

## МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Люсов В.А., Волов Н.А., Лебедева А.Ю., Беневская М.А., Кудинова М.А.

Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, кафедра госпитальной терапии № 1 лечебного факультета (зав. – проф. В.А. Люсов)

### Резюме

*Сопутствующие острому инфаркту миокарда депрессивные расстройства оказывают негативное влияние на клиническое течение постинфарктного периода, функциональное состояние пациентов и качество их жизни. Ранняя диагностика тревожно-депрессивных расстройств с помощью специализированных шкал и некоторых других методов позволяет своевременно выявить пациентов, которым необходима корректирующая терапия, и, как следствие, улучшить прогноз течения основного заболевания.*

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, тревога, депрессия, диагностика тревожно-депрессивных расстройств, шкалы депрессии.

Инфаркт миокарда (ИМ) – одна из наиболее тяжелых форм ишемической болезни сердца (ИБС), а также одна из основных причин смертности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [11]. На развитие, течение, возникновение осложнений и прогноз при остром инфаркте миокарда (ОИМ) оказывают влияние множество факторов. В последние десятилетия появилось достаточно данных, указывающих на то, что сопутствующие ОИМ депрессивные расстройства оказывают негативное влияние на клиническое течение постинфарктного периода, функциональное состояние пациентов и качество их жизни [1,4]. В то же время, анализ целого ряда больших эпидемиологических исследований показал, что наличие депрессии ассоциируется с повышением риска развития инфаркта миокарда и сердечно-сосудистой смерти [7,13]. Полученные данные восьмилетнего эпидемиологического исследования на основе программы ВОЗ «MONICA» показали, что риск развития инфаркта миокарда связан с депрессией [2], также установлено, что депрессия является прогностическим фактором смерти в течение 6-18 месяцев после ОИМ [7].

Таким образом, депрессия при ОИМ имеет самостоятельное прогностическое значение в отношении смертности [1,7,18].

Распространенность депрессивных состояний у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями варьирует от 18 до 60% [8,10], что значительно больше, чем при других формах соматической патологии, и существенно превышает распространенность депрессий в популяции [8,9,13]. Многолетнее исследование, проведенное Varefoot J.C., Schroll M. (1996), показало, что у лиц с депрессией риск развития ИБС и ИМ почти в 2 раза выше, чем у лиц без депрессии [13].

По данным ВОЗ, к 2020 году депрессия займет второе место после ИБС по числу лет сокращения полноценной жизни в связи с инвалидностью [13],

что объясняет большой интерес специалистов к проблеме коморбидности аффективных нарушений и ИБС [4,7,16].

В настоящее время взаимосвязь тревожных расстройств и ОИМ изучена значительно меньше, чем депрессии и ОИМ. Распространенность тревожных расстройств у больных ОИМ, по разным оценкам, составляет от 16.7 до 59.5% [1,9]. По данным некоторых авторов, наличие тревоги увеличивало вероятность развития кардиоваскулярных осложнений [17].

Таким образом, становится очевидной необходимость ранней диагностики тревожно-депрессивных расстройств у кардиологических пациентов, в частности у больных ОИМ. Основными методами диагностики депрессии являются тщательный сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование пациента, в процессе которых учитывается проявление любых признаков депрессии и тревоги, оценка психического состояния с использованием специального тестирования [9].

Депрессия представляет собой психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Депрессивное изменение настроения, наряду с искажением когнитивных процессов, сопровождается моторным торможением, снижением побуждений к деятельности, сомато-вегетативными дисфункциями [7].

В соответствии с критериями МКБ-10 [6], классификации психических и поведенческих расстройств (World Health Organization, DSM-IV) [13], выделяют ряд основных и дополнительных симптомов депрессивного эпизода (табл. 1). Диагноз депрессивного эпизода устанавливается при сохранении указанных проявлений в течение 2-х и более недель [6].

