

Мареев В. Ю.¹, Дробижев М. Ю.², Беграмбекова Ю. Л.¹

¹ ФГБОУ ВО «Московский государственный университет» им. М. В. Ломоносова, Москва

² ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНАЯ СИМПТОМАТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Ключевые слова: сердечная недостаточность, терапевтическое обучение, амбулаторный контроль, депрессия, тревожность, ШОКС.

Ссылка для цитирования: Мареев В. Ю., Дробижев М. Ю., Беграмбекова Ю. Л. Тревожно-депрессивная симптоматика у пациентов с хронической сердечной недостаточностью: выбор тактики лечения. Кардиология. 2018;58(5):57–64.

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Оценка вероятности наступления и длительности ремиссии тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) III–IV функционального класса (ФК) на фоне оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ) основного заболевания или ОМТ, дополненной дополнительным воздействием – терапевтическим обучением и активным амбулаторным контролем (далее – ОМТ+ДВ). **Материалы и методы.** Проведен вторичный анализ данных клинического исследования ШАНС, в котором изучалось влияние программы обучения и активного амбулаторного контроля в сочетании с ОМТ на смертность и частоту госпитализации в связи с сердечно-сосудистыми осложнениями у пациентов с ХСН III–IV ФК. ДВ включало терапевтическое обучение и амбулаторный контроль посредством телефонных звонков, осуществляемый кардиологом после выписки больного из стационара. По результатам телефонного контакта мог быть назначен дополнительный визит. Группу контроля исследования ШАНС составили пациенты, получающие ОМТ, которых наблюдали в условиях практического здравоохранения. За время наблюдения они осуществили 4 визита к кардиологу. Длительность наблюдения составила 1 год. В настоящий анализ включали пациентов, получающих ОМТ и ОМТ+ДВ, у которых на 24-й и 48-й неделях программы ШАНС с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) были выявлены клинически значимые симптомы тревоги, депрессии или их сочетание. Всего в анализ были включены 237 пациентов. Оценивали динамику клинических проявлений ХСН и сопоставляли ее с долями больных, находящимися в ремиссии. **Результаты.** Суммарная оценка по шкале ШОКС между 0-й и 24-й неделями у больных, получающих ОМТ, уменьшилась на $1,9 \pm 3,9$ балла, а получающих ОМТ+ДВ – на $3,8 \pm 3,9$ балла ($p=0,00007$). Эти различия сохранялись и при окончании программы ШАНС ($p=0,0002$), хотя между 24-й и 48-й неделями темпы снижения оценок в обеих подгруппах замедлились. На фоне выраженной положительной динамики клинических проявлений ХСН более 50% пациентов как в группе ОМТ, так и группе ОМТ+ДВ достигли ремиссии тревожной и депрессивной симптоматики. Сочетанная тревожно-депрессивная симптоматика статистически значимо уменьшалась только в группе ОМТ+ДВ. В период с 24-й по 48-ю неделю ОМТ+ДВ показала сравнимую с ОМТ эффективность по воздействию на сочетанную тревожно-депрессивную симптоматику. В то же время ОМТ+ДВ ассоциировалась с повышенным уровнем ремиссии у больных с депрессивной ($p=0,05$), но не тревожной ($p=0,72$) симптоматикой. Кроме того, ОМТ+ДВ чаще способствовала сохранению ремиссии тревожной и депрессивной симптоматики, которая была достигнута к 24-й неделе ($p=0,01$). В результате к моменту окончания программы ШАНС уровень ремиссии симптоматики тревоги, депрессии и сочетанной тревожно-депрессивной симптоматики при использовании ОМТ+ДВ оказался достоверно выше, чем при применении только ОМТ ($p=0,04$). **Заключение.** Использование обучения и активного амбулаторного контроля дополнительно к ОМТ при ХСН позволяет сохранять достигнутую к 24-й неделе ремиссию тревожно-депрессивной симптоматики в течение следующих 6 мес у 89,6% пациентов с ХСН III–IV ФК.

Mareev V. Y.¹, Drobizhev M. Y.², Begrambekova Yu. L.¹

¹ Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

² Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

ANXIETY AND DEPRESSION IN CHRONIC HEART FAILURE. WHAT CAN A CARDIOLOGIST DO?

Keywords: heart failure; patient education; outpatient control; depression; anxiety; remission; SHOKS.

