

*Е.А. Кудашова, В.А. Крейдина*

## АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

**Резюме.** По результатам клинического и электроэнцефалографического обследования 188 пациентов обоего пола с диагнозом: ИБС, стабильная стенокардия напряжения были сформулированы правила для врачей, позволяющие с использованием психометрических шкал и анализа распределения альфа-активности на ЭЭГ дать объективную оценку выраженности аффективных расстройств, дифференциальной диагностики преобладания того или иного компонента в структуре аффективных расстройств с целью рациональной фармакотерапии.

**Ключевые слова:** ишемическую болезнь сердца, аффективные расстройства, альфа-активность электроэнцефалограммы; рациональная фармакотерапия.

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания, коморбидные с аффективными расстройствами, представляют собой важную медицинскую и социальную проблему. Эксперты ВОЗ охарактеризовали ишемическую болезнь сердца (ИБС) и тревожно-депрессивные расстройства как «пандемии XXI века». Сочетание сердечно-сосудистых заболеваний и аффективной патологии является достаточно известным в клинической практике фактом и подтверждено многими популяционными исследованиями. Многими авторами показано влияние тревожно-депрессивных расстройств на сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность в общей популяции, также как и влияние этой патологии на качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Однако до настоящего момента не разработаны четкие алгоритмы диагностики аффективной патологии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и стандарты лечения больных с указанной коморбидной патологией [1].

Существующие на данный момент способы диагностики тревожно-депрессивных расстройств у больных ИБС основаны на анализе особенностей жалоб больного, отражающих симптомокомплексы патологического аффекта: особенности соматических жалоб пациентов ишемической болезнью сердца при наличии аффективных расстройств: длительные болевые ощущения в области сердца, отличающиеся от классических ангинозных болей по обстоятельствам возникновения (отсутствие связи с физической нагрузкой) и купирования (неэффективность нитратов) у больных ИБС, лишь в редких случаях сопровождающиеся характерной «ишемической» динамикой по данным электрокардиограммы (ЭКГ). Однако клиническая картина тревоги и депрессии включает ряд соматовегетативных симптомокомплексов, характерных как для аффективной патологии, так и для сердечно-сосудистых заболеваний (бледность и сухость кожи, нарушения сна, головокружения, тахи- и брадикардия, повышение или понижение артериального давления, боли в грудной клетке, диспноэ), которые практически делают невозможным верное определение вклада аффективной симптоматики в структуру болезни [2].

Цель исследования – разработка алгоритма диагностики аффективной патологии по данным электроэнцефалографии (ЭЭГ), клиническая оценка результатов его применения.

**Материал и методы исследования.** Верификация соматического диагноза и формирование представления об объективном состоянии пациентов производились с помощью клинико-лабораторных и инструментальных методов: электрокардиографии (регистрация ЭКГ в 12 отведениях с последующим анализом нарушений ритма и расчетом продолжительности основных кардиоинтервалов; в том числе суточного мониторинга ЭКГ по Холтеру (на кардиомониторе «Кардиотехника-4000» (ЗАО «ИНКАРТ» (Россия)), эхокардиографии (на аппарате «Алока 1200» (Япония)), коронарографии.

Степень выраженности и структуру тревожно-депрессивных расстройств пациентов изучали с помощью следующих опросников и психометрических шкал: Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), Опросник Спилбергера-Ханина, Шкала депрессий центра эпидемиологических исследований (CES-D).

Для оценки качества жизни пациентов использовали общий опросник MOS SF-36, признанный международным инструментом изучения качества жизни, а также специализированный Сиэттлский опросник для больных стенокардией (SAQ).

Обработка результатов исследования проводилась методами параметрической и непараметрической статистики. За достоверные принимались отличия на уровне 95% значимости ( $p < 0,05$ ). Использовали пакет программ «Statistika 6.0 for Windows», Microsoft Excel, реализованные на PC IBM Pentium IV.

С целью отбора пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами и формирования групп наблюдения было проведено исследование с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

**Полученные результаты и их обсуждение.** Было обследовано 188 пациентов обоего пола с диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. ФК II – III. По результатам шкалы HADS тревожно-депрессивные расстройства регистрировались у 48 % (90 пациентов) (рис. 1).



