

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/7668017>

[Depressive disorders in general medical practice in KOMPAS study: outlook of a cardiologist]

Article in *Kardiologiia* · February 2005

Source: PubMed

CITATIONS

13

READS

321

4 authors:



Rafael G Oganov

National Research Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health of the ...

314 PUBLICATIONS 5,466 CITATIONS

SEE PROFILE



Nana-Goar V Pogosova

National Medical Research Center of Cardiology of the Ministry of Health of the Ru...

227 PUBLICATIONS 6,846 CITATIONS

SEE PROFILE



Svetlana A Shal'nova, Shalnova

National Research Center for Preventive Medicine of the Ministry of Healthcare of ...

357 PUBLICATIONS 7,439 CITATIONS

SEE PROFILE



Alexander D Deev

National Research Center for Preventive Medicine of the Ministry of Healthcare of ...

174 PUBLICATIONS 964 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Multicentre observational study Epidemiology of Cardiovascular Diseases in the regions of the Russian Federation "ESSE-RF" [View project](#)



ESSE-RF study [View project](#)

Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога

Р.Г. ОГАНОВ, Г.В. ПОГОСОВА, С.А. ШАЛЬНОВА, А.Д. ДЕЕВ

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава Российской Федерации; 101953 Москва, Петроверигский пер., 10

Depressive Disorders in General Medical Practice in KOMPAS Study: Outlook of a Cardiologist

R.G. OGANOV, G.V. POGOSOVA, S.A. SHALNOVA, A.D. DEEV

Research Center for Preventive Medicine; Petroverigsky per., 10, 101953 Moscow, Russia

Исследования, проведенные в последние два десятилетия в разных странах, показали, что депрессия часто встречается в практике врачей общесоматического профиля. Распространенность депрессивных расстройств варьирует в зависимости от страны и региона проживания, однако усредненные оценки свидетельствуют, что депрессия наблюдается у 10–20% пациентов первичного звена здравоохранения [1–5]. Поэтому становится очевидным, что депрессия сегодня вышла за рамки психиатрии и с полным основанием может рассматриваться как общемедицинская проблема.

В связи с большой распространенностью депрессивных расстройств в общемедицинской практике не удивительно, что депрессия и соматические заболевания, в первую очередь сердечно-сосудистые, часто являются коморбидными состояниями. Между ними имеются взаимосвязь и взаимовлияние. Показано, что у больных с депрессией повышен риск развития ИБС, инфаркта миокарда и мозгового инсульта: относительный риск от 1,5 (95% доверительный интервал — ДИ — 1,0–2,3) до 4,5 (95% ДИ 1,7–12,4) после корректировки по всем традиционным кардиоваскулярным факторам риска [6–10]. Клинически выраженное депрессивное состояние (ДС) развивается у каждого третьего больного, перенесшего инфаркт миокарда и операцию аортокоронарного шунтирования, а также у каждого второго больного, перенесшего мозговой инсульт [3, 4, 11]. Депрессия является одной из причин низкой приверженности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) к лечению, выполнению немедикаментозных рекомендаций, реабилитации и вторичной профилактике [12–14]. Больные ССЗ с коморбидной депрессией имеют худший функциональный статус, более низкие показатели работоспособности и трудоспособности [1, 11].

Несмотря на широкую распространенность, медицинскую и социальную значимость, депрессивные расстройства в нашей стране диагностируются врачами соматического профиля неудовлетворительно. Об этом свидетельствуют результаты первого крупного эпидемиологического исследования КОМПАС (Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в практике врачей общесоматического профиля), опубликованные ранее [15].

В настоящей статье представлен анализ результатов исследования КОМПАС с позиции кардиолога.

Материал и методы

Программа КОМПАС проводилась в 35 городах России: от Санкт-Петербурга до Владивостока. Исследование выполнялось в поликлиниках, диспансерах, больницах и госпиталях соматического профиля, клинических отделениях научно-исследовательских центров. В реализации программы приняли участие 800 врачей (344 терапевта, 239 кардиологов и 217 неврологов).

Дизайн программы. Программа состояла из двух фаз: эпидемиологической и терапевтической. В рамках эпидемиологической фазы каждому врачу предлагалось в течение одного дня последовательно (а не выборочно) включить в исследование 15 больных старше 18 лет, пришедших на амбулаторный прием или находившихся под наблюдением в стационаре. При этом заполнялась карта, куда вносились сведения о пациенте (заболевания, количество посещений медицинских учреждений за год, пережитые психотравмирующие ситуации, прием психотропных препаратов, оценка состояния пациента по визуальной аналоговой шкале VAS — Visual Analog Scale¹).

