

# АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ТЕСТОВ

С.Ю. Мухтаренко<sup>1</sup>, Т.М. Мураталиев<sup>1,2</sup>, З.Т. Раджапова<sup>2</sup>, Ю.Н. Неклюдова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова Министерства здравоохранения Кыргызской Республики; Кыргызская Республика, 720040 Бишкек, ул. Тоголок Молдо, 3;

<sup>2</sup>Кыргызско-российский славянский университет имени Б.Н. Ельцина; Кыргызская Республика, 720000 Бишкек, ул. Киевская, 44

**Контакты:** Светлана Юрьевна Мухтаренко muhtarenko@yandex.ru

**Цель исследования** – изучить частоту, выраженность аффективных расстройств и качество жизни у пациентов с коронарной болезнью сердца (КБС): с нестабильной и стабильной стенокардией II–III функционального класса.

**Материалы и методы.** С использованием скринингового опросника Московского НИИ психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России для выявления и оценки расстройств тревожно-депрессивного спектра обследовано 488 пациентов с верифицированным диагнозом КБС. Из группы скрининга 172 больных КБС – 96 (55,81 %) пациентов с нестабильной и 76 (44,19 %) со стабильной стенокардией, 136 (79,07 %) мужчин и 36 (20,93 %) женщин – были обследованы с использованием психометрических тестов: госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и шкалы депрессии Бека (BDI). Для исследования качества жизни использовали модифицированный Сизтлский опросник для больных стенокардией (МСОС). Статистическую обработку материала проводили с использованием программ Excel и Statistica 6.0.

**Результаты.** По данным скринингового опросника в группе скрининга ( $n = 488$ ) симптомы тревожно-депрессивного расстройства отмечены у 398 (81,56 %) пациентов, отсутствовали – у 90 (18,44 %) ( $p < 0,0001$ ). В группе пациентов с КБС, обследованных с использованием психометрических тестов ( $n = 172$ ), наличие симптомов тревожно-депрессивного расстройства выявлено у 137 (79,65 %), отсутствие – у 35 (20,35 %) больных ( $p < 0,0001$ ). У больных с нестабильной стенокардией в сравнении с пациентами со стабильной стенокардией отмечали чаще выраженность симптомов депрессии по шкале BDI ( $17,11 \pm 9,38$  против  $12,73 \pm 8,1$  балла;  $p < 0,04$ ) и наличие симптомов тревожно-депрессивного расстройства (85 (88,54 %) против 52 (68,42 %);  $p < 0,0008$ ). В группе больных со стабильной стенокардией уровень депрессии по шкале BDI у получавших медикаментозную терапию был выше по сравнению с пациентами, которым была проведена реваскуляризация миокарда:  $14,56 \pm 9,0$  против  $10,03 \pm 6,13$  балла;  $p < 0,01$ . Значение показателя качества жизни по МСОС статистически значимо снижалось в подгруппах больных при нарастании выраженности симптомов депрессии по шкале BDI (10–63 балла) по сравнению с подгруппой больных с отсутствием депрессии (0–9 балла) по этой шкале.

**Заключение.** По данным скринингового опросника выявлена высокая частота встречаемости тревожно-депрессивного расстройства у больных КБС. Наличие симптомов тревожно-депрессивного расстройства и выраженность симптомов депрессии по шкале BDI отмечены чаще в группе больных с нестабильной стенокардией по сравнению с группой пациентов со стабильной стенокардией. Значение показателя качества жизни по МСОС статистически значимо снижалось при нарастании выраженности симптомов депрессии по шкале BDI в подгруппах больных с наличием симптомов депрессии по сравнению с подгруппой больных с отсутствием депрессии по этой шкале. По результатам данного исследования шкала BDI являлась более чувствительной для диагностики депрессии по сравнению со шкалой депрессии HADS.

**Ключевые слова:** коронарная болезнь сердца, скрининг, тревога, депрессия, качество жизни, нестабильная стенокардия, стабильная стенокардия, шкала BDI, шкала HADS, модифицированный Сизтлский опросник для больных стенокардией

**Для цитирования:** Мухтаренко С.Ю., Мураталиев Т.М., Раджапова З.Т., Неклюдова Ю.Н. Аффективные расстройства и качество жизни у больных коронарной болезнью сердца по данным психометрических тестов. Клиницист 2018;12(2):28–36

DOI: 10.17650/1818-8338-2018-12-2-28-36

## AFFECTIVE DISORDERS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE ACCORDING TO PSYCHOMETRIC TESTS DATA

S. Yu. Mukhtarenko<sup>1</sup>, T. M. Murataliev<sup>1,2</sup>, Z. T. Radzhapova<sup>2</sup>, Yu. N. Neklyudova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>National Center for Cardiology and Therapy named after Academician Mirsaid Mirrakhimov, Ministry of Health of Kyrgyz Republic; 3 Togolok Moldo St., Bishkek 720000, Kyrgyz Republic;

<sup>2</sup>Kyrgyz-Russian Slavic University named after B. N. Eltsin; 44 Kievskaya St., Bishkek 720000, Kyrgyz Republic

**The aim** was to study the frequency and severity of affective disorders and quality of life in patients with coronary heart disease (CHD): unstable and stable angina of II–III functional class.