**Рис. 1. Распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения.**

1-ю группу составили 30 пациентов (13 мужчин и 17 женщин), средний возраст -  $56,86 \pm 2,45$  лет, с ИБС и тревожно-депрессивными расстройствами с преобладанием тревожного компонента в структуре расстройств (ИБС+ТР).

2-ю группу составили 30 пациентов (12 мужчин и 18 женщин), средний возраст -  $63,55 \pm 2,68$  лет, с ИБС и тревожно-депрессивными расстройствами с преобладанием депрессивного компонента (ИБС+ДР).

3-ю группу составили 30 пациентов (12 мужчин и 18 женщин), средний возраст -  $57,53 \pm 3,76$  лет, с ИБС и тревожно-депрессивными расстройствами смешанной природы (ИБС+ТДР).

4-ю группу составили 30 пациентов (10 мужчин и 20 женщин) с ИБС без признаков тревожно-депрессивных расстройств (ИБС без ТДР). Средний возраст больных составил  $57,35 \pm 3,06$  лет.

Сформированные группы наблюдения были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести стенокардии, сопутствующей патологии.

Пациенты всех групп наблюдения получали базисную терапию ИБС, рекомендованную для лечения стабильной стенокардии напряжения, включавшую антиагреганты, статины,  $\beta$ -блокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты Са, нитраты, в том числе короткодействующие формы при развитии ангинозного приступа, метаболические препараты. Значимых различий в дозах принимаемых медикаментов базисной терапии в изучаемых группах не было.

Сравнение исходных морфофункциональных и гемодинамических параметров сердца пациентов 1-ой, 2-ой и 3-ей групп не выявило достоверных различий по указанным параметрам. Качество жизни пациентов 1-ой, 2-ой и 3-ей групп также достоверно не различалось.

Таким образом, наличие аффективных расстройств с преобладанием тревожного или депрессивного радикала, а также тревожно-депрессивных расстройств смешанной природы, в равной степени влияет на качество жизни пациентов с ИБС.

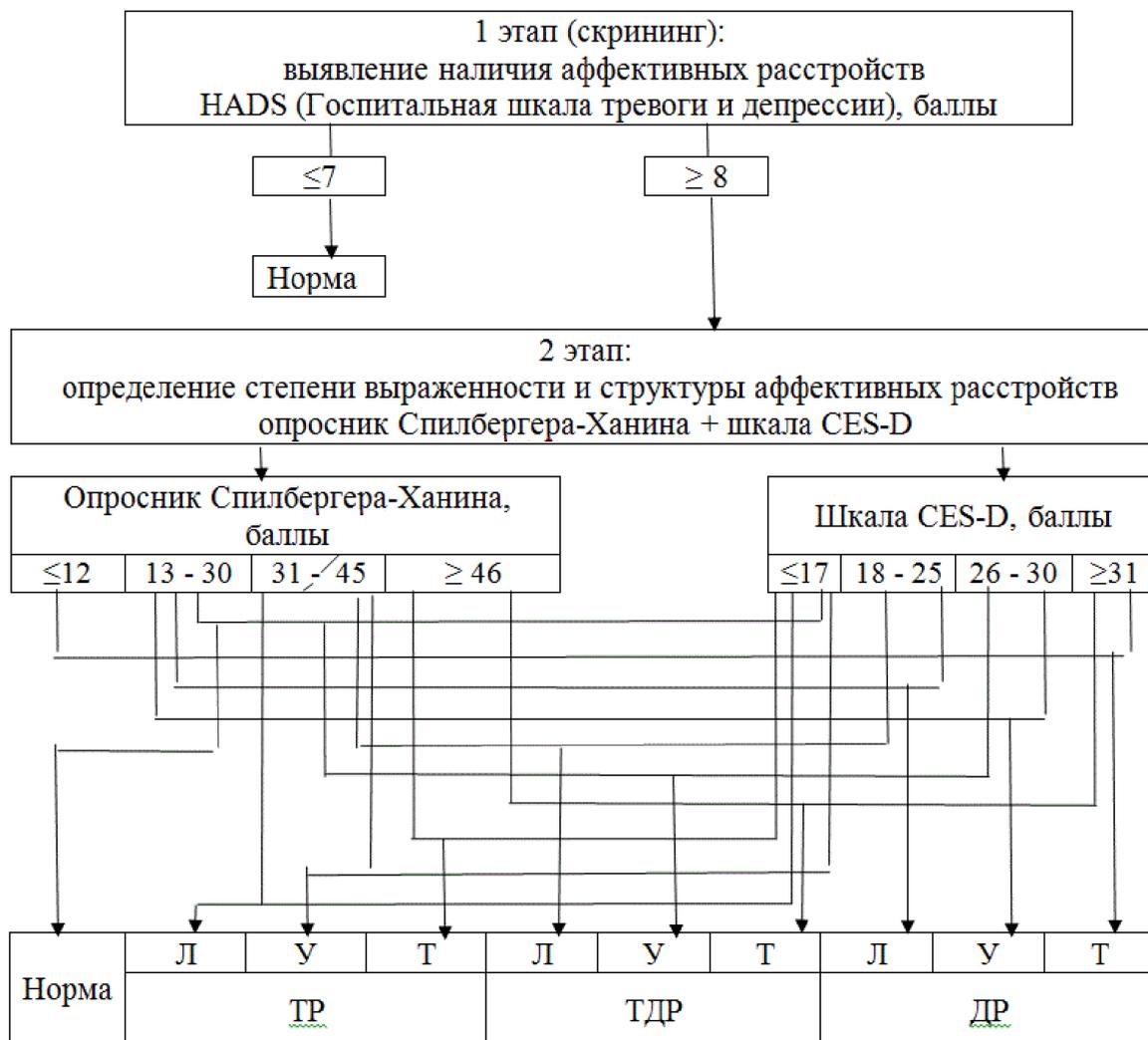
Сравнение морфофункциональных и гемодинамических параметров сердца пациентов 3-ей и 4-ой групп, также не выявило достоверных изменений изучаемых морфофункциональных и гемодинамических параметров.