Пациенту, включенному в исследование, предлагалось заполнить карту, содержащую социально-демографические и физикальные данные, наличие основных факторов риска ССЗ, а также оценить состояние своего здоровья по VAS. Кроме того, пациент заполнял опросник для выявления депрессии — шкалу CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression) [16], надежность, высокая чувствительность и специфичность русской версии которой были установлены ранее [17]. По шкале CES-D 19–24 балла указывают на расстройства депрессивного спектра (РДС), включающие как собственно депрессию, так и широкий круг истероидно-депрессивных, тревожно-депрессивных, тревожно-ипохондрических состояний, симптомы которых демонстрируют значительное сходство с проявлениями аффективной патологии. Сумма баллов больше 24 свидетельствует о наличии выраженного ДС.

© Коллектив авторов, 2005

© Кардиология, 2005

¹ Шкала VAS представляет собой линию длиной 100 мм, на которой точкой отмечается представление о состоянии здоровья: 0 соответствует наилучшему состоянию, 100 — наихудшему.

В *терапевтическую фазу* программы, которая длилась 6 нед, включались первые два пациента, набравшие 19 баллов и более по шкале *CES-D*. При этом первому пациенту в дополнение к рекомендованной по поводу соматического заболевания терапии назначался современный антидепрессант тианептин (коаксил, «Сервье», Франция), второй пациент продолжал получать соматотропную терапию. Тианептин применяли в дозе 37,5 мг/сут (1 таблетка 3 раза в сутки), у больных старше 70 лет — 25 мг (1 таблетка 2 раза в сутки). Контроль осуществлялся каждые 10 дней. По окончании терапевтической фазы программы оценивалась динамика состояния пациентов (*CES-D*, *VAS*, Шкала общего клинического впечатления), фиксировались побочные эффекты лечения.

Статистический анализ проводился с использованием стандартных методов (метод χ^2 либо точный критерий Фишера). Для выявления факторов, ассоциированных с депрессивными расстройствами, использовалась логистическая регрессия. Определялось отношение шансов (ОШ) у пациентов, имеющих тот или иной фактор (социальный, демографический, поведенческий, соматический и др.) по отношению к референсной группе. Проводилась корректировка по возрасту и полу, за исключением полостеспецифичных моделей. Результаты представлены как ОШ с 95% ДИ. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Эпидемиологическая часть программы КОМПАС

Характеристика обследованной популяции по социально-демографическим показателям и факторам риска ССЗ. В программу КОМПАС был включен 10 541 пациент. Включение в исследование проводилось не выборочно, а случайным образом, поэтому обследованная выборка в целом отражает реальную ситуацию с пациентами общемедицинской сети в крупных городах России. Среди лиц, включенных в программу, женщин оказалось почти в 2 раза больше, чем мужчин (64 и 36%). Это подтверждает положение о том, что женщины пользуются ресурсами здравоохранения более активно, чем мужчины.

Возраст пациентов колебался от 18 до 100 лет (в среднем $48,3 \pm 15$ лет). При этом 51% посетителей общемедицинской сети составляют люди активного трудоспособного возраста — от 40 до 60 лет. Кроме того, это в основном люди, имеющие высокий уровень образования: у 79% больных было высшее, неоконченное высшее или среднее специальное образование и только у 21% — среднее или неполное среднее образование. Людей, занятых умственным трудом, среди пациентов было более чем в 2 раза больше, чем людей, занятых физическим трудом (40 и 15%).

Каждый пятый пациент (21%) общемедицинской сети здравоохранения — пенсионер. Приблизительно столько же (23%) пациентов имели группу инвалидности, причем чаще всего (74%) — II группу.

Посещают поликлинику 37% больных не менее 3 раз в год, 17% — до 6 раз в год. Большинство (72%) больных лечатся амбулаторно. Вместе с тем почти каждый третий пациент (28%) в течение 1 года до включения в исследование лечился в стационаре, в основном — 1 раз (73% случаев).

Из общего числа включенных в исследование пациентов в браке (в том числе гражданском) состояли 62%, имели детей 81%, при этом 92% пациентов — 1—2 детей и только 8% — 3 детей и более.

Ежемесячный доход на одного члена семьи у 62% пациентов находился в пределах 1000—3000 руб., более низкий доход — до 1000 руб. — имели 15% больных. 23% относились к более обеспеченной категории с ежемесячным доходом свыше 3000 руб.

Курение. На момент проведения исследования курили 23%, курили в прошлом и отказались от курения 11% обследованных. 65% курильщиков составляли мужчины. Мужчины курят в 3,3 раза чаще, чем женщины (40,6% против 12%; $p < 0,001$). У них также выше интенсивность курения: мужчины выкуривают более 10 сигарет в день почти в 9 раз чаще, более 20 сигарет в день — в 23 раза чаще, чем женщины ($p < 0,001$).