**Materials and methods.** 488 patients with verified CHD were examined to identify and assess anxiety-depressive spectrum disorders by the screening questionnaire of Moscow Research Institute of Psychiatry, Ministry of Health of Russia. 172 patients with CHD from the screening group – 96 (55.81 %) patients with unstable angina and 76 (44.19 %) with stable angina, 136 (79.07 %) men and 36 (20.93 %) women were examined with psychometric tests: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Beck Depression Inventory (BDI). Modified Seattle Angina Questionnaire (SAQ) was used to study quality of life. Excel and Statistica 6.0 programs were used to assess statistical process of the material.

**Results.** According to the screening questionnaire, in screening group of patients with CHD ( $n = 488$ ) the symptoms of anxiety-depressive disorder were present in 398 (81.56 %) patients, in 90 patients (18.44 %) they were absent ( $p < 0.0001$ ). In the group of patients with CHD examined by psychometric tests ( $n = 172$ ), the symptoms of anxiety-depressive disorder according to the screening questionnaire were revealed in 137 (79.65 %) patients, in 35 (20.35 %) patients they were absent ( $p < 0.0001$ ). The severity of depression symptoms according to BDI scale ( $17.11 \pm 9.38$  vs.  $12.73 \pm 8.1$  points;  $p < 0.04$ ) and the symptoms of anxiety-depressive disorder according to the screening questionnaire were noted more often ( $p < 0.0008$ ) in patients with unstable angina compared with stable angina – in 85 (88.54 %) vs. 52 (68.42 %) patients ( $p < 0.0008$ ). In the group of patients with stable angina the level of depression according to BDI scale in patients taking pharmacological treatment was higher in comparison with the patients who underwent myocardial revascularization ( $14.56 \pm 9.0$  vs.  $10.03 \pm 6.13$  points;  $p < 0.01$ ). Quality of life parameter according to modified SAQ was statistically significantly decreased in the subgroups of patients with increasing severity of depression symptoms according to BDI scale (10–63 points) compared with the subgroup of patients with no depression (0–9 points).

**Conclusion.** According to the screening questionnaire, a high incidence of anxiety-depressive disorder was found in patients with CHD. The symptoms of anxiety-depressive disorder and the severity of depression symptoms according to BDI scale were noted more often in the group of patients with unstable angina compared with the group of patients with stable angina. Quality of life parameter according to modified SAQ was statistically significantly reduced with increasing severity of depression symptoms according to BDI scale in subgroup of patients with symptoms of depression compared with the subgroup of patients without depression. According to the results of the study the BDI scale is more sensitive for the diagnosis of depression than the HADS scale.

**Key words:** coronary heart disease, screening, anxiety, depression, quality of life, unstable angina, stable angina, BDI scale, HADS scale, modified Seattle Angina Questionnaire

**For citation:** Mukhtarenko S. Yu., Murataliev T. M., Radzhapova Z. T., Neklyudova Yu. N. Affective disorders and quality of life in patients with coronary heart disease according to psychometric tests data. *Klinitsist = The Clinician* 2018;12(2):28–36

## Введение

Согласно обобщенным статистическим данным сердечно-сосудистые заболевания продолжают сохранять позиции ведущей причины заболеваемости и смертности людей в большинстве стран мира [1]. Одной из причин высокой смертности от коронарной болезни сердца (КБС) является недостаточная первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и профилактика психосоциальных факторов риска [1–3]. В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что острый или хронический эмоциональный стресс не только служит причиной развития аффективных расстройств, но и оказывает влияние на обострение и течение КБС. Рост заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России и других странах СНГ был связан с нестабильной экономической и социально-политической обстановкой в конце 1990-х – начале 2000-х годов [4]. В этом периоде среди населения отмечали высокую распространенность стресса и аффективных расстройств, в частности тревоги и депрессии, снижение качества жизни [5]. Несмотря на улучшение экономической и социально-политической обстановки в Кыргызской Республике после революции 2010 г., в настоящее время установлена довольно высокая

частота встречаемости аффективных расстройств не-психотического уровня среди трудоспособного населения. Так, в г. Бишкеке в 2015 г. частота психических расстройств непсихотического уровня составила 929,5 на 100 тыс. населения, в Чуйской области – 668,9 на 100 тыс. населения [6]. В связи с тем, что в Кыргызской Республике сердечно-сосудистые заболевания являются одной из ведущих причин смертности населения [6], выявление распространенности и выраженности аффективных расстройств у данного контингента больных весьма актуально.

**Цель исследования** – изучить частоту, выраженность аффективных расстройств и качество жизни у больных КБС: нестабильной стенокардией (НС) и стабильной стенокардией (СС) II–III функционального класса.