For citation: Mareev V. Y., Drobizhev M. Y., Begrambekova Yu. L. Anxiety and Depression in Chronic Heart Failure. What Can a Cardiologist Do? Kardiologiia. 2018;58(5):57–64.

SUMMARY

Aim. To reveal the probability and duration of the onset of remission of anxiety-depressive symptoms in patients with CHF III–IV receiving optimal medicine treatment (OMT) or (OMT), supplemented with the education program and active outpatient monitoring (OMT + A). **Materials and methods.** A secondary analysis of the results of RCT CHANCE, which studied the impact of the training program and active outpatient control (further additional exposure (DV) plus optimal medication (OMT) on mortality and cardiovascular hospitalization in patients with CHF III–IV FC. Therapeutic training and outpatient control performed by the cardiologist after discharge from the hospital (weekly in the first month, every 2 weeks for the next 2 months, and then On the basis of the results of the telephone contact, an additional visit could be scheduled, the CHANCE study control group was made up of patients on OMT who were observed as practiced in regular health care setting. Control group had 4 visits to the cardiologist during the 1 year observation. The present analysis included patients on OMT and OMT + DV who had a clinically significant anxiety at the 0 week of the CHANCE program using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (the sum of scores on the anxiety subscale ≥ 11), depression (the sum of scores on the depression subscale ≥ 11), or a combination of anxiety and depressive symptoms (scores on anxiety and depression subscales ≥ 11). Patients who did not pass HADS or SHOCK testing at 0.24 and 48 weeks were excluded from the analyses. A total of 237 patients were included. Severity of HF symptoms were assessed by “Scale of Heart failure Optimizing Clinical Status (SHOCS)” and compared it with the shares of patients who reached remission (HADS scores < 11). **Results.** The sum of SHOCS scores between 0 and 24 weeks in patients in OMT group decreased by 1.9 ± 3.9 in OMT + DV group by -3.8 ± 3.9 ($p=0.00007$). These differences persisted even at the end of the CHANCE program ($p=0.0002$), although between 24 and 48 weeks the rate of decrease in the sum of scores in both subgroups slowed to $\approx 1, 2$ points ($p=0.90$). Against the backdrop of pronounced positive dynamics of clinical manifestations of CHF more than 50% of patients, both in the group of OMT, and the group of OMT + DV achieved a remission of anxious and depressive disorders. The symptomatology of mixed anxiety-depressive disorders significantly decreased only in the OMT + DV group. During the period from 24 to 48 weeks, OMT + DV showed comparable efficacy to HTA in the effect on combined anxiety and depressive symptoms. At the same time, OMT + DV was associated with an increased remission rate in patients with depressive ($p = 0.05$), but not anxious ($p=0.72$) symptoms. In addition, OMT + DV often contributed to the preservation of remission, which was achieved by week 24 ($p=0.01$). As a result, by the end of the CHANCE program, the remission level of all studied somato-psychiatric disorders (anxiety, depression, anxiety and depression) with OMT + DV was significantly higher than with OMT alone ($p=0.04$). **Conclusion.** The use of education and active outpatient control in addition to optimal medical therapy allows to reach the remission of anxiety-depressive symptoms after 24th week of treatment and prolong it further, at least for the next 6 months in 89.6% of patients with CHF III–IV FC.

Депрессивная и тревожная симптоматика, определяемая обычно использованием различных диагностических шкал (Госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала Бека), встречается у 14–38% пациентов, страдающих сердечной недостаточностью [1]. Распространенность этих симптомов увеличивается в зависимости от тяжести хронической сердечной недостаточности (ХСН) [2] и возраста пациентов [3]. Показано, что наличие депрессивной симптоматики у пациентов с ХСН может негативно влиять на качество жизни и способность пациентов к самопомощи и самоконтролю [4, 6]. По результатам исследования КОМПАС, вероятность наличия депрессии возрастает на 20% каждые 10 лет. У пациентов старше 70 лет депрессивные расстройства наблюдались в 61,7% случаев [5]. Во многих исследованиях показано, что депрессия является независимым фактором неблагоприятного прогноза у пациентов с ХСН [1, 6]. Симптомы, ассоциированные с наличием депрессивных расстройств, снижают способность пациентов к самоконтролю и самопомощи. Депрессивная симптоматика служит фактором риска низкой приверженности к медикаментозному лечению, что ведет к увеличению вероятности обострений ХСН и повторных госпитализаций. Современные рекомендации по ведению больных с ХСН рекомендуют активно выявлять депрессию и организовывать их терапию [9–11]. Между тем многими авторами,

