Страх сумасшествия	0	0	2	1,4
Страх умереть	2	1,4	6	4,3
Беспокойство	0	0	6	4,3
Чувство нервозности	0	0	5	3,6
Ощущение “кома” в горле	0	0	2	1,4
Невнимательность	0	0	0	0
Раздражительность	0	0	8	5,8
Всего:	139	100	139	100

в области психического здоровья крайне стигматизировано. Первый блок динамичен: импунитивная позиция превращается либо в экстрапунитивную, либо в интрапунитивную.

В качестве жалоб “первого порядка” (таблица 3) 29,5 % пациенты предъявили “боли или дискомфорт в области грудной клетки”, 26,6 % – “учащённое сердцебиение”, 25,2 % – “головные боли”; в качестве жалоб “второго порядка” 15,1 % пациентов выбрали “дискомфорт в области грудной клетки”, 14,4 % – “учащённое сердцебиение”, по 12,9 % – “головные боли”, “ощущение нехватки воздуха”, “затрудненного дыхания” и “нарушенный сон”, 5,8 % – “раздражительность”, по 4,3 % – “страх смерти” и “беспокойство”, 3,6 % – “чувство нервозности” ($P < 0,01$, $r = 0,7$).

Таким образом, наибольшее количество пациентов предъявляли в качестве жалоб первого порядка симптомы, ассоциирующиеся с областью локализации кардиологической патологии, при этом около половины пациентов жаловались на неспецифические проявления. При этом жалобы второго порядка носили преимущественно неспецифический характер, причём на первое место выходят инсомнии и головные боли. Несмотря на доминирование неспецифической симптоматики у пациентов преобладал соматизированный призыв к помощи.

Прогнозируя исход заболевания и результаты терапии, пациенты опасались, прежде всего, “утраты трудоспособности” – в 41,0 %, в “смерти” – в 32,4 %, “лишения внутреннего покоя” – в 21,4 %, что отражает ипохондрический радикал, обусловленный высоким уровнем тревоги. Оптимистически прогноз рассматривали 18,0 % пациентов, 28,8 % ожидали “незначительного улучшения”, 38,8 % считали необходимым “постоянно лечиться”, 6,5 % – “не интересовались” последствиями заболевания, 14,4 % – “не верили” в излечение, что отражает наличие депрессивного аффекта; ($p < 0,01$, $r = 0,7$).

Таким образом, у исследованных пациентов кардиологического спектра отмечались высокий уровень тревоги и легкая степень депрессии. Тревога рассматривается как синдром с типичной клинической картиной соматического расстройства, подтверждаемого параклиническими методами обследования, требующего соматотропной терапии, а при наличии депрессивного аффекта – психотерапевтического вмешательства. Границы феномена коморбидности (ФК) при расстройствах ССС обозначены параметром тревожно-депрессивного аффекта. ФК как один из факторов, определяющих систему терапевтического вмешательства и прогноза хронических соматических заболеваний ССС является системообразующим фактором

в решении вопросов психотерапевтической коррекции. Таким образом, структура ФК у пациентов кардиологического спектра представлена следующими компонентами:

- специфические психофизиологические сдвиги в рамках основного заболевания;
- личностная реакция на заболевание ССС, отраженная в АОБ;
- формирование устойчивых, а затем и хронических коморбидных симптомокомплексов, частью которых являются соматизированные тревога и депрессия;
- сформированная коморбидность сердечно-сосудистого заболевания и аффективных нарушений;
- сформированный патологический круг, образованный особенностями АОБ, психовегетативными симптомокомплексами и возрастающими тревогой и депрессией, обуславливая хронизацию и терапевтическую резистентность основного заболевания. Мероприятия, направленные на одно из звеньев патологического круга способствуют позитивной динамике соматического расстройства.

Выводы

1. В структуре заболеваний ССС психовегетативные симптомокомплексы характеризуются выраженностью тревожно-депрессивных нарушений.

2. Аффективные расстройства, коморбидные с заболеваниями ССС, связаны как с длительностью процесса, так и с частотой госпитализаций: депрессия провоцирует хронизацию кардиологической патологии, тревога – частоту обращения за помощью.

3. При коморбидных расстройствах в структуре заболеваний ССС адаптационный образ болезни характеризуется наличием экстрапунитивной позиции, соматоцентрической моделью болезни, что обуславливает соматизированность течения, прогноза и лечения основного заболевания, формируя стереотипизацию коморбидных симптомокомплексов.

4. Континуум клинико-психологических механизмов в виде АОБ представляется динамическим

образованием в системе коморбидных состояний и является одним из важных механизмов, способствующих диагностике ФК и преодолению терапевтической резистентности.

5. Феномен коморбидности хронических заболеваний ССС и аффективных расстройств имеет сложную структуру, формирующуюся в результате 5 этапов, каждый из которых представляет собой результат взаимодействия личности и клинической картины сердечно-сосудистого расстройства.

Литература

1. Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям, 2010 г. Женева, ВОЗ; Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006; 3 (11):e442.
2. Краснов В.Н. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения) / В.Н. Краснов, Т.В. Довженко, А.Е. Бобров и др. М.: ИД МЕД-ПРАКТИКА, 2008. 136 с.
3. Избранные лекции для врачей-кардиологов: учебное пособие / сост. В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 134 с.
4. Сулайманова М.Р. Психовегетативные симптомокомплексы в структуре коморбидных расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Р. Сулайманова. Бишкек, 2012. 25 с.
5. Сулайманова М.Р. Тревожно-депрессивный синдром при хронических соматических заболеваниях / М.Р. Сулайманова // Вестник КРСУ. 2013. Т. 13. № 7. С. 183–187.
6. Besber R.J. Psychosomatics / R.J. Besber, W.M. Rodney. 1984. Vol. 25. P. 39–46.
7. Shapiro P.A. Depression and heart disease / P.A. Shapiro, L. Lidagoster, A. Classman // Psychiatr. Ann. 1997. Vol. 27. P. 347–352.
8. Sulaimanova M.R. The unifying model of diagnostics and therapy (UMDT) / Sulaimanova M.R., Kim A.S., Sulaimanov R.B. J. European Psychiatry. 2012. Vol. 27. Page 1. P–1170.