## Материалы и методы

Исследование одномоментное: больных обследовали во время госпитализации в НЦКиТ им. акад. М. Миррахимова МЗ КР или на амбулаторном приеме в поликлинике Центра. С использованием скринингового опросника, разработанного в Московском НИИ психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России [7] для выявления и оценки

выраженности расстройств аффективного спектра, обследовано 488 больных с верифицированным диагнозом КБС, средний возраст –  $57,71 \pm 10,61$  года. Из группы скрининга 172 (35,24 %) пациента с КБС (средний возраст  $56,68 \pm 8,53$  года), из них 96 (55,81 %) с НС и 76 (44,19 %) со СС, 136 (79,07 %) мужчин и 36 (20,93 %) женщин, методом случайной выборки были обследованы с использованием психометрических тестов: госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) [8] и шкалы депрессии Бека (BDI) [9]. Для исследования качества жизни использовали модифицированный Сизтлский опросник для больных стенокардией (МСОС) [10]. Критерии исключения: больные с постоянными формами нарушений ритма сердца, тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями, выраженным органическим поражением мозга, алкоголизмом, застойной сердечной недостаточностью. Все пациенты понимали текст предложенных психометрических тестов, хорошо владели русским языком (тесты предъявлялись на русском языке) и самостоятельно заполняли бланки методик (тесты не адаптированы в данной популяции). Клинико-инструментальное обследование больных КБС включало выполнение электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии, ЭКГ-нагрузочного теста (велозергометрии) и биохимического анализа крови. Обязательным условием включения пациентов в исследование (группа больных, обследованных с использованием психометрических тестов,  $n = 172$ ) было получение информированного согласия. Исследование одобрено этическим комитетом НЦКиТ им. акад. М. Миррахимова МЗ КР.

Статистическую обработку материала проводили с использованием программ Excel и Statistica 6.0. Данные представлены в виде среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD). Для изучения взаимосвязи между качественными переменными были составлены таблицы сопряженности  $2 \times 2$ , рассчитан  $\chi^2$ , определены отношение рисков (ОР) и 95 % доверительный интервал (ДИ) для ОР. Различия в показателях между группами считали статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

### Результаты

Социально-демографическая характеристика больных НС и СС представлена в табл. 1. В зависимости от пола выявлены различия с преобладанием в группе СС мужчин, а в группе НС – женщин. Пациентов с незаконченным высшим образованием было больше в группе НС. По остальным показателям группы больных НС и СС статистически не различались.

Клиническая характеристика больных НС и СС ( $n = 172$ ) представлена в табл. 2. По основным клинико-лабораторным и гемодинамическим показателям сравниваемые группы больных НС и СС статистически значимо не различались. Медикаментозную

Таблица 1. Социально-демографическая характеристика больных нестабильной стенокардией (НС) и стабильной стенокардией (СС)

Table 1. Social and demographic characteristics of patients with unstable and stable angina

Характеристика Characteristic	НС Unstable angina $n = 96$	СС Stable angina $n = 76$	Значение $p$ $p$ level
Возраст, лет, $M \pm SD$ Age, years, $M \pm SD$	$54,64 \pm 8,03$	$59,18 \pm 8,51$	$>0,05$
Мужчины, $n$ (%) Men, $n$ (%)	70 (72,92)	66 (86,84)	$<0,03$
Женщины, $n$ (%) Women, $n$ (%)	26 (27,08)	10 (13,16)	$<0,03$
<b>Национальность</b> Nationality			
Кыргызы, $n$ (%) Kyrgyz, $n$ (%)	45 (46,88)	43 (56,58)	$>0,05$
Славяне, $n$ (%) Slavs, $n$ (%)	39 (40,62)	24 (31,58)	$>0,05$
Другие национальности, $n$ (%) Other nationalities, $n$ (%)	12 (12,50)	9 (11,84)	$>0,05$
<b>Семейное положение</b> Marital status			
В браке, $n$ (%) Married, $n$ (%)	64 (66,7)	63 (82,9)	$>0,02$
Вдовцы, $n$ (%) Widowed, $n$ (%)	14 (14,6)	5 (6,6)	$>0,05$
В разводе, $n$ (%) Divorced, $n$ (%)	12 (12,5)	6 (7,9)	$>0,05$
В браке никогда не состояли, $n$ (%) Never married, $n$ (%)	6 (6,2)	2 (2,6)	$>0,05$
<b>Образование</b> Education			
Незаконченное среднее, $n$ (%) High school not completed, $n$ (%)	39 (40,6)	37 (48,7)	$>0,05$
Среднее, $n$ (%) High school, $n$ (%)	26 (27,1)	17 (22,4)	$>0,05$
Незаконченное высшее, $n$ (%) Graduate school not completed, $n$ (%)	16 (16,7)	4 (5,2)	$<0,02$
Высшее, $n$ (%) Graduate school, $n$ (%)	15 (15,6)	18 (23,7)	$>0,05$
<b>Профессиональная занятость</b> Professional occupation			
Работающие, $n$ (%) Employed, $n$ (%)	6 (6,3)	5 (6,6)	$>0,05$
Инвалиды, $n$ (%) Disabled, $n$ (%)	32 (33,3)	24 (31,6)	$>0,05$
Временно неработающие, $n$ (%) Temporarily unemployed, $n$ (%)	5 (5,2)	4 (5,2)	$>0,05$
Пенсионеры, $n$ (%) Retired, $n$ (%)	53 (55,2)	43 (56,6)	$>0,05$

Таблица 2. Клиническая характеристика больных нестабильной стенокардией (НС) и стабильной стенокардией (СС)