изучавшими депрессивные и тревожные расстройства у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, показано, что эти психические нарушения носят комплексный соматопсихический характер, отражая различные, в том числе патологические, психологические реакции пациентов на соматическое заболевание. Так, в российском исследовании КОМПАС пациенты, сообщившие о значительном ухудшении психического состояния в связи с соматической болезнью, обнаруживали депрессивные расстройства достоверно чаще, чем больные, отрицавшие влияние болезни на их настроение (68 и 42,1% против 18,9 и 6,7% соответственно; $p < 0,001$) [8, 12]. Неоднократно показано, что выраженность депрессивной симптоматики увеличивается с тяжестью ХСН [2]. В нашем предыдущем анализе [9] мы выявили, что выраженность симптоматики депрессии и тревоги в наибольшей мере зависела от тяжести симптомов ХСН, представленных в Шкале оценки клинического состояния (ШОКС). Соответственно, при улучшении клинического состояния больных соматопсихические расстройства зачастую исчезают, даже без применения антидепрессантов [10]. Таким образом, эффективная терапия ХСН в соответствии с принятыми рекомендациями может приводить к уменьшению выраженности сопутствующей тревожно-депрессивной симптоматики у отдельных больных, без применения психотропных препаратов.

Более того, в настоящее время для повышения эффективности лечения больных с ХСН в структуру медицинской помощи отечественными и международными экспертными сообществами предлагается внедрять специальные программы, направленные на обучение больных и активный амбулаторный контроль их состояния [11]. Эти программы позволяют своевременно корректировать лечение, улучшают приверженность пациентов приему лекарственных препаратов, повышают способность пациентов к самоконтролю и самопомощи. В результате не только увеличивается эффективность терапии ХСН [8–12], но и еще в большей степени снижаются проявления тревожной и депрессивной симптоматики [10]. Требуется лишь выяснить, при какой динамике клинических проявлений декомпенсации (суммарная оценка по ШОКС) и в каком проценте случаев можно добиться ремиссии этих соматопсихических расстройств с помощью оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ) у больных с ХСН или ОМТ, дополненной воздействием, направленным на обучение больных и активный амбулаторный контроль их состояния, – ДВ (ОМТ+ДВ). Такая формулировка задачи исследования представляется вполне обоснованной, поскольку уровень ремиссии симптоматики тревоги или депрессии все чаще рассматривается в качестве основного показателя эффективности лечения таких больных [12].

Материал и методы

Проведен вторичный анализ данных рандомизированного клинического исследования ШАНС, в котором изучалось влияние программы обучения и активного амбулаторного контроля в сочетании с ОМТ на смертность и частоту госпитализации по причине сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ХСН III–IV функционального класса (ФК) по NYHA. Дополнительное

воздействие подразумевало структурированное терапевтическое обучение, состоящее из 4 лекций в группах. Занятия проводились врачом или специально подготовленной медицинской сестрой. Для проведения занятий использовались печатные материалы, разработанные Обществом специалистов по сердечной недостаточности. Темы занятий включали: общую информацию о заболевании, диету при ХСН, образ жизни больного с ХСН, физические нагрузки у пациентов с ХСН, медикаментозное лечение пациентов с ХСН.

Дополнительное воздействие подразумевало структурированное терапевтическое обучение пациентов и амбулаторный контроль лечащим кардиологом после выписки (еженедельно в течение 1-го месяца после выписки из стационара и 1 раз в 2 нед в течение последующих 2 мес, а затем ежемесячно). По результатам телефонного контакта мог быть назначен дополнительный визит. Группу контроля исследования ШАНС составили пациенты, получавшие ОМТ, которых наблюдали в условиях практического здравоохранения. За период наблюдения (1 год) они совершили 4 визита к кардиологу. Схема организации программы и характеристика пациентов подробно описаны ранее [13]. Во время пребывания в стационаре после стабилизации состояния с пациентами проводили занятия для обучения навыкам самоконтроля симптомов ХСН. В настоящий анализ включали данные пациентов, получавших ОМТ и ОМТ+ДВ, у которых на 0-й неделе программы ШАНС с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) [14] выявлены клинически значимая тревожная симптоматика (суммарная оценка по шкале тревоги ≥ 11 баллов), депрессивная симптоматика (суммарная оценка по шкале депрессии ≥ 11 баллов) или сочетание тревожной и депрессивной симптоматики (суммарная оценка по шкалам тревоги и депрессии ≥ 11 баллов).

Таблица 1. Сравнительная характеристика отобранных больных по демографическим, клиническим и психическим показателям на 0-й неделе программы ШАНС

Характеристика	Подгруппы	
	ОМТ	ОМТ+ДВ
Число больных	n=125	n=148
Средний возраст, годы	64,7 $\pm$ 10,9	63,7 $\pm$ 10,6
Число женщин	60 (50,4)	66 (52,4)
Суммарная оценка по ШОКС, баллы	8,8 $\pm$ 3,4	9,2 $\pm$ 3,3
Фракция выброса, %	44,1 $\pm$ 12,7	43,1 $\pm$ 13,6
Расстояние, пройденное в ТШХ, м	204,1 $\pm$ 73,6	200,6 $\pm$ 78,1
Число больных с ХСН III–IV ФК	81 (65,3)/43 (34,7)	97 (65,5)/51 (34,5)
Число больных с тревогой	36 (28,8)	45 (30,4)
Число больных с депрессией	46 (36,8)	45 (30,4)
Число больных с тревогой и депрессией	43 (34,4)	58 (39,2)

Данные представлены в виде среднего $\pm$ стандартное отклонение либо в виде абсолютного числа больных (%). Здесь и в табл. 2: ОМТ – оптимальная медикаментозная терапия; ДВ – воздействие, направленное на обучение больных и активный амбулаторный контроль их состояния; ШОКС – Шкала оценки клинического состояния; ТШХ – тест с 6-минутной ходьбой; ХСН – хроническая сердечная недостаточность; ФК – функциональный класс.

В анализ не включали больных, не прошедших тестирование по HADS на 24-й и 48-й неделях программы ШАНС, а также по ШОКС на 0, 24 и 48-й неделях.

Отобранные для настоящего исследования пациенты, получавшие ОМТ и ОМТ+ДВ, не отличались на 0-й неделе по ряду демографических, клинических и психических показателей (табл. 1).

В обеих группах (ОМТ и ОМТ+ДВ) оценивали динамику клинических проявлений ХСН по баллам ШОКС. Для этого вычисляли среднюю сумму баллов на 24-й и 48-й неделях программы ШАНС. Кроме того, рассчитывали различия по сумме баллов между 0-й и 24-й, а также 24-й и 48-й неделями. Выявленную динамику по ШОКС сопоставляли с долей больных, находящихся в состоянии ремиссии, согласно оценкам по шкале HADS (<11 баллов по шкале тревоги, <11 баллов по шкале депрессии или <11 баллов по обоим шкалам соответственно), от числа тех, у которых ранее (на 0-й или 24-й неделях) была диагностирована тревожно-депрессивная симптоматика. При планировании работы учитывали, что у отдельных обследованных пациентов ремиссия, достигнутая к 24-й неделе, к 48-й неделе могла смениться новым обострением (рецидивом). Соответственно определяли долю больных, которые на 48-й неделе оставались в ремиссии, от числа тех, у кого во время предшествующего обследования (24-я неделя) было зафиксировано отсутствие клинически значимой психической симптоматики. Кроме того, вычисляли долю больных с ремиссией среди всех обследованных пациентов к моменту окончания исследования ШАНС.

Сравнение показателей осуществляли с помощью программы Statistica v. 10. При этом для количественных показателей использовали Т-тест для независимых выбо-

рок, а для качественных – двусторонний точный критерий Фишера. Считали, что различия статистически значимы при $p < 0,05$.

Результаты

Суммарная оценка по ШОКС между 0-й и 24-й неделями у больных, получавших ОМТ, уменьшилась на 1,9 балла (табл. 2), а у пациентов на ОМТ+ДВ – почти на 4 балла ($p=0,00007$).

В результате уже на 24-й неделе между больными, получающими ОМТ и ОМТ + ДВ, появляются статистически значимые различия по ШОКС ($p=0,0006$). Эти различия сохраняются и при окончании программы ШАНС ($p=0,0002$), хотя между 24-й и 48-й неделями темпы снижения суммарных оценок в обеих подгруппах существенно замедляются (до 1,2 балла) и становятся одинаковыми ($p=0,90$).

На фоне выраженной положительной динамики клинических проявлений ХСН (суммарные оценки по ШОКС между 0-й и 24-й неделями) многие больные в обеих группах достигли вполне сопоставимого уровня ремиссии симптоматики тревоги и депрессии (табл. 3).

Лишь у больных с сочетанной тревожно-депрессивной симптоматикой на фоне ОМТ этот показатель оказался низким. В то же время при применении дополнительного обучения и контроля состояния больных с ХСН (ОМТ+ДВ) уровень ремиссии оказался почти в 2 раза выше ($p=0,04$).

При более умеренном улучшении клинического состояния и одновременном выравнивании его темпов у больных, получающих ОМТ и ОМТ+ДВ, между 24-й и 48-й неделями (см. табл. 2) число достигших ремиссии уменьшилось (табл. 4).

Таблица 2. Сравнительная характеристика больных, получающих ОМТ и ОМТ+ДВ, по показателям ШОКС

Оценка по ШОКС, баллы	Подгруппы		Р
	ОМТ (n=125)	ОМТ + ДВ (n=148)	
Различие оценок между 0-й и 24-й неделями	1,9±3,9	3,8±3,9	0,00007
Суммарная оценка на 24-й неделе	6,9±3,8	5,4±3,3	0,0006
Различие оценок между 24-й и 48-й неделями	1,2±2,6	1,2±2,4	0,90
Суммарная оценка на 48-й неделе	5,7±3,2	4,2±3,1	0,0002

Данные представлены в виде среднего ± стандартное отклонение.

Таблица 3. Число больных, получающих ОМТ или ОМТ+ДВ, с ремиссией симптоматики тревоги и депрессии на 24-й неделе программы ШАНС

Симптоматика	Число больных с ремиссией на 24-й неделе				p
	ОМТ		ОМТ + ДВ		
	абс.	%	абс.	%	
Тревога	24	66,7	27	60,0	0,65
Депрессия	19	41,3	24	53,3	0,30
Тревога и депрессия	10	23,3	26	44,8	0,04
Всего	53	42,4	77	52	0,12

Таблица 4. Число больных с ремиссией тревожной и депрессивной симптоматики на 48-й неделе программы ШАНС

Симптоматика	Число больных с ремиссией на 48-й неделе в группе				p
	ОМТ		ОМТ+ДВ		
	абс.	%	абс.	%	
Тревога	5	50,0	14	58,3	0,72
Депрессия	6	20,7	12	48,0	0,05
Тревога и депрессия	8	24,2	2	9,1	0,28
Сохранившаяся ремиссия	38	71,7	69	89,6	0,01
Всего	57	45,6	97	65,5	0,04

Исчезло преимущество ОМТ+ДВ в плане воздействия на сочетанную тревожно-депрессивную симптоматику. В то же время ОМТ+ДВ ассоциировалась с повышенным уровнем ремиссии у больных с депрессивной ($p=0,05$), но не тревожной ($p=0,72$) симптоматикой. Кроме того, ОМТ+ДВ чаще способствовала сохранению ремиссии, которая была достигнута к 24-й неделе ($p=0,01$). В результате к моменту окончания программы ШАНС уровень ремиссии тревожной, депрессивной и тревожно-депрессивной симптоматики при использовании ОМТ+ДВ оказался достоверно выше, чем при применении только ОМТ ($p=0,04$).

Обсуждение

Результаты исследования свидетельствуют, что ремиссии симптоматики тревоги и депрессии у большинства пациентов в нашем исследовании удавалось добиться без назначения антидепрессантов, с помощью как ОМТ, так и ОМТ+ДВ. У пациентов, получающих ОМТ на фоне улучшения клинического состояния, после 24 нед наблюдения ремиссии смешанной тревожно-депрессивной симптоматики достигли 42,4% пациентов. В группе, где пациенты дополнительно к ОМТ также участвовали в программе обучения и активного амбулаторного контроля, ремиссии достигли 52% пациентов. Такие результаты сопоставимы с полезным действием антидепрессантов. По данным литературы, эти психотропные средства способствуют развитию ремиссии тревоги или депрессии у 35,9–54,1% больных, наблюдающихся врачами общей практики, а также у пациентов с ХСН или ишемической болезнью сердца [15]. ОМТ и, тем более, ОМТ + ДВ вполне можно рассматривать в качестве патогенетической терапии соматопсихических расстройств у декомпенсированных больных. В ряде специализированных исследований показано, что депрессия у больных с ХСН очень часто исчезает и без антидепрессантов. Так, в исследовании SADHART-CHF доля пациентов, достигших ремиссии, при приеме плацебо составляла 49,5% и достоверно не увеличивалась при использовании антидепрессанта сертралина [16]. В исследовании MOOD-HF исчезновение тревожно-депрессивной симптоматики зафиксировано у 56,3% пациентов в группе контроля

в отсутствие дополнительного достоверного улучшения при использовании антидепрессанта циталопрама [17]. Более того, в когорте пациентов, включенных в протокол SADHART-CHF, обнаружена достоверная связь ремиссии депрессии с улучшением клинического состояния больных с ХСН, не зависящая от того, получали они плацебо или антидепрессанты [18]. Очевидно, что представленные данные подтверждают самостоятельную роль эффективного лечения и снижения тяжести симптомов ХСН в уменьшении выраженности тревожно-депрессивной симптоматики и становлении ремиссии депрессии у больных этой сложной группы.

Результаты проведенного нами исследования в рамках программы ШАНС свидетельствуют, что наиболее высокий уровень ремиссии при ОМТ и особенно при ОМТ+ДВ отмечается у больных с изолированной тревожной симптоматикой (66,7 и 60% соответственно), промежуточный – при сопутствующей депрессивной (41,3 и 53,3% соответственно), а наиболее низкий – у пациентов с сочетанной тревожной и депрессивной симптоматикой (23,3 и 44,8% соответственно). Эти данные вполне соответствуют высказанным ранее предположениям о тяжести соматопсихических расстройств у больных с ХСН. Так, наиболее легким из них представляется «тревожная симптоматика», а самым тяжелым – «сочетанная тревожно-депрессивная симптоматика», в то время как изолированные симптомы депрессии занимают промежуточное положение. Соответственно, ОМТ и в еще большей степени ОМТ+ДВ дают больший эффект при легком соматопсихическом расстройстве (тревоге), чем при тяжелом (сочетании тревоги и депрессии). Влияние ОМТ и ОМТ+ДВ на депрессивную симптоматику носит, как правило, промежуточный характер.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что наиболее высокий уровень ремиссии тревожной или депрессивной симптоматики при использовании ОМТ и ОМТ+ДВ достигается в первые 24 нед программы ШАНС, между 24-й и 48-й неделями этот эффект в обеих группах снижается. Такие результаты вполне понятны, если учесть, что именно в первые 6 мес лечения отмечается наиболее выраженное снижение тяжести симптомов ХСН.

Таблица 5. Рекомендации по дифференцированной терапии тревоги и депрессии у больных с ХСН

Неделя	Результаты тестирования по HADS		Заключение	В течение полугода рекомендуется
	Тревоги	Депрессии		
0-я	≥ 11	< 11	Тревога	ОМТ
	< 11	≥ 11	Депрессия	ОМТ
	≥ 11	≥ 11	Тревога и депрессия	ОМТ+ДВ
24-я	≥ 11	< 11	Тревога	ОМТ
	< 11	≥ 11	Депрессия	ОМТ+ДВ
	≥ 11	≥ 11	Тревога и депрессия	ОМТ+ДВ + антидепрессанты (?)*

* – продолжительность терапии определяет специалист в области психического здоровья.

В то же время во вторые полгода наблюдения становится заметным другой важный эффект ОМТ и ОМТ+ДВ – предотвращение рецидивов симптоматики тревоги и депрессии у большинства пациентов с выраженной ХСН (71,7 и 89,6% соответственно). Некоторые из результатов настоящего исследования носят вполне предсказуемый характер с учетом того, что суммарная оценка по ШОКС при применении ОМТ+ДВ снижается в значительно большей степени, чем при использовании только ОМТ. В итоге ОМТ, дополненная структурированным обучением и контролем клинического состояния больных с ХСН, оказывается явно эффективнее только ОМТ по влиянию на прогноз ХСН и выраженность тревожно-депрессивной симптоматики.