Употребление алкоголя. Употребление алкоголя, как и курение, более распространено среди мужчин. Со слов пациентов, вообще не употребляют алкоголь 72% женщин и только 39% мужчин. При этом, если алкоголь в небольшом количестве, до 0,5 бутылки водки или 0,25 л другого крепкого напитка за неделю, мужчины употребляют в 1,8 раза чаще (46 и 25% соответственно; $p < 0,001$), то в количестве более 1 бутылки (0,5 л) в неделю — уже в 17 раз чаще (5 и 0,3%; $p < 0,001$), чем женщины.

Избыточная масса тела. Более чем у половины пациентов общемедицинской сети здравоохранения масса тела не соответствует надлежащей. При этом каждый пятый пациент (20%) страдает ожирением (индекс массы тела — ИМТ — больше 30 кг/м^2), 36% имеют избыточную массу тела (ИМТ $25\text{—}30 \text{ кг/м}^2$). Между мужчинами и женщинами обнаружены различия в отношении показателей массы тела. Так, у женщин достоверно чаще отмечается, с одной стороны, недостаточная масса тела — менее 23 кг/м^2 (28% против 21%), с другой — ожирение (25% против 15%). Различия статистически достоверны ($p < 0,001$).

Психотравмирующие ситуации, стрессы. На пережитые в течение 1 года до включения в исследование психоэмоциональные стрессы и психотравмирующие ситуации указали 45% пациентов. При этом для большинства из них психотравмирующие ситуации были так или иначе связаны с работой и материальными проблемами: неустойчивое материальное положение, проблемы на работе, потеря собственной работы или работы супругом, уход на пенсию отметили 42% пациентов. Так называемые стрессы большой мощности (смерть или тяжелые заболевания ребенка, супруга, близких; развод; тюремное заключение) пережили 31% больных. Конфликты в семье беспокоили 22% пациентов. Кроме того, по мнению 35% обследованных, причиной значительного ухудшения настроения и психоэмоционального состояния стало их основное заболевание.

Распространенность соматических заболеваний в обследованной популяции. В пятерку наиболее распространенных заболеваний вошли артериальная гипертензия (АГ), остеохондроз позвоночника, ИБС, цереброваскулярные заболевания, нейроциркуляторная дистония. Врачи отметили наличие диагностированных психических заболеваний лишь у 2,3% обследованных.

Распространенность депрессивных расстройств в обследованной популяции. РДС (депрессия и тесно ассоциированные с ней состояния) были выявлены у 46% обследованных. При этом выраженное ДС имело место у 24% пациентов. Полученные данные свидетельствуют о большой распространенности депрессивных расстройств среди пациентов общемедицинской сети здравоохранения. Частота РДС оказалась сопоставимой со столь распространенным в российской популяции заболеванием, как АГ. РДС и ДС приблизительно с одинаковой частотой встречались в клинической практике врачей общесоматического профиля — терапевтов, кардиологов, неврологов. Среди больных, включенных в программу врачами этих специальностей, частота расстройств различалась незначительно.

Статистический анализ результатов программы КОМПАС позволил выявить факторы, тесно ассоциированные с выраженным ДС (см. таблицу).

В большом числе исследований установлено, что депрессивные расстройства чаще наблюдаются у женщин [2—4]. Программа КОМПАС подтвердила эту закономерность: РДС и ДС у женщин отмечались в 2 раза чаще, чем у мужчин (ОШ 2,2; ДИ 1,9—2,5; $p < 0,001$).

Ранее было показано, что распространенность депрессивных расстройств в популяции увеличивается с возрастом. По данным программы КОМПАС, частота РДС и ДС повышается примерно в 1,2 и 1,4 раза на каждые 10 лет жизни. По сравнению с 20-летними

пациентами у 50-летних частота ДС выше в 2,5 раза (ДИ 1,9—3,1; $p < 0,0001$), у 60-летних — в 3 раза (ДИ 2,5—3,8; $p < 0,0001$), у 70-летних — в 4,4 раза (ДИ 3,5—5,7; $p < 0,0001$), у 80-летних — в 5,7 раза (ДИ 3,6—8,9; $p < 0,0001$).

Здесь и далее данные о распространенности депрессивных расстройств скорректированы по возрасту и полу.

Распространенность депрессивных расстройств среди амбулаторных и стационарных больных существенно не различалась, особенно это касается выраженных ДС (23 и 24% соответственно).

Депрессивные расстройства более характерны для пациентов, которые часто посещают медицинские учреждения. Так, среди пациентов, которые более 2 раз в год лечатся в стационаре, частота РДС выше в 2,4 раза (ДИ 1,7—3,4; $p < 0,0001$), а выраженных ДС — в 3 раза (ДИ 2,1—4,3; $p < 0,001$). Распространенность РДС и ДС у больных, обратившихся в поликлинику более 5 раз в год, выше в 2,7 раза (ДИ 2,2—3,3; $p < 0,0001$), более 9 раз в год — в 3 раза (ДИ 2,5—3,8; $p < 0,0001$) по сравнению с больными однократно посетившими поликлинику. Представляется вероятным, что недиагностированные и нелеченные депрессивные расстройства сыграли не последнюю роль в многократных обращениях пациентов за медицинской помощью.

Распространенность депрессивных расстройств при различных соматических заболеваниях представлена на рис. 1. Как видно, ДС отмечались более чем у 60%

Таблица. Факторы, тесно ассоциированные с выраженным ДС

Показатель	ОШ	95% ДИ	<i>p</i>
Женский пол	2,2	1,9—2,5	<0,0001
Низкий уровень образования	0,6	0,5—0,8	<0,0001
Одинокое проживание	1,5	1,2—1,9	<0,01
Низкий уровень дохода	2,2	1,7—3,3	<0,0001
Курение больше 20 сигарет в день	1,5	1,1—1,9	<0,01
Потребление алкоголя:			
0,5—1 л крепкого напитка в неделю	1,6	1,0—2,4	<0,04
больше 1 л крепкого напитка в неделю	2,8	1,5—4,9	<0,0007
Стрессы в течение 1 года до включения в исследование	3,6	3,2—3,9	<0,0001
Неработающие:			
безработные	3,3	0,9—5,5	<0,0001
пенсионеры	2,2	1,3—3,6	<0,0001
инвалиды	1,9	1,7—2,2	<0,0001
Частота визитов в медицинские учреждения:			
больше 5 визитов в поликлиники в год	2,7	2,2—3,3	<0,0001
больше 2 госпитализаций в год	3,0	2,1—4,3	<0,0001
Любое серьезное соматическое заболевание	3,0	2,4—4,0	<0,0001
Терапия психотропными препаратами в течение 1 года до включения в исследование	3,0	2,7—3,4	<0,0001

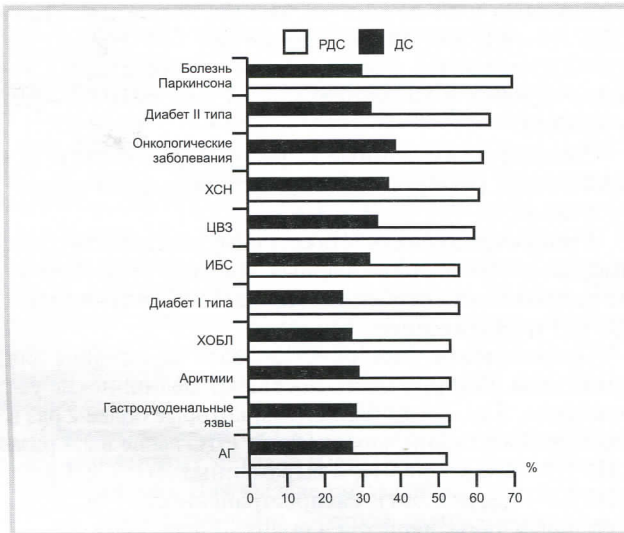


Рис. 1. Частота депрессивных расстройств при различных соматических заболеваниях ($n=10541$).

больных паркинсонизмом, сахарным диабетом 2-го типа, онкологическими болезнями и хронической сердечной недостаточностью (ХСН), т.е. при заболеваниях, сопровождающихся значительными ограничениями бытового, социального функционирования пациентов и имеющих неблагоприятный прогноз. Высока (50% и более) распространенность ДС также при ИБС, хронических обструктивных болезнях легких, нарушениях ритма, сахарном диабете 1-го типа, язвенной болезни, АГ.

Хотя психические заболевания были диагностированы лишь у 2,3% обследованных, психотропную терапию в течение 1 года до включения в исследование получали 53,4% пациентов. Чаще всего это были успокаивающие препараты растительного происхождения (40,9%), транквилизаторы (22,6%) и очень редко — антидепрессанты (5,2%) и нейролептики (1,4%). Эти цифры свидетельствуют о том, что, хотя лечащие врачи в большинстве случаев не сумели диагностировать депрессию, психическое неблагополучие своих пациентов они констатировали и пытались его лечить. Закономерно, что частота депрессивных расстройств среди больных, ранее получавших какую-либо психотропную терапию, была достоверно выше, чем среди пациентов, не получавших такой терапии ($p<0,001$).

Депрессивные расстройства и факторы риска ССЗ.

Как оказалось, отсутствовала зависимость между статусом курения и частотой РДС, в то же время такая зависимость была выявлена в отношении ДС. Так, у пациентов, выкуривающих в день 20 сигарет и более, частота ДС была на 50% выше по сравнению с никогда не курившими пациентами (ДИ 1,1—1,9; $p<0,01$). При отдельном анализе корреляций между статусом курения и депрессией в зависимости от пола было установлено, что частота ДС достоверно выше у мужчин, выкуривающих в день 20 сигарет и более, а также у женщин, выкуривающих в день 10 сигарет и более ($p<0,01$).

Интересные закономерности были выявлены в отношении употребления алкоголя. Согласно международным рекомендациям, безопасным считается упот-

ребление алкоголя в количестве 1—2 стандартных доз (30—60 мл водки или другого крепкого напитка) в день, т.е. менее $\frac{1}{2}$ бутылки водки в неделю. Это количество оказалось наиболее предпочтительным и в отношении стабильности психологического состояния. Среди пациентов, употребляющих алкоголь в малых дозах (до $\frac{1}{2}$ бутылки водки или другого крепкого напитка в неделю), частота РДС оказалась на 17% ниже (ДИ 0,75—0,93; $p<0,04$), ДС — на 20% ниже (ДИ 0,7—0,9; $p<0,004$), чем у пациентов, вообще не употребляющих алкоголь. Потребление же алкоголя в больших дозах давало диаметрально противоположный эффект и ассоциировалось с большей распространенностью расстройств психической сферы. Так, при употреблении 1—2 бутылок водки или другого крепкого напитка в неделю частота РДС и ДС возрастала в 1,8 раза (ДИ 1,3—2,7; $p<0,04$) и в 1,6 раза (ДИ 1,0—2,4; $p<0,04$), а употребление 2 бутылок и более увеличивало частоту РДС в 2,3 раза (ДИ 1,3—4,0; $p<0,04$), ДС в 2,8 раза (ДИ 1,5—4,9; $p<0,0007$). Описанные закономерности особенно отчетливо проявляются у женщин.

Установлены также корреляции между депрессивными расстройствами и массой тела. Оказалось, что между ИМТ и распространенностью ДС имеется обратная взаимосвязь, которая более отчетливо проявляется у мужчин. Так, у худых мужчин (ИМТ < 23 кг/м²) выраженное ДС отмечается на 33% чаще, чем у мужчин с избыточной массой тела (ИМТ > 25 кг/м²), и на 46% чаще, чем у мужчин с ожирением (ИМТ > 30 кг/м², ДИ 0,5—0,9; $p<0,003$).

Обнаружена зависимость частоты РДС и ДС от семейного положения, уровня образования, дохода и социального статуса пациентов.

У людей, состоящих в браке, частота РДС и ДС ниже, чем у никогда не состоявших в браке на 13 и 23% соответственно (ДИ 0,7—0,9; $p<0,05$). Напротив, у разведенных и вдовых частота психопатологических расстройств резко увеличивается: распространенность РДС и ДС у них выше в 1,5 раза (ДИ 1,2—1,9; $p<0,001$). Обнаруженные закономерности более отчетливо проявляются у мужчин. Так, у разведенных мужчин частота ДС выше в 2,4 раза (ДИ 1,8—3,3; $p<0,0001$), у разведенных женщин — в 1,8 раза (ДИ 1,5—2,1; $p<0,0001$), у вдовых мужчин — в 3,4 раза (ДИ 2,4—5,0; $p<0,0001$), у вдовых женщин — в 1,7 раза (ДИ 1,4—1,9; $p<0,0001$). По-видимому, для мужчин отсутствие семьи в большей степени является психотравмирующим фактором, чем для женщин.

Большая распространенность депрессивных расстройств наблюдается как при отсутствии детей, так и при наличии большого числа детей. Так, у пациентов, имеющих более 4 детей, частота РДС и ДС выше в 2,3 раза (ДИ 1,1—4,9; $p<0,03$) по сравнению с пациентами, имеющими 1—4 детей.

Психопатологическим расстройствам в меньшей степени подвержены лица, имеющие высокий уровень образования, социальный статус и доход. Так, частота РДС и ДС среди пациентов с высшим образованием на 28% (ДИ 0,6—0,9; $p<0,001$) и 38% (ДИ 0,5—0,8; $p<0,0001$), неоконченным высшим на 26% (ДИ 0,6—1,0; $p<0,03$) и 31% (ДИ 0,5—0,9; $p<0,01$) и среднем специальном образовании на 22% (ДИ 0,6—0,9; $p<0,01$) и 36% (ДИ 0,5—0,8; $p<0,0001$) ниже, чем среди лиц,

имеющих лишь начальное (незаконченное среднее) образование.

Распространенность депрессивных расстройств находится в обратной корреляционной взаимосвязи с уровнем дохода пациентов. Распространенность расстройств плавно снижается по мере увеличения дохода, при доходе 2000 руб. на одного члена семьи в месяц частота ДС почти в 2 раза ниже (ДИ 0,3–0,6; $p < 0,0001$), чем у лиц с доходом 600 руб. в месяц.

При анализе зависимости частоты расстройств от социального статуса было отмечено, что в наименьшей степени подвержены депрессивным расстройствам руководители и предприниматели. Больше всего шансов перенести ДС имеют безработные (ОШ 3,3; ДИ 0,9–5,5; $p < 0,0001$), пенсионеры (ОШ 2,2; ДИ 1,3–3,6; $p < 0,0001$), а также инвалиды (ОШ 1,9; ДИ 1,7–2,2; $p < 0,0001$). Среди последних частота ДС возрастает от III к I группе инвалидности (III группа — 30,3%; II группа — 37,1%; I группа — 54,5%; $p < 0,001$). Очень высокая распространенность ДС среди лиц, получающих пособие по инвалидности, с одной стороны, представляется закономерным следствием тяжести соматического состояния больных, их недееспособности, снижения дохода, изменения социального статуса и др. С другой стороны, учитывая известные данные о тесной корреляции депрессии с потерей трудоспособности, нельзя исключить вклад депрессивных расстройств в снижение показателей трудоспособности у соматических больных.

Установлена отчетливая связь между депрессивными расстройствами и психотравмирующими ситуациями, стрессами. У пациентов, указавших на пережитые в течение 1 года до включения в исследование психоэмоциональные стрессы, частота РДС и ДС была выше в 3,4–3,6 раза (ДИ 3,2–3,9; $p < 0,0001$). При этом прослеживался кумулирующий эффект стрессов: при одной психотравмирующей ситуации РДС и ДС отмечались в 41 и 22%, при двух — в 50 и 30%, при трех — в 60 и 37%, при четырех — в 65 и 46% случаев ($p < 0,001$). Эти данные согласуются с положением о том, что повторяющиеся психотравмирующие ситуации коррелируют с большей частотой психопатологических расстройств, в том числе депрессивных. В связи с этим с целью улучшения диагностики депрессивных расстройств в общемедицинской сети врачам соматического профиля целесообразно прицельно интересоваться жизненной ситуацией

своих пациентов, выяснять наличие психотравмирующих ситуаций, пережитых событий.

Установленная в настоящем исследовании высокая корреляция между количеством психотравмирующих ситуаций и частотой депрессивных расстройств позволяет предположить, что у многих пациентов РДС и ДС психогенно провоцированы. В части случаев депрессивные расстройства были нозогенными (т.е. обусловленными психотравмирующим эффектом соматического заболевания). Так, установлено, что при любом серьезном соматическом заболевании частота РДС и ДС увеличивается в 3 раза (ДИ 2,4–4,0; $p < 0,0001$). Кроме того, у пациентов, отметивших значительное ухудшение настроения в связи с болезнью, РДС и ДС имели место в 8 раз чаще (ДИ 6,9–9,4; $p < 0,0001$) по сравнению с пациентами, настроение которых из-за болезни заметно не ухудшилось.

Терапевтическая часть программы КОМПАС

Полностью выполнили протокол терапевтической части исследования 1189 больных (703 пациента в основной и 486 — в контрольной группе). Результаты терапевтической части исследования с анализом клинической эффективности и переносимости терапии тианептином у пациентов общесоматического профиля с депрессивными расстройствами были опубликованы ранее [15]. В настоящей статье представлены данные о группе больных с ССЗ: АГ, ИБС и ХСН, в том числе 649 больных АГ (375 в основной и 274 в контрольной группе), 381 больной ИБС (211 в основной и 170 в контрольной группе) и 133 больных ХСН (79 в основной и 54 в контрольной группе).

Шестинедельная терапия тианептином в дозе 37,5 мг/сут (25 мг/сут у больных старше 70 лет) привела к существенному улучшению психического состояния больных с ССЗ. Суммарный балл *CES-D*, отражающий степень тяжести ДС, на фоне лечения у больных АГ снизился на 41,4%, ИБС — на 38,5%, ХСН — на 36,1% ($p < 0,001$). В контрольной группе существенного изменения психического состояния больных не произошло (рис. 2). Полная редукция депрессивной симптоматики (снижение суммарного балла *CES-D* до 18 и меньше) на фоне лечения тианептином имела место у 64,8% больных АГ, 58,3% больных ИБС и 53,9% больных ХСН.