Table 2. Clinical characteristic of patients with unstable and stable angina

Показатель Parameter	НС Unstable angina n = 96	СС Stable angina n = 76	Значение p p level
Систолическое артериальное давление, мм рт. ст. Systolic blood pressure, mm Hg	141,1 ± 20,2	138,4 ± 25,4	>0,05
Диастолическое артериальное давление, мм рт. ст. Diastolic blood pressure, mm Hg	80,6 ± 10,3	76,4 ± 11,2	>0,05
Частота сердечных сокращений, уд/мин Heart rate, bpm	80,2 ± 16,3	76,6 ± 18,2	>0,05
Фракция выброса левого желудочка, % Left ventricular ejection fraction, %	51,6 ± 10,4	54,8 ± 8,2	>0,05
Общий холестерин крови, ммоль/л Total serum cholesterol, mmol/l	4,8 ± 1,02	5,02 ± 1,12	>0,05
Глюкоза крови, ммоль/л Serum glucose, mmol/l	5,3 ± 1,76	5,5 ± 1,23	>0,05
Медикаментозная терапия, n (%) Drug therapy, n (%)	68 (70,8)	43 (56,6)	<0,05
Реваскуляризация миокарда, n (%) Myocardial revascularization, n (%)	28 (29,2)	33 (43,4)	<0,05

терапию чаще (ОР 0,3; ДИ 1,0–1,6;  $p < 0,05$ ) получали больные группы НС – 68 (70,8 %) против 43 (56,6 %) по сравнению с группой СС, а реваскуляризацию миокарда чаще (ОР 0,7; ДИ 0,5–1,0;  $p < 0,05$ ) выполняли больным СС – 33 (43,4 %) против 28 (29,2 %) больных НС.

В группе скрининга ( $n = 488$ ) наличие симптомов тревожно-депрессивных расстройств по скрининговому опроснику отмечали у 398 (81,56 %), отсутствие – у 90 (18,44 %) пациентов ( $p < 0,0001$ ). В общей группе больных КБС, обследованных психометрическими тестами (НС и СС,  $n = 172$ ), наличие симптомов тревожно-депрессивных расстройств по скрининговому опроснику выявлено у 137 (79,65 %), отсутствие – у 35 (20,35 %) больных ( $p < 0,0001$ ). Свое состояние в период обследования у психотерапевта оценили как «хорошее» 18 (10,46 %), как «удовлетворительное» – 120 (69,77 %), как «плохое» – 34 (19,77 %) пациента.

Отсутствие тревоги (0–7 баллов) по шкале HADS установлено у 57 (33,14 %), наличие тревоги ( $\geq 8$  баллов) – у 115 (66,84 %) больных ( $p < 0,0001$ ). Отсутствие депрессии (0–7 баллов) по шкале HADS определено у 105 (61,05 %), наличие депрессии ( $\geq 8$  баллов) – у 67 (38,95 %) больных ( $p < 0,0001$ ).

По шкале BDI отсутствие депрессии (0–9 баллов) отмечено у 50 (29,07 %), наличие депрессии (10–63 балла) – у 122 (70,93 %) больных ( $p < 0,0001$ ).

Общий балл по шкале тревоги HADS в общей группе больных КБС составил  $9,37 \pm 4,53$ , что соответствовало умеренно выраженному уровню тревоги, по шкале депрессии –  $6,84 \pm 10,90$  балла, что соответ-

ствовало отсутствию симптомов депрессии. Показатель уровня депрессии по шкале BDI ( $15,20 \pm 9,13$  баллов) соответствовал верхней границе легкой степени депрессии. Показатель качества жизни по MCSQ равнялся  $25,16 \pm 5,29$  балла.

Установлена наибольшая частота встречаемости умеренно выраженной степени тревоги (по сравнению с выраженной) по шкале HADS в общей группе больных КБС: 67 (38,95 %) против 48 (27,1 %) ( $p < 0,01$ ). Выраженную степень депрессии по этой шкале диагностировали чаще по сравнению с умеренной: у 39 (22,67 %) против 28 (16,28 %) пациентов ( $p < 0,05$ ). В то же время у подавляющего большинства больных КБС общей группы симптомы депрессии по шкале HADS отсутствовали: 105 (61 %) против 67 (39 %) ( $p < 0,0001$ ).

Из 122 больных КБС с наличием симптомов депрессии по шкале BDI наиболее часто диагностировали легкую степень депрессии – у 30,81 %, выраженную – у 21,58 % больных; умеренно выраженная и тяжелая степени депрессии встречались реже – у 12,21 % и 6,4 % больных соответственно (табл. 3).

Анализ результатов скринингового опросника свидетельствовал о большей частоте встречаемости симптомов тревожно-депрессивных расстройств в группе НС по сравнению с группой СС: 85 (88,54 %) против 52 (68,42 %) больных (ОР 1,3; 95 % ДИ 1,1–1,5;  $p < 0,0008$ ). Свое состояние оценивали как «хорошее» чаще больные группы СС по сравнению с пациентами группы НС: 6 (15,79 %) против 12 (6,25 %) (ОР 0,4; ДИ 0,2–0,7;  $p < 0,03$ ). Отсутствие симптомов тревожно-депрессивных расстройств отмечали чаще в группе СС

по сравнению с группой НС: 24 (31,58 %) против 11 (11,46 %) больных (ОР 0,4; ДИ 0,2–1,0;  $p < 0,0008$ ) (табл. 4).