Однако, по данным общего опросника MOS SF-36, качество жизни пациентов 4-ой группы оказалось достоверно выше, чем у больных 3-ей группы. Достоверные различия были выявлены по следующим шкалам опросника SF-36: шкале физического функционирования и шкале психического здоровья. В группе больных с сопутствующими тревожно-депрессивными расстройствами наименьшее количество баллов было набрано по шкалам общего здоровья, жизнелюбия и психического здоровья.

Кроме того, у пациентов 3-ей группы отмечена тесная отрицательная корреляционная зависимость между уровнем качества жизни по опроснику SF-36 и средним баллом по шкале HADS ( $r = -0,32$ ,  $p < 0,05$ ).

По данным Сизтлского опросника для больных со стенокардией, качество жизни пациентов 4-ой группы было выше по сравнению с пациентами 3-ей группы как итогового

По результатам исследования был разработан алгоритм диагностики тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями с применением психометрических опросников и шкал (рис. 2).



**Рис. 2. Алгоритм диагностического поиска аффективной патологии у пациентов терапевтического профиля ( ТР – тревожные расстройства, ТДР – тревожно-депрессивные расстройства, ДР – депрессивные расстройства, Л – легкой, У – умеренной, Т – тяжелой степени).**

Пациенты с диагностированными аффективными расстройствами тяжелой степени обязательно должны направляться к врачу-психиатру.

Выявленные легкие и умеренной тяжести аффективные расстройства у пациентов с соматическими заболеваниями могут эффективно корректироваться врачами-терапевтами, кардиологами, врачами общей практики.

Применение данных субъективных шкал с комплексной оценкой результатов, с одной стороны, является необходимым для формирования представления о степени выраженности и структуре тревожно-депрессивных расстройств и, следовательно, рационального выбора психотропных препаратов, но, с другой стороны, довольно трудоемко и требует достаточного количества времени для заполнения и трактовки результатов, что затрудняет их применение в практическом здравоохранении, а также предполагает возможное возникновение артефактов заполнения.

Таким образом, выявилась необходимость разработки способа быстрой и объективной диагностики тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с соматической патологией.