Таблица 1

**Симптоматика депрессивного эпизода по МКБ-10 (F 32)**

Основные симптомы	Дополнительные симптомы
Сниженное, подавленное настроение Снижение или утрата интересов и способности испытывать удовольствие Снижение активности и повышенная утомляемость	Снижение концентрации внимания, неспособность сосредоточиться Мрачное и пессимистическое видение будущего Нарушения аппетита (с изменением массы тела) Нарушения сна Сниженная самооценка и чувство неуверенности в себе Идеи виновности и самоуничижения Повторяющиеся мысли о смерти, действия по самоубийству или самоповреждению

Степень тяжести депрессии определяют по различным сочетаниям симптомов (табл. 2).

Согласно классификациям МКБ 10 и DSM IV, выделяют следующие формы тревожных расстройств: выраженная стрессовая реакция и нарушения адаптации, фобические расстройства, паническое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство (невроз навязчивых состояний), генерализованное тревожное расстройство и смешанные тревожно-депрессивные расстройства. Также различают две основные группы симптомов, характерные для тревожных синдромов: психические, определяющиеся характером формирования и течения тревоги, и соматические, связанные с активацией вегетативной нервной системы [7].

Тревога – это чувство беспокойства, нервозности, взвинченности, предчувствия беды, внутреннего напряжения без видимых причин. Критерии тревоги представлены в табл. 3. Тревожное расстройство практически всегда включает вегетативные симптомы – такие, как сердцебиение (синусовая тахикардия), ощущение перебоев в работе сердца, экстрасистолия, кардиалгии, явно связанные с актом дыхания, неустойчивый уровень АД (повышение или понижение), чувство жара (приливов) или ознобов, одышка, тошнота, ощущение нехватки воздуха, затруднение дыхания, дисфагия («ком в горле»), головная боль, головокружение, боли и неприятные ощущения в животе, неустойчивый стул. Вегетативная симптоматика носит полисистемный характер [7].

Вышеописанные расстройства присутствуют на протяжении большинства дней недели и в течение, по меньшей мере, 6 месяцев. Диагноз ставится при

наличии основного симптома в сочетании с тремя и более из приведенных критериев.

В целях диагностики расстройств тревожно-депрессивного спектра широко используются специальные шкалы, позволяющие выявлять депрессию уже на ранних этапах ее развития, наиболее распространенными из них являются:

**Госпитальная шкала депрессии и тревоги HADS.**

Шкала была разработана Zigmond A.S. и Snaitth R.P. в 1983г [10]. Она относится к субъективным и предназначена для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара. Отличается простотой применения и оценки результатов. Шкала составлена из 14 утверждений и содержит 2 подшкалы: подшкала А – «тревога»: нечетные пункты; подшкала D – «депрессия»: четные пункты. Каждое утверждение имеет 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность). При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области значений: 0-7 баллов - норма; 8-10 баллов - субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше - клинически выраженная тревога/депрессия. Недостатком данного способа является относительно большой объем (14 вопросов и 64 варианта ответов) и, следовательно, продолжительность выполнения задания.

Для более детальной квалификации состояния и отслеживания его дальнейшей динамики рекомен-

Таблица 2

**Критерии тяжести депрессивного эпизода по МКБ-10 (F-32)**

Степень тяжести депрессивного эпизода	Симптомы депрессивного эпизода
Легкая (наличие 2-х основных и 2-х дополнительных симптомов)	Затруднения в выполнении обычной работы и поддержании привычного уровня социальной активности, незначительное влияние на социальное функционирование.
Умеренная (средняя) (наличие 2-х основных и 3-4-х дополнительных симптомов)	Затруднения в выполнении обычной деятельности и поддержании привычного уровня социального и профессионального функционирования.
Тяжелая (без психотических симптомов) (наличие 3-х основных и 4-х и более дополнительных симптомов)	Выраженное нарушение или полное прекращение обычной деятельности, социального и профессионального функционирования.

Таблица 3

**Диагностические критерии генерализованного тревожного расстройства  
по международной классификации DSM IV (1994)**

Генерализованное тревожное расстройство	Критерии
Тревога и беспокойство без видимых причин. Пациент затрудняется контролировать возникающую тревогу	Неспособность расслабиться, чувство постоянной взвинченности Повышенная утомляемость Снижение концентрации внимания, затруднение мышления Раздражительность Мышечное напряжение Нарушение сна

дуются пользоваться более чувствительными клиническими шкалами: шкалой Гамильтона для оценки тревоги депрессии (HDRS, HARS), шкалой Монтгомери—Асберг для оценки депрессии (MADRS), опросником депрессии Бека (BDI).

#### **Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS)**

Шкала Гамильтона (Hamilton M., 1967) для оценки депрессии – один из наиболее часто используемых в клинике тестов для выявления аффективной патологии [9]. Существует несколько версий шкалы, состоящей из 17, 21 или 23 пунктов. Первоначальная версия содержит 23 пункта. Шкала обеспечивает простой способ оценки тяжести депрессии в динамике. Для оценки следует выбирать вариант ответа, наиболее точно характеризующий состояние пациента, которому следует предоставить возможность подробного ответа на задаваемые вопросы. Оценка производится путем суммирования баллов: от 0 до 7 свидетельствует об отсутствии депрессии; суммарные значения для малого депрессивного эпизода составляют 7-16 баллов; нижнее граничное значение для большого депрессивного эпизода – свыше 16 баллов; максимально возможный общий балл составляет 52 и соответствует крайней степени тяжести депрессивного синдрома.

#### **Шкала Монтгомери – Асберг для оценки депрессии (MADRS)**

Шкала депрессии Montgomery – Asberg (MADRS) (1979г) была разработана для быстрой и точной оценки тяжести депрессии и её динамики в процессе терапии [9]. Она принадлежит к числу стандартизированных объективных клинических инструментов, широко применяемых в настоящее время, учитывающих основные симптомы депрессии. Оценка основана на клиническом интервью от наименее прямых к уточняющим вопросам, о депрессивном состоянии и степени его тяжести. Исследователь сам принимает решение, какому количеству баллов соответствует тяжесть симптома. Для интерпретации данных каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 6 баллов в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Сумма баллов соответствует: 0-15 баллов – отсутствию депрес-

сивного эпизода; 16-25 баллов – малому депрессивному эпизоду; 26-30 баллов – умеренному депрессивному эпизоду; свыше 30 баллов – большому депрессивному эпизоду. Максимальный суммарный балл составляет 60 баллов.

#### **Шкала депрессии Бека (BDI)**

Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory) предложена Beck A.T. в 1961 г. и разработана на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. Опросник включает в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Некоторые категории включают в себя альтернативные утверждения, обладающие эквивалентным удельным весом. Пациенту необходимо выбрать вариант, наилучшим образом отражающий его самочувствие в течение последней недели, возможен выбор нескольких подходящих утверждений в группе. Пункты 1-13 являются когнитивно-аффективной субшкалой (C-A), пункты 14-21 - субшкала соматических проявлений депрессии (S-P). При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям: 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов; 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия), 16-19 – умеренная депрессия; 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести); 30-63 – тяжелая депрессия.

#### **Шкала Цунга для самооценки депрессии**

Шкала Цунга (Zung W.W.K., Durham N.C., 1965) предназначена для самооценки депрессии [9,10]. На основе факторного анализа измеряют 7 параметров: чувство душевной опустошенности, изменение настроения, соматические и психомоторные симптомы депрессии, суицидальные мысли и раздражительность – нерешительность. Шкала включает 20 пунктов, каждый из которых определяет субъективную частоту симптомов депрессии. Пациент должен отметить те варианты ответов, которые наиболее

точно отражают его состояние. Подсчет баллов производится следующим образом:

Пункты 1, 3, 4, 7, 10, 13, 15 и 19 оцениваются от 1 до 4-х баллов в прямой последовательности;

Пункты 5, 6, 11, 12, 16, 17, 18 и 20 оцениваются от 4 до 1 баллов - в обратной последовательности;

При интерпретации данных необходимо внести поправку на удельный вес каждого из используемых в шкале симптомов, выражаемую специальным коэффициентом (SDS) и установленное в итоге значение сопоставляется со средним значением стандартной оценки тяжести депрессии.

