

УДК 616.1 – 084 : 616.8 – 008.64

А.И. Горохов

Социально-психологические аспекты профилактики болезней системы кровообращения

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск
Контактная информация: А.И. Горохов, e-mail: gorokhov-alesha@mail.ru

Резюме

Целью исследования являлось научное обоснование предложений по снижению риска развития болезней системы кровообращения и их осложнений на основе изучения психологического статуса данной категории больных. В исследование было включено 57 человек, средний возраст которых составил 47,2 (40,1;65,1) лет: 30 больных с болезнями системы кровообращения (БСК) сформулировали основную группу, 27 клинически здоровых лиц – контрольную. Распространенность симптомов тревожности и депрессии оценивалась с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Для оценки показателей рассчитывались относительные показатели, их ошибки и критерий Стьюдента – по шкале отсутствия клинической симптоматики. Для оценки статистически значимых различий в выборках использовали непараметрический критерий Манна-Уитни при критическом уровне $U=301$, $p<0,05$.

Анализ по шкале HADS в группе контроля продемонстрировал достоверное отсутствия выраженных симптомов тревоги и депрессии, $p<0,05$; в группе с пациентами с БСК субклиническая симптоматика по уровню тревожности наблюдалась у каждого второго опрошенного (53,3%), а клинически выраженная депрессивная симптоматика у 23% респондентов. Установлено, что уровень тревожной и депрессивной симптоматики в группе пациентов с болезнями системы кровообращения достоверно превышал показатель в контрольной группе, $U=258$ и $U=244$ соответственно, $p<0,05$.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, социально-психологические факторы, тревожность, депрессия.

A.I. Gorokhov

Socio-psychological aspects of prevention diseases of the circulatory system
Far Eastern State Medical University, Khabarovsk
e-mail: gorokhov-alesha@mail.ru

Summary

Scientific substantiation of proposals to reduce the risk of developing diseases of the circulatory system and their complications based on the study of the psychological status of this category of patients.

The study included 57 people with an average age of 47.2 (40.1;65.1) years: 30 patients with BSC formulated the main group, 27 clinically healthy individuals – the control group. Prevalence of anxiety and depression symptoms was assessed with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). To assess the indicators, relative indicators, their errors and the Student's criterion were calculated – according to the scale of absence of clinical symptoms. To assess statistically significant differences in the samples, the nonparametric Mann-Whitney criterion was used at a critical level of $U=301$, $p<0.05$.

HADS scale analysis: in the control group, he demonstrated a significant absence of pronounced symptoms of anxiety and depression, $p<0.05$; in group c of patients with BSC, subclinical symptoms of anxiety were observed in every second respondent (53.3%), and clinically pronounced depressive symptoms in 23% of respondents.

The level of anxiety and depressive symptoms in the group of patients with circulatory system diseases significantly exceeded the indicator in the control group, $U=258$ and $U=244$, respectively, $p<0.05$.

Key words: circulatory system diseases, socio-psychological risk factors, anxiety, depression.

Введение

Одной из самых важных и актуальных проблем медицины, с которой сталкивается весь мир, остается заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения. В последние годы большое

значение отводится социально-психологическим факторам риска развития болезней системы кровообращения, в число которых входит депрессия, стресс, враждебность и тип личности D (Рис.1).

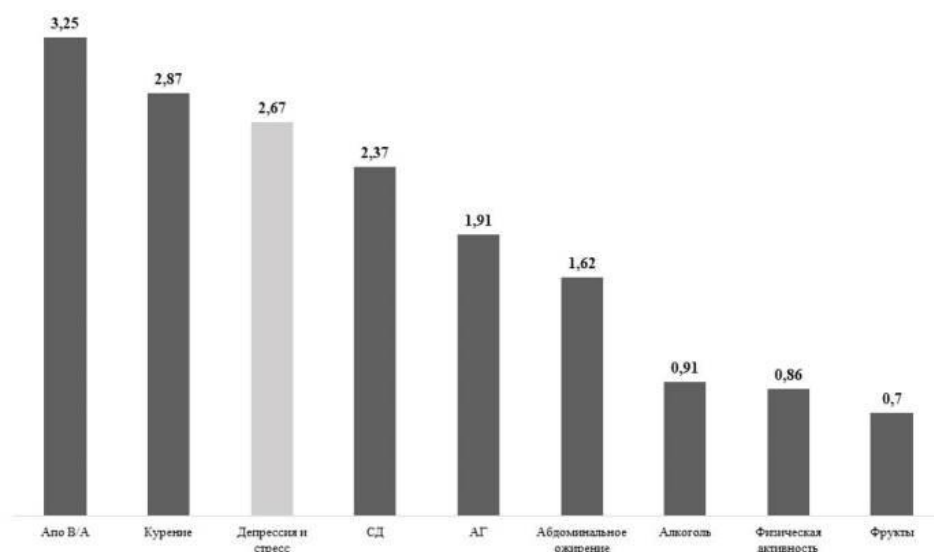


Рис. 1. Факторы риска ассоциированные с инфарктом миокарда.

Социально-психологические факторы повышают риск развития БСК и ухудшают их прогноз, повышают риск фатальных и нефатальных осложнений у больных с установленной БСК, помимо этого социально-психологические факторы являются барьерами на пути улучшения приверженности к лечению и изменению образа жизни как среди пациентов, так и среди населения в целом [7].

Крупное отечественное исследование ПАРУС (2006-2007 гг.) показало, что 23,8% пациентов российских медицинских организаций непсихиатрического

профиля имеет клинически развернутую депрессию, а 45,9% – субпороговую [2]. Исследование СТАРТ (2013-2014 гг.) выявило клинически развернутые тревогу и депрессию почти у половины больных (47% и 41% соотв.), а соматизацию и дистресс-расстройства – у 72% и 76% [3, 5].

Эпидемиологическое исследование Interheart Study – продемонстрировало какое место занимает кластер социально-психологических факторов среди ФР, ассоциированных с инфарктом миокарда, результаты отображены на Табл. 1 [8].

Таблица 1. Социально-психологические факторы и риск БСК, оценка прогноза неблагоприятных исходов.

Низкий социально-экономический статус	ОР преждевременной смерти после ИМ и ОР смерти от БСК 1,3 – 2,0
Низкая социальная поддержка (социальная изоляция)	ОР смерти и ухудшения прогноза от БСК 1,5 – 3,0
Острый психосоциальный стресс	ОР раннего развития ИБС 1,2 – 1,5
Хронический психосоциальный стресс	ОР развития ИБС 2,7 – 4,0
Депрессия	ОР развития ИБС 1,6 – 1,9 ОР неблагоприятного прогноза 1,6 – 2,4
Тревога (тревожное состояние)	ОР развития ИБС 1,3 ОШ смерти после ИМ 1,2
Панические атаки	ОР развития ИБС 4,2 ОШ кардиальных событий 1,7
Враждебность, гнев	ОР развития и неблагоприятного прогноза БСК 1,2
Тип личности D («distressed» – страдающий)	ОР развития и неблагоприятного прогноза БСК 2,2
Посттравматическое стрессовое расстройство	ОР развития ИБС 1,3

Примечание: ОР – относительный риск, ОШ – оценка шансов, БСК – болезни системы кровообращения.

Убедительно доказана необходимость раннего выявления социально-психологических факторов наряду с известными факторами риска.

Помимо этого, установлено, что пик потерянных лет жизни от БСК приходится на трудоспособный возраст после 50 лет и старше трудоспособного (Рис.2) [1].

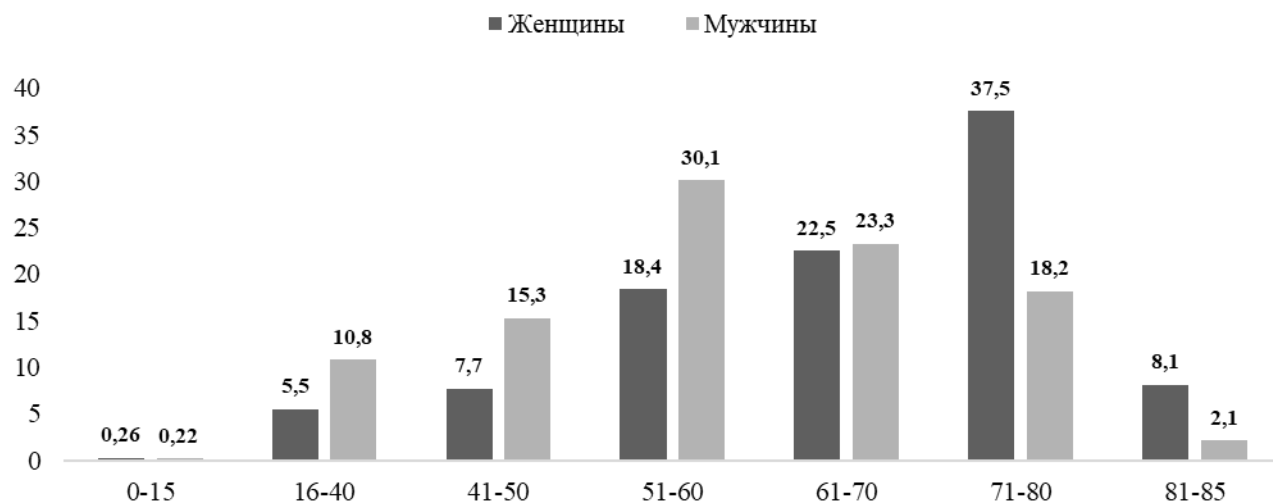


Рис. 2. Структура потерянных лет жизни в результате преждевременной смерти от БСК среди мужчин и женщин в РФ (%).

За период с 2000 по 2019 гг. регистрируется достоверный рост первичной забо-

леваемости БСК в 2 раза (Рис.3, $R^2 = 0,9385$). .

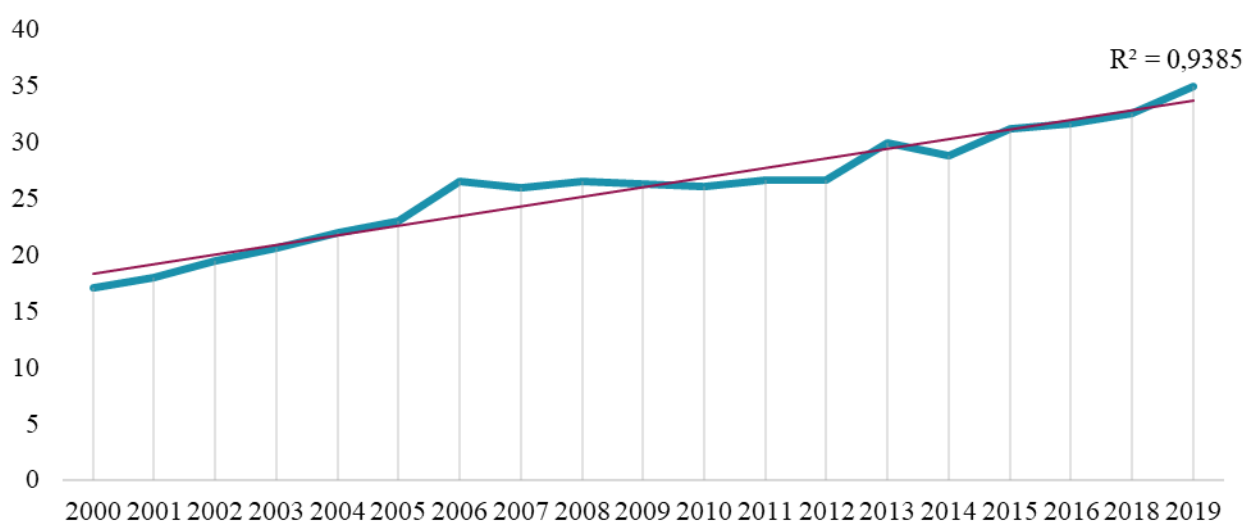


Рис. 3. Динамика первичной заболеваемости БСК в РФ за период с 2000 по 2019 гг. (на 100 тыс. населения).

Аналогичная ситуация наблюдается в Дальневосточном федеральном округе. Уровень смертности от БСК не имеет

тенденции к снижению, а в некоторых субъектах ДФО превышают среднероссийский показатель (Рис. 4) [4]. .

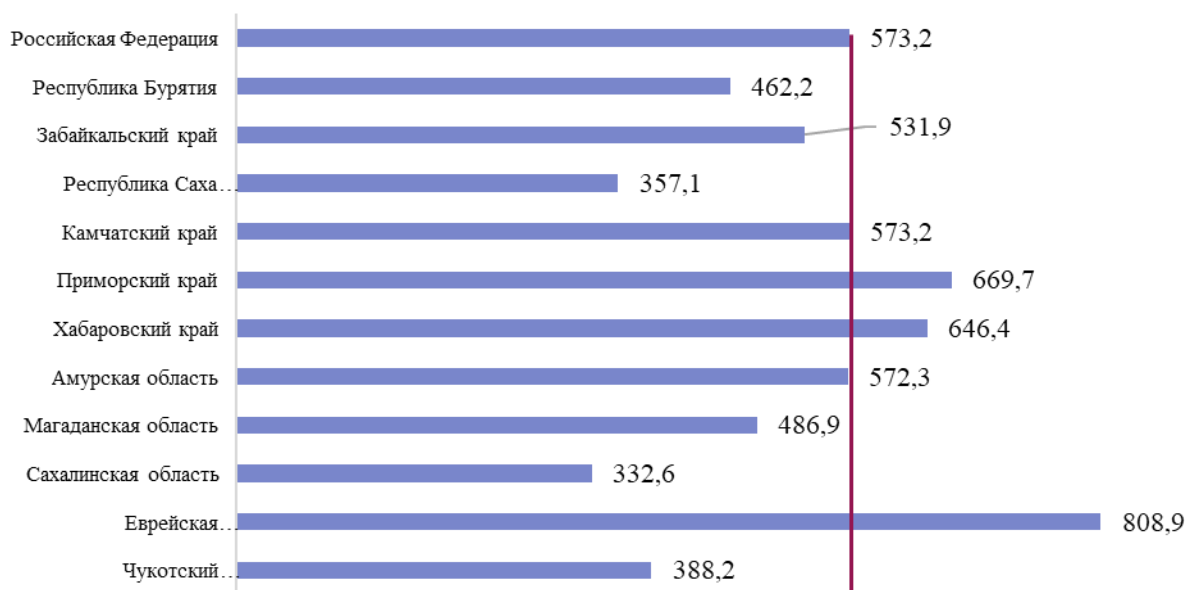


Рис. 4. Смертность от БСК в РФ и субъектах ДФО за 2019 г. (на 100 тыс. населения).

Методы и материалы

В исследование было включено 57 человек, средний возраст которых составил 47,2 (40,1;65,1) лет: 30 больных с БСК сформулировали основную группу, 27 клинически здоровых лиц – контрольную. Группы были сопоставлены по возрасту: 46,2 (45,7; 64,4) лет – в основной группе, 42,7 (40,1; 53,7) лет – в группе контроля.

Пациенты основной группы находились на лечении в условиях терапевтического стационара, с диагнозом БСК. Представители группы контроля были клинически здоровы, все они являлись донорами крови.

В исследование не включали лиц, находящихся под наблюдением психоло-

га или психотерапевта, принимающие психомоторные препараты.

Распространенность симптомов тревожности и депрессии оценивалась с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации (2013).

Для оценки показателей рассчитывались относительные показатели, их ошибки и критерий Стьюдента – по шкале отсутствия клинической симптоматики. Для оценки статистически значимых различий в выборках использовали непараметрический критерий Манна-Уитни при критическом уровне $U=301$, $p<0,05$.

Приведенные данные в таблице 1

демонстрируют, что социально-психологические факторы повышают риск развития болезней системы кровообращения, ухудшают их прогноз, повышают риск фатальных и нефатальных осложнений у больных с установленной БСК [6]. А также указывают на необходимость более раннего выявления и коррекции социально-психологических факторов в клинической практике.

Обсуждение результатов

Анализ по шкале HADS в группе контроля продемонстрировал достоверное отсутствия выраженных симптомов тревоги и депрессии, $p < 0,05$; в группе с пациентами с БСК субклиническая симптоматика по уровню тревожности наблюдалась у каждого второго опрошенного (53,3%), а клинически выраженная депрессивная симптоматика у 23% респондентов. Результаты представлены на Рис. 5 и 6..

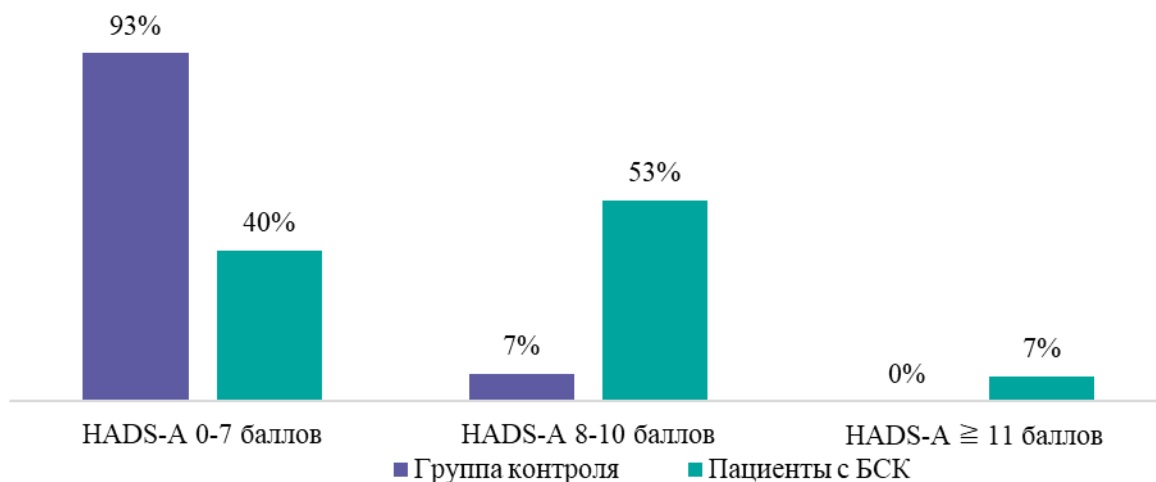


Рис. 5. Тревожная симптоматика у пациентов с БСК и контрольной группы.

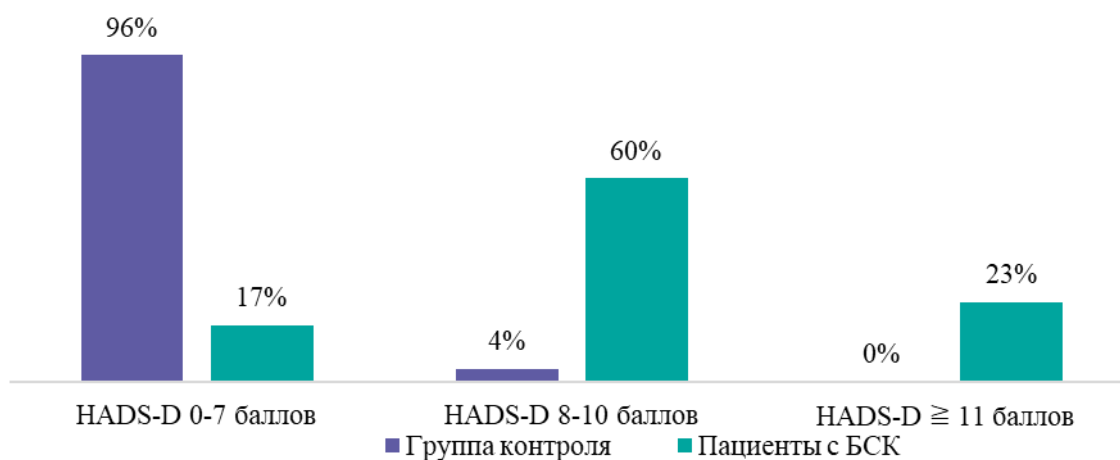


Рис. 6. Депрессивная симптоматика у пациентов с БСК и контрольной группы

Заключение

Регистрируется достоверный рост заболеваемости болезнями системы кровообращения. Уровень смертности от болезней системы кровообращения в ДФО не имеет тенденции к снижению и превышает в некоторых субъектах средне-российский уровень.

Уровень тревожной и депрессивной симптоматики в группе пациентов с болезнями системы кровообращения достоверно превышал показатель в контрольной группе, $U=258$ и $U=244$ соответственно, $p<0,05$.

Дальнейшее развитие службы медико-психологической помощи больным с болезнями системы кровообращения.

Рекомендовать к практическому применению психодиагностическую методику HADS в работе специалистов (клинических психологов, психотерапевтов, врачей общей практики), проводящих индивидуальное психологическое консультирование пациентов с болезнями системы кровообращения для оценки их психологического статуса в процессе психокоррекции и психотерапии.

Практические рекомендации по использованию шкалы hads

Шкалу необходимо заполнить за 5 минут самостоятельно, без обсуждения с кем-либо. По пунктам должны быть вы-

браны ответы. Каждому утверждению HADS соответствуют четыре варианта ответа.

Инструкция пациенту: Выберите и отметьте тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию в течение последних 7 дней. Не раздумывайте долго над ответом на вопрос. Ваша первая реакция будет наиболее верной.

Часть I (оценка уровня тревоги)

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе

- 3 - все время
- 2 - часто
- 1 - время от времени, иногда
- 0 - совсем не испытываю

2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться

- 3 - определенно это так, и страх очень велик
- 2 - да, это так, но страх не очень велик
- 1 - иногда, но это меня не беспокоит
- 0 - совсем не испытываю

3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове

- 3 - постоянно
- 2 - большую часть времени
- 1 - время от времени и не так часто
- 0 - только иногда

4. Я легко могу присесть и расслабиться

- 0 - определенно, это так
- 1 - наверно, это так
- 2 - лишь изредка, это так

3 - совсем не могу

1 - наверное, это так

5. Я испытываю внутреннее

2 - лишь в очень малой степени, это так

напряжение или дрожь

3 - совсем не способен

0 - совсем не испытываю

3. Я испытываю бодрость

1 - иногда

3 - совсем не испытываю

2 - часто

2 - очень редко

3 - очень часто

1 - иногда

6. Я испытываю неусидчивость,

0 - практически все время

мне постоянно нужно двигаться**4. Мне кажется, что я стал все делать**

3 - определенно, это так

очень медленно

2 - наверно, это так

3 - практически все время

1 - лишь в некоторой степени, это так

2 - часто

0 - совсем не испытываю

1 - иногда

7. У меня бывает внезапное чув-

0 - совсем нет

ство паники**5. Я не слежу за своей внешностью**

3 - очень часто

3 - определенно, это так

2 - довольно часто

2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно

0 - совсем не бывает

1 - может быть, я стал меньше уделять

Количество баллов _____

этому времени

0 - я слежу за собой так же, как и раньше

Часть II (оценка уровня депрес-**6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения****сии)****1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство**

0 - точно так же, как и обычно

0 - определенно, это так

1 - да, но не в той степени, как раньше

1 - наверное, это так

2 - значительно меньше, чем обычно

2 - лишь в очень малой степени, это так

3 - совсем так не считаю

так

7. Я могу получить удовольствие от

3 - это совсем не так

хорошей книги, радио- или телепрограммы**2. Я способен рассмеяться и уви-**

0 - часто

деть в том или ином событии смешное

1 - иногда

0 - определенно, это так

2 - редко

3 - очень редко

Количество баллов _____

Расшифровка результатов: после заполнения всей шкалы необходимо про-суммировать баллы отдельно для каждой части.

Интерпретация HADS:

0-7 баллов – отсутствие достоверно выраженных симптомов;

8-10 баллов – субклинически выра-женная тревога или депрессия;

11 баллов и более – клинически вы-раженная тревога или депрессия [8].

Если сумма баллов по одной из подшкал (тревоги и депрессии) составила 8 баллов и более, необходима консульта-ция психотерапевта/психиатра для уточ-нения психологического статуса пациен-та и назначения необходимой терапии.

Помните, что результаты тестиро-вания не являются клиническим диагно-зом, лишь указывают на уровень выяв-ленных нарушений. Верификация клини-ческого диагноза психического расстрой-ства у пациентов с выраженными психо-патологическими симптомами должна осуществляться врачом-психиатром.

Исследование выполнено под науч-ным руководством д.м.н., профессора ка-федры общественного здоровья и здраво-охранения Дальневосточного государ-ственного медицинского университета Л.В. Солохиной.

Список литературы

1. Бойцов С.А., Самородская И.В. Струк-тура потерянных лет жизни в результате преждевременной смерти от БСК среди мужчин и женщин в РФ. НМИЦ терапев-тической и профилактической медицины / Режим доступа: URL. <https://gnicpm.ru/articles/speczialistam-articles/statisticheskie-materialy-po-zabolevaemosti-i-smernosti.html>.
2. Депрессии и возможности их лечения в общемедицинской практике (предвари-тельные результаты программы ПАРУС) / Смулевич А.Б., Дубинская Э.Б., Дробижев М.Ю. и др. // Consilium medicum. Психи-ческие расстройства в общей медицине. – 2007. - Том 2. - №2. - С. 23-25.
3. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации // Кардиоваскулярная профилактика. - 2017. - № 16 (6). - С. 5-56.
4. Росстат. Динамика первичной заболева-емости БСК в РФ за период с 2000 по 2019 гг. (на 100 тыс. населения) / Режим досту-па: URL. <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>.
5. Четырёхмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматиза-ции (4ДДТС) при вегетативных психосо-матических расстройствах пограничного уровня / Смулевич А.Б., Яхно Н.Н., Terluin В. и др. // Журнал неврологии и психиат-рии им. С.С. Корсакова. – 2014. № 114 (11). - С. 67-73.

6. European Guidelines in cardiovascular diseases in clinical practice – 2016.

7. Piepoli M.F. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart J. 2016; 37:2315-81.

8. Salim Yusuf et al. 2004 Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9).