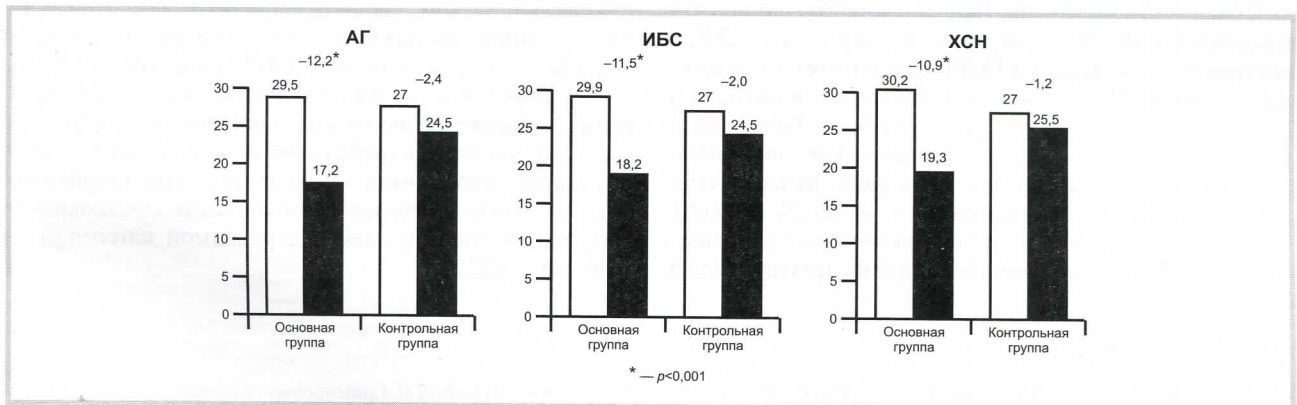


Рис. 2. Динамика суммарного балла *CES-D* к концу 6-недельной терапии тианептином у больных с АГ, ИБС и ХСН.

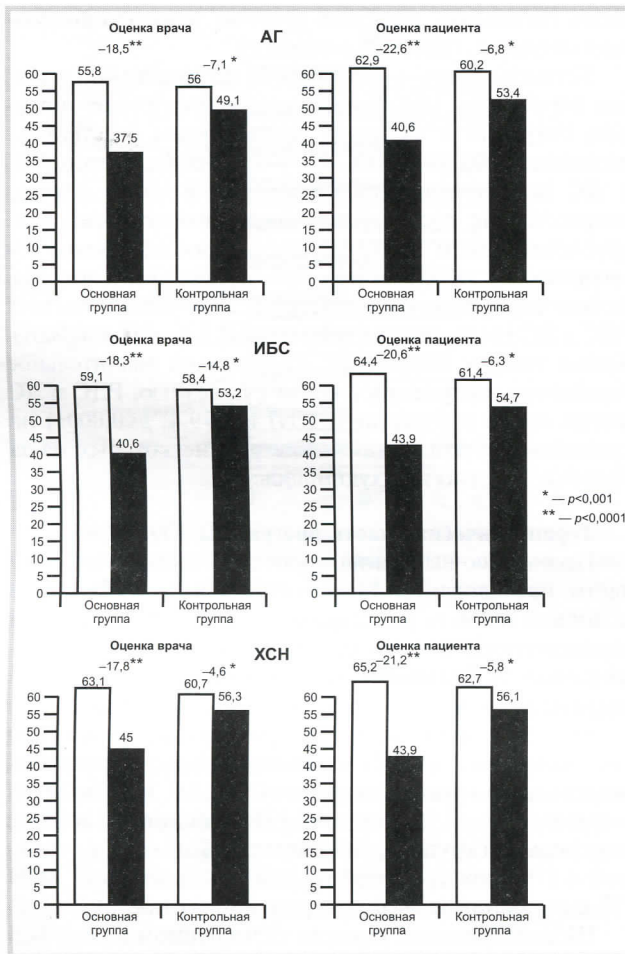


Рис. 3. Динамика по шкале VAS (в баллах) к концу 6-недельной терапии тианептином у больных с АГ, ИБС и ХСН.

При анализе результатов, полученных с помощью VAS (рис. 3), были выявлены интересные данные. Так, оказалось, что при АГ и ИБС в оценке эффективности лечения пациент и врач практически единодушны. Значительное улучшение состояния на фоне лечения тианептином отметили и больные, и их лечащие врачи: снижение суммарного балла VAS на 31,9 и 30,9% соответственно в подгруппе ИБС, на 35,9 и 33,2% в подгруппе АГ. В контрольной группе оценки также были сходными, а положительные изменения в состоянии больных — значительно менее выраженными: суммарный балл VAS в подгруппе ИБС, по мнению пациентов, снизился на 10,3%, по мнению врачей — на 8,2%, в подгруппе АГ — на 11,2 и 11,3% соответственно. В то же время при ХСН больные, принимавшие тианептин, в оценке динамики своего состояния были более оптимистичными, чем их лечащие врачи. Так, по оценке больных, суммарный балл VAS на фоне лечения снизился на 32,5%, по оценке врачей — на 28,2% ($p < 0,05$).

Более акцентированная положительная динамика состояния больных основной группы подтвердилась

также результатами, полученными с помощью Шкалы общего клинического впечатления. Выраженное или существенное улучшение состояния на фоне присоединения тианептина к соматотропной терапии отметили 71,4% больных АГ (в контрольной группе таких больных было всего 18,8%), 66,8% больных ИБС (в контроле — 14,8%) и 67,9% больных с ХСН (в контроле — 13,5%). По мнению врачей, в основной группе значительно улучшилось состояние у 79,3% больных АГ, 77% больных ИБС и 55,8% больных ХСН, в то время как в контрольной группе — у 15,8, 14,2 и 13,6% больных соответственно. Все различия между соответствующими подгруппами статистически достоверны ($p < 0,001$).

Терапия тианептином в целом хорошо переносилась больными с ССЗ. Среди больных АГ изменение дозировки препарата имело место у 2,4%, отмена — у 1,3%, среди больных ИБС — у 3,3 и 1,9%, среди больных с ХСН — в 2,5 и 1,3% соответственно. Дополнительным подтверждением хорошего клинического эффекта и переносимости тианептина являются данные о приверженности больных к дальнейшему приему препарата. К концу курса лечения выразили желание продолжить прием тианептина 92,5% больных АГ, 90,8% больных ИБС и 97,5% больных с ХСН.

Заключение

Исследование КОМПАС показало большую распространенность как традиционных факторов риска ССЗ, так и депрессивных расстройств среди пациентов общемедицинской сети здравоохранения. Более половины пациентов имеют избыточную массу тела, почти половина указывают на пережитые стрессы и психотравмирующие ситуации, каждый четвертый курит, велико число пациентов, имеющих низкий уровень дохода. РДС по распространенности не уступают АГ (46 и 47% соответственно), выраженные ДС имеют место у 24% больных. Особенно высока распространенность депрессивных расстройств у пациентов, страдающих серьезными соматическими заболеваниями, в том числе ИБС, ХСН, цереброваскулярной патологией, сахарным диабетом 2-го типа. Депрессивные расстройства ассоциированы с большинством проанализированных кардиоваскулярных факторов риска, включая курение, полный отказ и избыточное потребление алкоголя, одинокое проживание, низкий уровень образования и дохода, незанятость, стрессогенные жизненные события. Депрессивные расстройства ассоциированы также с женским полом, любым серьезным соматическим заболеванием, частыми визитами в медицинские учреждения, приемом психотропных препаратов.

Установлен, с одной стороны, крайне низкий уровень выявления депрессивных расстройств, с другой — высокий уровень курабельности этих расстройств с помощью современного антидепрессанта (тианептина) в условиях общемедицинской сети здравоохранения, в том числе у наиболее уязвимой категории — больных с ССЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ustun T.B., Sartorius N.* Mental Illness in General Health Care: An International Study. NY: Willey 1995.
2. *Katon W., Schulberg H.* Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiat* 1992;14:237–247.

3. Смуглевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М 2003.
4. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике. М 2002.
5. Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике. РМЖ 2002;25:1187—1191.
6. Anda R., Williamson D., Jones D. et al. Depressed affect, hopelessness, and risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology* 1993;4:285—294.
7. Ariyo A.A., Haan M., Tangen C.M. et al. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans. *Circulation* 2000;102:1773.
8. Barefoot J.C., Scholl M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation* 1996;93:1976—1980.
9. Pratt L.A., Ford D.E., Crum R.M. et al. Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction: prospective data from Baltimore ECA follow-up. *Circulation* 1996;94:3123—3129.
10. Larson S.L., Owens P.L., Ford D., Eaton W. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke. Thirteen-year follow-up from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *Stroke* 2001;9:1979.
11. Погосова Г.В. Депрессия — новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. *Кардиология* 2002;4:86—91.
12. McDermott M.M., Schmitt B., Wallner E. Impact of medication non-adherence on coronary heart disease outcomes. A critical review. *Arch Intern Med* 1997;157:1921—1929.
13. Ziegelstein R.C., Fauerbach J.A., Stevens S.S. et al. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery after myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2000;160:1818—1823.
14. Carney R.M., Freedland K.E., Eisen S.A. et al. Major depression and medical adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychol* 1995;14:88—90.
15. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смуглевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС. *Кардиология* 2004;1:48—54.
16. Radloff L.S. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977;1:385—401.
17. Андриюшенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общей медицинской практике. *Журн неврол и психиат* 2003;5:11—17.

Поступила 14.04.05