#### **Клиническая шкала самоотчета (SCL-90).**

Клиническая шкала самоотчета (SCL-90-R), разработанная L. Derogatis et al. в 1977г широко используется для изучения психического состояния и терапевтической динамики больных, как в амбулаторной, так и в стационарной практике [15]. Данная методика – весьма экономичный психодиагностический метод, позволяющий определять большое количество показателей как в статике, так и в динамике. Шкала включает 90 пунктов, ранжированных по 5-балльной системе (от 0 до 4), где 0 соответствует позиции “отсутствует”, а 4 – “максимальная выраженность симптомов”. Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам: соматизации (SOM), обсессивности-компульсивности (O-C), интерперсональной чувствительности (INT), депрессии (DEP), тревоги (ANX), враждебности (HOS), фобической тревоги (PHOB), паранойяльных тенденций (PAR), психотизма (PSY) и по 3 обобщенным подшкалам второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс наличия признаков дистресса (PTSD), общее число утвердительных ответов (PST). Кроме того, в опроснике имеется 7 вопросов, которые не входят ни в одну из указанных шкал.

#### **Опросник тревоги Спилберга (TAI)**

Методика оценки тревожности в оригинале называемая Test Anxiety Inventory (TAI) – разработана известным американским психологом С. Spielberg, содержит 2 шкалы: шкалу личностной тревожности и шкалу ситуативной тревожности. Личностная шкала Спилберга включает 20 вопросов. Подсчет количества баллов производится следующим образом: из суммы ответов на вопросы 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20 вычитается сумма ответов на вопросы 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19; к полученной разности прибавляется цифра 35. Если суммарный показатель по шкале Спилберга показывает до 30 баллов - это низкий уровень тревожности, от 30 до 45 баллов – средний, свыше 45 баллов – высокий.

Пациенты, которые по данным психометрических тестов имеют выраженные нарушения, нуждаются в

более тщательном клиническом обследовании с привлечением психотерапевта.

Помимо приведенных, существуют и другие шкалы депрессии. Однако формальная оценка критериев депрессии по диагностическим шкалам и опросникам может привести к гипердиагностике этого расстройства у больных с нетипичными проявлениями сердечно-сосудистых заболеваний.

С другой стороны, депрессия у больных ИБС, в частности ОИМ, часто остается нераспознанной. Проблематичность выявления депрессии у больных ОИМ связана с тем, что многие симптомы этих коморбидных заболеваний являются общими.

В настоящее время разработаны и другие способы прогнозирования тревожно-депрессивных расстройств у больных инфарктом миокарда:

Одним из них является комплексное биохимическое исследование показателей крови, путем определения флюорометрическими методами активности каспазы-3, уровня норадреналина и дофамина. При величине показателей норадреналина  $0,77 \pm 0,02$  мкг/л и выше, дофамина  $0,51 \pm 0,01$  мкг/л и выше, активности каспазы-3 выше  $1,02 \pm 0,041$  ммоль/мин/мл прогнозируют развитие тревожно-депрессивных расстройств в первый месяц ОИМ [3].

В исследовании F. Laghrissi-Thode et al. (1997) показано, что у пациентов с депрессией определяется высокий уровень факторов активации тромбоцитов, а именно – тромбоцитарного фактора-4 и  $\beta$ -тромбоглобулина. Существуют доказательства роли серотонина в усилении тромбообразования. Так, у пациентов с депрессией выявлен рост числа тромбоцитарных рецепторов серотонина, через которые серотонин способствует повышению функциональной активности тромбоцитов (G.N. Padney et al., 1990); также выявлено усиление стимулируемой серотонином реактивности  $Ca^{2+}$  в тромбоцитах у пациентов с нелеченной депрессией (I. Kusumi et al., 1991). Определение уровня вышеописанных показателей у больных ОИМ, возможно, позволит быстро выявлять наличие депрессивных расстройств и соответственно назначать адекватную коррекцию.