В ходе работы был разработан способ объективной оценки степени выраженности и структуры тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ИБС, основанный на использовании данных электроэнцефалографического исследования (анализ распределения альфа-активности).

Для достижения результата объективной оценки степени и глубины аффективных расстройств, а также преобладания того или иного компонента в структуре психопатологических нарушений пациентам с ИБС проводилось стандартное электроэнцефалографическое исследование 10/20 на электроэнцефалографическом комплексе «МБН 20» (Москва). Оценка биоэлектрической активности головного мозга осуществлялась визуально, методами когерентного анализа и анализа спектральной мощности, которые выполняются стандартной компьютерной программой комплекса «МБН 20».

В нашем исследовании больные ИБС были обследованы на электроэнцефалографическом комплексе «МБН 20» (Москва) и проведен анализ клинико-психопатологического обследования пациентов с различными формами аффективных расстройств в сопоставлении с вариантами пространственного распределения альфа-активности.

При наличии тревожно-депрессивных расстройств выявляется расширение зоны представительства альфа-ритма: в отличие от нормального представительства альфа-ритма в отведениях электроэнцефалограммы, отражающих потенциалы теменно-затылочных областей: P3-A1, P4-A2, O1-A1, O2-A2. При наличии аффективных расстройств альфа-ритм визуализируется и в других отведениях: Fp1-A1, Fp2-A2, F3-A1, F4-A2, C3-A1, C4-A2, F7-A1, F8-A2, T3-A1, T4-A2, T5-A1, T6-A2.

При преобладании в структуре аффективных расстройств тревожного компонента на электроэнцефалограмме отмечается синхронизированная альфа-активность высокой частоты 8 - 12 Гц, при этом на спектре мощности выявляется распространенный альфа-пик с высокими показателями мощности во всех отведениях, с максимумом - в затылочных O1-A1, O2-A2.

Преобладание депрессивного компонента в структуре аффективных расстройств на спектрограмме мощности выявляется альфа-активность с максимальной проекционной зоной в передних отделах Fp1-A1, Fp2-A2, F3-A1, F4-A2, F7-A1, F8-A2.

В случае аффективных расстройств смешанной природы, сочетающих в себе и тревожный, и депрессивный компоненты, нами отмечено наличие двухмодального альфа-ритма: в теменно-затылочных областях P3-A1, P4-A2, O1-A1, O2-A2 с частотой 10-11 Гц и в лобно-центральных и височных отделах F3-A1, F4-A2, C3-A1, C4-A2, T3-A1, T4-A2, T5-A1, T6-A2 с частотой 7 - 8 Гц.

Методика легко воспроизводима и может использоваться для дифференциальной диагностики преобладания того или иного компонента в структуре расстройств с целью выбора рациональной психофармакотерапии и своевременной ее коррекции, что существенным образом повысит эффективность терапии больных ИБС и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами.

### **Выводы.**

1. Частота встречаемости аффективной патологии у пациентов с ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией напряжения) составляет 48%, что свидетельствует о высокой распространенности тревожно-депрессивных расстройств среди данной категории пациентов и превышает распространенность тревожно-депрессивных расстройств в общей популяции.

2. У больных ишемической болезнью сердца с тревожно-депрессивными расстройствами смешанной природы, равно как с преобладанием тревожного или депрессивного компонента в структуре, установлено достоверно более низкое качество жизни, чем у больных ИБС без тревожно-депрессивных расстройств, причем уровень качества жизни, коррелирует со степенью выраженности аффективной симптоматики и не зависит от преобладающего клинического компонента.

3. Разработанный алгоритм диагностики с использованием психометрических шкал и анализа распределения альфа-активности на ЭЭГ может быть использован для объективной оценки выраженности аффективных расстройств, дифференциальной диагностики преобладания того или иного компонента в структуре расстройств с целью рациональной фармакотерапии.

### **Литература.**

1. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиология. - 2005. - № 8. - С. 38-44.
2. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике / А.Б. Смулевич. - М., 2000. 160 с.

**Сведения об авторах:** Кудашова Евгения Александровна кандидат медицинских наук, асс. каф. госпитальной хирургии ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздравсоцразвития России; Крейдина Валерия Александровна – клинический ординатор ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздравсоцразвития России