

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Псориатический артрит / Т. А. Курман [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. – 2023. – Т. 20, № 3. – С. 123–128.
2. Осмоналиева, А. А. Псориаз и аутоиммунный тиреоидит / А. А. Осмоналиева // Материалы XXVIII Всероссийской конференции молодых ученых с международным участием. – СПб., 2022. – С. 105–106.
3. Осмоналиева, А. А. Щитовидная железа и иммунопатологические заболевания кожи: псориаз, витилиго, атопический дерматит / А. А. Осмоналиева, Ю. И. Строев, Л. П. Чурилов // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2022. – Т. 17, № 2. – С. 685–698.
4. Некоторые аспекты общности патогенеза сахарного диабета 2 типа и псориаза / Ю. М. Штода [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2014. – Т. 4, № 3. – С. 647–654.
5. Association of psoriasis with comorbidity development in children with psoriasis / M. M. Tollefson [et al.] // JAMA Dermatol. – 2018. – Vol. 154, № 3. – P. 286–292.

УДК 616.8-008.64-052-06

*А. Н. Цырульникова¹, Е. Г. Малаева¹, Т. В. Алейникова¹, И. Л. Мамченко¹,
В. А. Грищенко², С. А. Новикова²*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская государственная клиническая больница № 3»

г. Гомель, Республика Беларусь

УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОЖНОСТИ У КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА

Введение

Тревожно-депрессивные расстройства являются одними из наиболее часто выявляемых психопатологических нарушений у пациентов с коморбидной патологией. Чаще всего это пациенты с такими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность и сахарный диабет (СД) [1]. Выраженность данных расстройств зависит от длительности, тяжести и характера заболевания, что, в свою очередь, негативно влияет на его течение, а также приводит к изменению привычного образа жизни, снижению качества жизни, а иногда и потере социального статуса [2].

Результаты многих проведенных исследований показали, что данная категория пациентов чаще страдает хронической или рекуррентной депрессией [1].

У здоровых лиц депрессивные расстройства встречаются в 3 раза реже, чем у пациентов, страдающих коморбидной патологией [3].

По данным ВОЗ, в мире более чем у 110 млн человек, что составляет 3–6%, выявлены клинически значимые тревожно-депрессивные расстрой-

ства [3]. Риск заболевания депрессией в течение жизни у женщин составляет 18–25%, у мужчин – 7–12% [4].

Цель

Оценить уровень депрессии, личностной и реактивной тревожности у коморбидного пациента, страдающего ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ), хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и СД).

Материал и методы исследования

Исследование было проведено на базе кардиологического отделения учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 3» (УЗ «ГГКБ № 3»).

В исследовании приняли участие 73 пациента, из них 32 (44%) мужчины и 41 (56%) женщина. Возраст пациентов варьировал от 35 до 70 лет (средний возраст составил 60 ± 10 лет): из них средний возраст женщин составил 45 ± 10 лет и средний возраст мужчин – 55 ± 10 лет.

По нозологии распределение пациентов было следующим: 1-я группа (21 пациент) – ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФКII Н1; 2-я группа (15 пациентов) – ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФКIII + АГ 3 ст. риск 4 + Н2А (МКК) + СД 2 типа; 3-я группа (7 пациентов) – ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФК1+ АГ 2 ст. риск 4 + Н1; 4-я группа (18 пациентов) – ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, фибрилляция предсердий постоянная форма тахисистолия + Н2А (МКК) + СД 2 типа; 5-я группа (12 пациентов) – ИБС: постинфарктный кардиосклероз АКШ, МКШ+ Н2А (МКК) + СД 2 типа.

Оценка уровня тревожных расстройств проводилась с применением шкалы тревоги Спилберга – Ханина, которая состоит из двух частей. Первая часть оценивает реактивную тревожность (номер 1–20), вторая часть – личностную тревожность (номер 21–40) [2]. На основании полученных данных результат оценивался следующим образом: до 30 баллов – низкая тревожность; 31–44 – умеренная тревожность; 45 и более соответствует высокой тревожности [1].

Для оценки уровня депрессии использовалась шкала депрессии Бека, включающая в себя 21 группу утверждений, по 4 утверждения в каждой группе (0, 1, 2, 3). Прочитав внимательно каждую группу утверждений, необходимо было выбрать утверждение, которое наиболее точно отражает самочувствие, образ мыслей или настроение в течение последнего времени, включая день опроса у пациента [2]. Оценка результатов оценивалась следующим образом: 0–9 – отсутствие депрессивных симптомов; 10–15 – легкая депрессия (субдепрессия); 16–19 – умеренная депрессия; 20–29 – выраженная (средней тяжести депрессия); 30 и более – тяжелая депрессия [2]. Пункты 1–13 – когнитивно-аффективная субшкала, пункты 14–21 – субшкала соматических проявлений депрессии [2].

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам определения уровня депрессии были получены следующие данные. Отсутствие депрессивных симптомов было отмечено у 17 пациентов, что составило 23%, депрессия различной степени была выявлена у 56 пациентов, или у 77 %. Субдепрессия наблюдалась у 32 пациентов (57%), умеренная – у 18 (32%) и выраженная депрессия – у 6 (11%) пациентов. В структуре депрессивных состояний преобладали пункты 14–21.

В зависимости от пола распределение было следующим: из 41 женщины депрессия отсутствовала у 8 (20%) пациенток, из 32 мужчин – у 9 (28%) пациентов. Легкая депрессия была выявлена у 19 женщин и 13 мужчин (41% и 41% соответственно), умеренная депрессия отмечалась только у 18 женщин (44%) и выраженная у 4 женщин и 2 мужчин (12,5% и 6% соответственно).

По нозологическим причинам депрессией чаще страдали пациенты 2-й, 4-й и 5-й групп, т. е. это пациенты с ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФКШ, с фибрилляцией предсердий, с постинфарктным кардиосклерозом в сочетании с артериальной гипертензией 2–3 ст. очень высокого риска, с признаками хронической сердечной недостаточности по малому кругу кровообращения и СД. У пациентов, входящих в 1-ю и 3-ю группу, депрессивные расстройства либо отсутствовали, либо имели уровень субдепрессии.

В зависимости от возраста депрессивным расстройствам были более подвержены пациенты в возрасте от 50 лет и старше.

По результатам исследования реактивной и личностной тревожности были получены следующие данные. Низкий уровень реактивной тревожности наблюдался у 12 (16%) женщин и 7 (9,5%) мужчин, умеренный – у 29 (40%) женщин и 25 (35,5%) мужчин, высокий уровень реактивной тревожности отсутствовал как у женщин, так и у мужчин. При исследовании уровня личностной тревожности были получены следующие данные: высокий уровень тревожности был выявлен у 25 (34%) женщин и 13 (19%) мужчин, а умеренный – у 13 (19%) женщин и 15 (21%) мужчин, низкий уровень личностной тревожности был отмечен у 3 (4%) женщин и 4 (5%) мужчин.

В зависимости от заболеваний распределение реактивной и личностной тревожности отражено в таблице 1.

Так, у пациентов всех групп преобладал умеренный уровень реактивной тревожности, высокий уровень реактивной тревожности не был отмечен ни в одной группе, напротив, высокий уровень личностной тревожности был отмечен во всех группах, особенно в 5-й группе пациентов с ИБС: постинфарктный кардиосклероз АКШ, МКШ+ Н2А(МКК) + СД 2 типа, низкий же уровень был отмечен у пациентов 1-й и 3-й групп с ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФКШ Н1 и ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФК1+ АГ 2 ст. риск 4 + Н1.

Таблица 1 – Распределение реактивной и личностной тревожности в зависимости от заболевания

Уровень тревожности	Высокий	Умеренный	Низкий	Высокий	Умеренный	Низкий
	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФКП Н1	0	6	8	6	6	3
ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФКШ + АГ 3 ст. риск 4 + Н2А (МКК) + СД 2 типа	0	18	2	7	4	0
ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФК1+ АГ 2 ст. риск 4 + Н1	0	4	5	8	3	4
ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, фибрилляция предсердий постоянная форма тахисистолия + Н2А (МКК) + СД 2 типа	0	12	2	4	5	–
ИБС: постинфарктный кардиосклероз АКШ, МКШ + Н2А (МКК) + СД 2 типа	0	14	2	13	4	0

Выводы

Отсутствие депрессивных симптомов было отмечено у 17 пациентов (23%), депрессия различной степени была выявлена у 56 пациентов (77%).

В зависимости от пола: из 41 женщины депрессия отсутствовала у 8 (20 %) пациенток, из 32 мужчин – у 9 (28 %) пациентов.

По нозологическим причинам депрессией чаще страдали пациенты, имеющие коморбидную патологию, т. е. это пациенты с ИБС: стабильная-

стенокардия напряжения ФКШ, с фибрилляцией предсердий, с постинфарктным кардиосклерозом, перенесшие АКШ, МКШ в сочетании с артериальной гипертензией 2–3 ст. очень высокого риска, с признаками хронической сердечной недостаточности по малому кругу кровообращения и СД.

Депрессивные расстройства преобладали у лиц женского пола в возрасте старше 50 лет.

У пациентов всех групп преобладал умеренный уровень реактивной тревожности.

Высокий уровень личностной тревожности был отмечен во всех группах пациентов, особенно в 5-й группе пациентов с ИБС: постинфарктным кардиосклерозом АКШ, МКШ+ Н2А (МКК) + СД 2 типа, низкий же уровень был отмечен у пациентов 1-й и 3-й групп с ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФКШ Н1 и ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФК1+ АГ 2 ст. риск 4 + Н1.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Смулевич, А. Б.* Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – М. : Медицинское информационное агенство. – 2003. – 432 с.
2. *Цырульникова, А. Н.* Психосоматические особенности и уровень депрессии при хронической сердечной недостаточности у больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца / А. Н. Цырульникова // Проблемы здоровья и экологии. – 2013. – Т. 3, № 7. – С. 53–57.
3. *Медведев, В. Э.* Тревожные расстройства у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / В. Э. Медведев // VI Международный интернет-конгресс специалистов по внутренним болезням, 14–17 февраля 2017 г. – М. : Видокс, 2017. – С.12–15.
4. *Воякина, В. Г.* Тревога и депрессия в практике врачей-интернистов / В. Г. Воякина, И. В. Дубатова // Общая психопатология: традиции и перспективы. Материалы Российской научной конференции с международным участием, 9 июня 2017 г. – Ростов-на-Дону : РостГМУ. – 2017. – С. 80–84.