Другой трудностью в выявлении тревожно-депрессивных расстройств у больных ОИМ в ранние сроки является неспособность пациентов отвечать на опросники в силу тяжести соматического состояния, поскольку это требует от них напряжения в связи с субъективностью этих тестов. Поэтому необходим поиск новых методов диагностики для более раннего выявления тревожно-депрессивных расстройств у больных ОИМ с целью их ранней коррекции. В настоящее время ведутся разработки методов диагностики тревожно-депрессивных расстройств у больных ОИМ с помощью записи голоса с последующим анализом путем специально разработанной для этого программы.

### Литература

1. Васюк А.Ю., Лебедев А.В. Депрессия, тревога и инфаркт миокарда: все только начинается (Часть 1,2)// Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2007;3:41-51. 2007;4:39-45
2. Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В. и др. Восьмилетнее изучение влияния депрессии на риск возникновения инфаркта миокарда в популяции мужчин 25-64 лет// Терапевтический архив, 2005;9:60-64.
3. Кательницкая Л. И., Иванченко Д.Н.. Способ прогнозирования тревожно-депрессивных расстройств у больных инфарктом миокарда. Патент РФ 2338194, G01N 33/52, G01N 33/68 от 12.04.2006.
4. Краснов В.Н., Довженко Т.В. Особенности выявления и динамики расстройств аффективного спектра у пациентов после перенесенного острого инфаркта миокарда. Матер.общероссийской конференции «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011гг.)» (28-30 октября 2008). – М.,2008. - С 99-100.
5. Минутко В.Л. Депрессия. ГЭОТАР Медицина, Москва, 2006; 24-27.
6. МКБ –Х. Раздел V. Версия для первичной медицинской помощи. Психические расстройства в общей медицинской практике. Диагностика и лечебно-профилактические мероприятия. Пер. с англ. М. Феникс. 1997.
7. Погосова Г.В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике. Методическое пособие для врачей. Москва, 2007; 5, 10-11.
8. Протокол ведения больных «Сердечно-сосудистые заболевания и коморбидные расстройства аффективного спектра в первичной медицинской сети». Стандартиформ, Москва, 2008; 11.
9. Ракитская Н.Ю. Эволюция диагностических и терапевтических подходов к тревожным и депрессивным расстройствам// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009; 3 (54): 88-92.
10. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике.-М.: Издательство «Берег», 2000. – 160 с.
11. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. - М.: Медицина, 2002.
12. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (DSM-IV), Washington, DC: APA.
13. Barefoot J.C., Scholl M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample // Circulation. 1996; 93: 1976-80.
14. Brundtland G.H., Mental health in the 21th century// Bull. WHO. Geneva 2000; 78: 411.
15. Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation// J Clin Psychol 1977; 33: 981-9.
16. Frasure-Smith N., Lespérance F. Depression and Coronary Heart Disease: Complex Synergism of Mind, Body, and Environment // Cur. Direct. Psychol. Science, 2005, 14(1), 39-43.
17. Grace S.L., Abbey S.E., Irvine J., et al. Prospective examination of anxiety persistence and its relationship to cardiac symptoms and recurrent cardiac events// Psychother Psychosom 2004; 73: 344-352.
18. Goble Alan J., Elliott Peter C., Murphy Barbara M., Worcester Marian U. Trajectories and Predictors of Depression Following Acute Myocardial Infarction// Circulation. 2006; 114: II 557.

### Abstract

*Depressive disorders, accompanying acute myocardial infarction, affect clinical course in post-infarction phase, patients' functioning and quality of life. Early diagnostics of anxiety and depressive disorders, using special scales and other instruments, helps to identify the patients in need for corrective treatment and, therefore, improves the prognosis of the main disease.*

**Key words:** Myocardial infarction, anxiety, depression, anxiety and depression diagnostics, depressions scales.

Поступила 18/12-2010

© Коллектив авторов, 2010

E-mail: cardio-15@yandex.ru

[Люсов В.А. (\*контактное лицо) – профессор, заведующий кафедрой, Волон Н.А. – доцент кафедры, Лебедева А.Ю. – д.м.н., заведующая отделением неотложной кардиологии с блоком кардиореанимации ГКБ № 15 им. О.М. Филатова, Беневская М.А. – аспирант].