Результаты сравнения показателей шкал HADS, BDI и MCOC указывали на статистически значимое ( $p < 0,04$ ) различие показателя BDI между группами НС и СС, которое в группе НС соответствовало умеренно

выраженной ( $17,9 \pm 9,38$  балла), а в группе СС – легкой степени депрессии ( $12,73 \pm 8,16$  балла) (табл. 5).

Значение показателя качества жизни по MCOC статистически значимо снижалось в подгруппах больных при нарастании выраженности симптомов депрессии по шкале BDI (10–63 балла) по сравнению с подгруппой больных с отсутствием депрессии (0–9 баллов) по этой шкале (табл. 6).

В нашем исследовании медикаментозную терапию получали 68 (70,8 %) больных НС и 43 (56,6 %) больных СС (ОР 0,3; ДИ 1,0–1,6;  $p < 0,05$ ). Реваскуляризация миокарда была проведена 28 (29,2 %) больным группы НС и 33 (43,4 %) пациентам группы СС (ОР 0,7; ДИ 0,5–1,0;  $p < 0,05$ ). Сравнительный анализ показателей тревоги и депрессии по шкале HADS, депрессии по шкале BDI и показателя качества жизни по MCOC между подгруппами больных, получавших медикаментозную терапию и прошедших реваскуляризацию миокарда в группах НС и СС, выявил следующее: в группе СС уровень депрессии по шкале BDI у пациентов, получавших медикаментозную терапию, был выше по сравнению с больными, которым была проведена реваскуляризация миокарда ( $14,56 \pm 9,0$  против  $10,03 \pm 6,13$  балла;  $p < 0,01$ ). По результатам обследования с помощью шкалы HADS статистически значимых различий при данном сравнении не выявлено. Показатель качества жизни по MCOC у больных, прошедших реваскуляризацию миокарда, в группе СС был выше по сравнению с таковым в группе НС ( $28,33 \pm 4,07$  против  $23,29 \pm 5,63$  балла;  $p < 0,0001$ ). Внутри самой группы СС показатель качества жизни по MCOC был выше в подгруппе больных, прошедших реваскуляризацию миокарда, по сравнению с подгруппой пациентов, получавших медикаментозную терапию ( $28,33 \pm 4,07$  против  $25,44 \pm 5,39$  балла;  $p < 0,01$ ).

**Таблица 3.** Частота встречаемости различных степеней депрессии по шкале BDI в общей группе пациентов с коронарной болезнью сердца

**Table 3.** Frequency of various depression grades according to BDI scale in the total group of patients with coronary heart disease

Степень выраженности депрессии, баллы Depression grade, points	Число больных, n (%)
0–9	50 (29,08)
10–15	53 (30,81) <sup>†§</sup>
16–19	21 (12,21) <sup>†¶</sup>
20–29	37 (21,58) <sup>*#</sup>
30–63	11 (6,40) <sup>§¶#</sup>

**Примечание.** 0–9 баллов – отсутствие депрессии; 10–15 баллов – легкая степень депрессии; 16–19 баллов – умеренная депрессия; 20–29 баллов – выраженная депрессия; 30–63 балла – тяжелая депрессия; <sup>†</sup> $p < 0,0002$ ; <sup>§</sup> $p < 0,0001$ ; <sup>\*</sup> $p < 0,0002$ ; <sup>¶</sup> $p < 0,05$ ; <sup>#</sup> $p < 0,0004$  – статистическая значимость различий между подгруппами с различной степенью выраженности депрессии.

**Note.** 0–9 points – no depression; 10–15 points – mild depression; 16–19 points – moderate depression; 20–29 points – significant depression; 30–63 points – severe depression; <sup>†</sup> $p < 0,0002$ ; <sup>§</sup> $p < 0,0001$ ; <sup>\*</sup> $p < 0,0002$ ; <sup>¶</sup> $p < 0,05$ ; <sup>#</sup> $p < 0,0004$  – statistical significance of differences between the subgroups with different depression grades.

**Таблица 4.** Показатели скринингового опросника больных нестабильной стенокардией и стабильной стенокардией

**Table 4.** Screening questionnaire results in patients with unstable and stable angina

Группа Group	Скрининг, n (%) Screening, n (%)		Данные самооценки, n (%) Self-report data, n (%)		
	Наличие симптомов ТДР Presence of ADD symptoms	Отсутствие симптомов ТДР Absence of ADD symptoms	«хорошее» “good”	«удовлетворительное» “satisfactory”	«плохое» “poor”
Нестабильная стенокардия, n = 96 Unstable angina	85 (88,54)	11 (11,46)	6 (6,25)	67 (69,79)	23 (23,96)
Стабильная стенокардия, n = 76 Stable angina	52 (68,42)	24 (31,58)	12 (15,79)	53 (69,74)	11 (14,47)
Значение p p level	<0,0008	<0,0008	<0,03	>0,05	>0,05
ОР; ДИ RR; CI	1,3; 1,1–1,5	0,4; 0,2–0,7	0,4; 0,1–1,0	1,0; 0,8–1,2	1,7; 0,9–3,2

**Примечание.** ТДР – тревожно-депрессивное расстройство; ОР – отношение рисков; ДИ – 95 % доверительный интервал.  
**Note.** ADD – anxiety-depressive disorder; ОР – risk ratio; CI – 95 % confidence interval.

**Таблица 5.** Показатели шкал HADS, BDI и MCOC у больных нестабильной стенокардией и стабильной стенокардией  
**Table 5.** HADS, BDI and MSAQ results in patients with unstable and stable angina

Группа Group	Шкала HADS, баллы HADS scale, points		Шкала BDI, баллы BDI scale, points	MCOC, баллы MSAQ, points
	Тревога Anxiety	Депрессия Depression		
Нестабильная стенокардия, n = 96 Unstable angina	10,42 ± 4,44	7,69 ± 3,87	17,11 ± 9,38	23,78 ± 5,24
Стабильная стенокардия, n = 76 Stable angina	8,00 ± 4,26	5,74 ± 3,26	12,73 ± 8,16*	26,71 ± 5,10

**Примечание.** HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии; BDI – шкала депрессии Бека; MCOC – модифицированный Сизтлский опросник исследования качества жизни для больных стенокардией; \*p < 0,04 – различия статистически значимы по сравнению с группой больных нестабильной стенокардией.

**Note.** HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale; BDI – Beck Depression Inventory; MSAQ – modified Seattle Angina Questionnaire; \*p < 0.04 – the differences were statistically significant compared with unstable angina group.

**Таблица 6.** Показатель качества жизни по MCOC в подгруппах больных с различной степенью выраженности депрессии по шкале BDI (n = 172)  
**Table 6.** Quality of life according to MCOC in subgroups of patients with varying depression grades per the BDI scale (n = 172)

Степень депрессии по шкале BDI, баллы Depression grade per the BDI scale, points	Число больных, n (%) Number of patients, n (%)	Качество жизни по MCOC, баллы Quality of life according to MCOC, points
0–9	50 (29,08)	28,08 ± 4,16 <sup>†§*</sup>
10–15	53 (30,81)	24,64 ± 4,65 <sup>†</sup>
16–19	21 (12,21)	24,71 ± 4,27 <sup>§</sup>
20–29	37 (21,58)	23,94 ± 5,28*
30–63	11 (6,40)	18,91 ± 6,02 <sup>†</sup>

**Примечание.** MCOC – модифицированный Сизтлский опросник исследования качества жизни для больных стенокардией; <sup>†</sup>p < 0,0001; <sup>§</sup>p < 0,004; \*p < 0,0001; <sup>†</sup>p < 0,0001 – статистическая значимость различий между подгруппами с различной степенью выраженности депрессии.

**Note.** MSAQ – modified Seattle Angina Questionnaire; <sup>†</sup>p < 0.0001; <sup>§</sup>p < 0.004; \*p < 0.0001; <sup>†</sup>p < 0.0001 – statistical significance of differences between the subgroups with different depression grades.

### Обсуждение

Анализ современных исследований, данных нескольких метаанализов свидетельствует о том, что аффективные расстройства (тревога, депрессия, стресс) являются независимыми предикторами развития и неблагоприятного течения КБС [3, 11, 12]. Так, по данным регистра кардиологической помощи провинции Онтарио установлено, что у пациентов со СС, страдающих депрессией, отмечали 2-кратное повышение риска смерти (ОР 1,83; ДИ 1,62–2,07) и более высокий риск развития инфаркта миокарда (ОР 1,36; ДИ 1,10–1,67) по сравнению с пациентами без депрессии [13]. А учитывая то, что НС часто предшествует инфаркту миокарда и внезапной смерти, необходим учет влияния факторов, в том числе и психосоциальных, на течение и прогноз КБС [14].

В нашем исследовании отмечена высокая частота встречаемости тревожно-депрессивных расстройств у больных КБС (НС и СС) как в группе скрининга – 398

(81,56 %) против 90 (18,44 %) пациентов (p < 0,0001), так и в группе обследованных с использованием психометрических тестов – 137 (79,65 %) против 35 (20,35 %) (p < 0,0001).

Диагностика аффективных расстройств у больных КБС достаточно трудна, что связано как с особенностями личности больных КБС (алекситимия, «закрытость», гипернормативность, тип личности D), функционированием механизмов психологической защиты, так и с затруднением для врачей общей практики в диагностике аффективных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кроме того, врачи-интернисты часто недооценивают выраженность аффективных расстройств, так как некоторые жалобы больных расценивают как проявления соматического заболевания или побочных эффектов лечения [15]. При этом необходимо отметить, что значительная часть пациентов, имея симптомы депрессии, не направляется на лечение к психотерапевту и не получает

соответствующей терапии у врача-интерниста. С учетом вышеизложенного данное исследование было направлено на активное выявление симптомов аффективного спектра у больных КБС.

В нашем исследовании только 55 (31,98 %) больных из 172 обследованных с помощью психометрических тестов предъявляли спонтанно жалобы невротического уровня лечащему врачу или психотерапевту, а у 117 (69,02 %) пациентов симптомы тревожно-депрессивных расстройств или их отсутствие диагностировались психотерапевтом только при направленном опросе с использованием полужформализованного интервью. Если учесть, что больные КБС, как правило, не обращаются за медицинской помощью к психотерапевту, возрастает роль врача-интерниста при первичной диагностике расстройств невротического уровня у данного контингента больных.

В настоящее время для диагностики аффективных расстройств у больных КБС широко используют психометрические шкалы, в частности шкалу HADS. При этом одни авторы считают, что шкала HADS обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении определенного риска 2 расстройств – тревоги и депрессии [16] – и хорошо коррелирует с другими психометрическими инструментами. Другие отмечают, что шкала HADS может быть использована только для оценки степени выраженности общего дистресса больных, но дифференцировать по ней депрессивное и тревожное состояние достаточно сложно [17].

В нашем исследовании шкала BDI оказалась более чувствительной в диагностике депрессии, чем шкала депрессии HADS. По шкале BDI отсутствие депрессии выявлено у 50 (29,07 %), наличие депрессии – у 122 (70,93 %) больных ( $p < 0,0001$ ). Показатель депрессии по BDI статистически значимо отличался в группах больных HC и CC ( $17,11 \pm 9,38$  против  $12,73 \pm 8,16$  балла;  $p < 0,04$ ).

По мнению С. Sorensen и соавт., шкала BDI может указывать на гипердиагностику депрессии [18], но это мнение разделяют не все исследователи. В данной работе результаты обследования по шкале BDI, как правило, совпадали с данными при использовании полужформализованного интервью для диагностики аффективных расстройств, согласовывались с результатами скринингового опросника и значениями показателя качества жизни по MCOC. В группе CC уровень депрессии по шкале BDI у пациентов, получавших медикаментозную терапию, был выше по сравнению с больными, которым была проведена реваскуляризация миокарда ( $14,56 \pm 9,0$  против  $10,03 \pm 6,13$  балла;  $p < 0,01$ ). По результатам обследования шкалой HADS статистически значимых различий при данном сравнении не выявлено.

Важной характеристикой, которую необходимо учитывать при лечении пациентов с КБС, является показатель качества жизни, и в частности качество

жизни, связанное со здоровьем (health-related quality of life, HRQoL) [5]. По результатам данного исследования, значение показателя качества жизни по MCOC в общей группе больных ( $n = 172$ ) статистически значимо снижалось в подгруппах больных при нарастании выраженности степени депрессии по шкале BDI по сравнению с подгруппой больных с отсутствием депрессии по этой шкале.

#### Ограничения исследования

1. Исследование одномоментное. У обследованных больных КБС интерпретируются значения показателей тревоги и депрессии используемых психометрических шкал при однократном тестировании. В то же время объективные и субъективные факторы, в том числе и особенности соматического и психического статуса в разные периоды обследования, оказывают влияние на уровни тревоги и депрессии пациентов.
2. Психометрические тесты, использованные в данном исследовании, не валидизированы в кыргызскоязычной популяции. Однако все обследованные больные хорошо владели русским языком и понимали тексты предложенных психометрических тестов, в том числе и термины «тревога» и «депрессия».
3. В связи с недостаточным гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи больным КБС регистрируется низкий процент проведения реваскуляризации миокарда у пациентов данной категории.

#### Заключение

Результаты данного исследования свидетельствуют о высокой частоте встречаемости расстройств тревожно-депрессивного спектра у больных КБС (HC и CC) как в группе скрининга, так и в группе обследованных психометрическими тестами. Наличие симптомов тревожно-депрессивных расстройств по скрининговому опроснику и выраженность симптомов депрессии по шкале BDI отмечены чаще в группе больных HC. Значение показателя качества жизни по MCOC в общей группе статистически значимо снижается при нарастании выраженности симптомов депрессии по шкале BDI в подгруппах больных с наличием симптомов депрессии по сравнению с подгруппой с отсутствием депрессии по этой шкале. По результатам данного исследования шкала BDI является более чувствительной для диагностики депрессии по сравнению со шкалой HADS у больных КБС. Высокая частота встречаемости симптомов тревожно-депрессивных расстройств и симптомов депрессии по шкале BDI диктует необходимость мультидисциплинарного подхода (кардиолог, семейный врач, психотерапевт) при лечении больных КБС (HC и CC).

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Authors/Task Force Members: Piepoli M.F., Hoes A.W. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis* 2016;252:207–74. DOI: 10.1016/j.atherosclerosis.2016.05.037. PMID: 27664503.
2. Perk J., De Backer G., Gohlke H. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2012;33(13):1635–701. DOI: 10.1093/eurheartj/ehs092. PMID: 22555213.
3. Lichman J.H., Froelicher E.S., Blumenthal J.A. et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2014;129(12):1350–69. DOI: 10.1161/cir.000000000000019.
4. Чазов Е.И., Бойцов С.А. Пути снижения сердечно-сосудистой смертности в стране. *Кардиологический вестник* 2009;4(1):5–10. [Chazov E.I., Boitsov S.A. Ways to reduce cardiovascular mortality in the country. *Kardiologicheskij vestnik = Cardiology Herald* 2009;4 (1):5–10. (In Russ.)].
5. Погосова Н.В., Байчоров И.Х., Юферева Ю.М., Колтунов И.Е. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы. *Кардиология* 2010;50 (4):66–78. [Pogosova N.V., Baychorov I.Kh., Yufereva Yu.M., Koltunov I.E. Quality of life in patients with cardiovascular diseases: modern state of the problem. *Kardiologiya = Cardiology* 2010;50(4):66–78. (In Russ.)].
6. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2015 году. Бишкек, 2016. [The health of the population and activities of healthcare organizations of the Kyrgyz Republic in 2015. Bishkek, 2016. (In Russ.)].
7. Васюк Ю.А., Лебедев А.В., Довженко Т.В., Семиглазова М.В. Аффективные расстройства при остром инфаркте миокарда и возможности их коррекции тиапеттином. *Терапевтический архив* 2010;82(10):28–33. [Vasyuk Yu.A., Lebedev A.V., Dovzhenko T.V., Semiglazova M.V. Affective disorders in acute myocardial infarction and possibilities of their correction by tianeptine. *Terapevticheskij arhiv = Therapeutic Archive* 2010;82(10): 28–33. (In Russ.)].
8. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361–70.
9. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561–71.
10. Залеская Ю.В., Норузбаева А.Н., Миррахимов Э.М. Оценка качества жизни у пациентов с коронарной болезнью сердца и гиперлипидемией, прошедших обучение по специальной образовательной программе. *Центрально-азиатский медицинский журнал* 2002;2 (8):189–93. [Zalenskaya Yu.V., Noruzbaeva A.N., Mirrakhimov E.M. Assessment of life quality in patients with coronary heart disease and hyperlipidemia, trained in special educational programs. *Central'no-aziatskij medicinskij zhurnal = Central Asian Medical Journal* 2002;2 (8):189–93. (In Russ.)].
11. Белялов Ф.И. Депрессия, тревога и стресс у пациентов с ишемической болезнью сердца. *Терапевтический архив* 2017;89 (8):104–9. [Belyalov F.I. Depression, anxiety and stress in patients with coronary heart disease. *Terapevticheskij arhiv = Therapeutic Archive* 2017;89(8):104–9. (In Russ.)]. DOI: 10.17116/terarkh2017898104-109.
12. Frasure-Smith N., Lesperance F. Depression and anxiety as predictor of 2-years cardiac events in patients with stable coronary disease. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65(1):62–71.
13. Szpakowski N., Bennell M.C., Qiu F. et al. Clinical impact of subsequent depression in patients with a new diagnosis of stable angina: a population-based study. *Cir Cardiovasc Qual Outcomes* 2016;9(6):731–9. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.116.002904. PMID: 27703034.
14. Lespérance F., Frasure-Smith N., Juneau M., Thérioux P. Depression and 1-year prognosis in unstable angina. *Arch Intern Med* 2000;160(9):1354–60. PMID: 10809041.
15. Бурячковская Л.И., Полякова Е.О., Сумароков А.Б. Влияние депрессивных расстройств на развитие и исход сердечно-сосудистых заболеваний. *Терапевтический архив* 2006;78(11):87–92. [Buryachkovskaya L.I., Polyakova E.O., Sumarokov A.B. The effect of depressive disorders on the development and outcome of cardiovascular diseases. *Terapevticheskij arhiv = Therapeutic Archive* 2006;78 (11):87–92. (In Russ.)].
16. Андрищенко Ф.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS (d) в диагностике депрессий в общей медицинской практике. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова* 2003;103(5):11–7. [Andryushchenko F.V., Drobizhev M.Yu., Dobrovolskiy A.V. Comparative evaluation of CES-D, BDI and HADS (d) scales in the diagnosis of depression in general medical practice. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova = Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov* 2003;103(5):11–7. (In Russ.)].
17. Цыганков Б.Д., Малыгин Я.В., Добровольская Ю.В., Ханнанова А.Н. Возможности психометрической оценки коморбидных тревожных и депрессивных расстройств (по данным зарубежной литературы). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова* 2009;109(6):91–4. [Tsygankov B.D., Malygin Ya.V., Dobrovolskaya Yu.V., Hannanova A.N. Psychometric assessment capabilities of comorbid anxious and depressive disorders (foreign literature review). *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova = Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov* 2009;109(6):91–4. (In Russ.)].
18. Sorensen C., Fris-Hasche E., Hadhfeldt T., Bech P. Postmyocardial infarction mortality in relation to depression: a systematic critical review. *Psychother Psychosom* 2005;74(2):69–80. DOI: 10.1159/000083165. PMID: 15741756.

**ORCID авторов / ORCID of authors**

С.Ю. Мухтаренко / S.Yu. Mukhtarenko: <https://orcid.org/0000-0001-9277-9194>

Т.М. Мураталиев / T.M. Murataliev: <https://orcid.org/0000-0002-8255>

З.Т. Раджапова / Z.T. Radzhapova: <https://orcid.org/0000-0003-2281-8199>

Ю.Н. Неклюдова / Yu.N. Neklyudova: <https://orcid.org/0000-0002-3793-9463>

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Финансирование.** Исследование проведено без спонсорской поддержки.

**Financing.** The study was performed without external funding.

Статья поступила: 27.08.2018. Принята в печать: 25.10.2018.

Article received: 27.08.2018. Accepted for publication: 25.10.2018.