Если признать в качестве постулата тесную взаимосвязь между выраженностью (тяжестью) проявлений самой декомпенсации и тревожно-депрессивной симптоматикой, становится очевидным, что максимально эффективное лечение ХСН должно оказывать наиболее сильное влияние на проявления тревоги и депрессии. Как показали результаты исследования ШАНС, дополнительное обучение и контроль за пациентами с выраженной ХСН (ОМТ+ДВ) достоверно больше, чем ОМТ, улучшает прогноз ХСН и уменьшает выраженность тревожно-депрессивной симптоматики. Аналогичные результаты получены и в ряде других исследований. Очевидно, что статистически значимые различия между ОМТ + ДВ и только ОМТ по уровню ремиссии самой тяжелой (и прогностически неблагоприятной) формы тревожно-депрессивных расстройств – сочетанной тревожно-депрессивной симптоматики – выявлены уже в первые 24 нед программы ШАНС (см. табл. 3). В то же время достоверные различия между ОМТ + ДВ по сравнению с ОМТ по влиянию на достоверное уменьшение депрессивной симптоматики появлялись только к 48-й неделе терапии.

Следует учесть, что в настоящее время отсутствуют данные об успешном применении антидепрессантов у больных с ХСН, их способности снижать выраженность тревожно-депрессивной симптоматики и длительно контролировать степень ремиссии соматопсихических

расстройств. При выборе наилучшего метода лечения (ОМТ, ОМТ+ДВ или дополнительное участие психиатра и назначение антидепрессантов) следует исходить из оптимального соотношения между затраченными усилиями и полученным результатом (табл. 5).

Высокого уровня ремиссии симптоматики тревоги к 24-й и 48-й неделям можно достичь как с помощью ОМТ, ОМТ+ДВ, так и при использовании антидепрессантов, причем дополнительных преимуществ назначения антидепрессантов не имело [20, 22]. Иными словами, при наиболее легкой степени «соматопсихических» расстройств ОМТ самой ХСН не требует дополнительного вмешательства. Соответственно, именно этот способ коррекции тревожной симптоматики является предпочтительным.

Достаточного уровня ремиссии симптоматики депрессии к 24-й неделе и поддержания его до 48-й недели также можно достичь с помощью ОМТ, дополненной специальным воздействием в виде структурированного обучения пациентов и контроля их состояния. При этом использование ОМТ+ДВ выгоднее, так как может осуществляться кардиологом без необходимости в консультации специалиста в области психического здоровья.

Наконец, достаточного уровня ремиссии самой тяжелой сочетанной тревожно-депрессивной симптоматики у больных с ХСН также можно достичь и длительно поддерживать с помощью ОМТ+ДВ у большинства пациентов. С одной стороны, это положительно характеризует предложенный способ дополнительного к ОМТ воздействия на течение ХСН и тревожно-депрессивного статуса. С другой, удобно для практического применения и не требует больших дополнительных затрат. И только в том случае, если тревожно-депрессивная симптоматика будет сохраняться более полугода и влиять на течение ХСН, негативно влиять на качество жизни больных и снижать приверженность к лечению, необходима консультация специалиста в области психического здоровья для решения вопроса о начале лечения антидепрессантами. При этом следует исходить из ряда соображений.

Во-первых, дальнейшее использование ОМТ+ДВ не будет способствовать повышению шансов на ремиссию симптомов тревоги и депрессии, даже в условиях представленной выше положительной динамики показателей ШОКС. Во-вторых, данная ситуация (сохранение симптомов тревоги и депрессии при улучшении соматического состояния) вполне возможна с клинических позиций, поскольку реакция больного на ХСН определяется не только ее тяжестью, но и личностью самого пациента. В-третьих, затяжная тревожная симптоматика, особенно при сочетании с депрессивной симптоматикой, нуждается в медикаментозном лечении поскольку ухудшает и без того низкое качество жизни пациентов с ХСН.

Завершая обсуждение результатов проведенного анализа, следует отметить, что представленные в статье практические рекомендации нуждаются в дальнейшем обсуждении, а главное в клинической проверке. Однако уже сейчас они позволяют дифференцировать подходы к ведению пациентов с ХСН и сопутствующей тревожно-

но-депрессивной симптоматикой. К тому же представленные рекомендации достаточно просты и не требуют дополнительных ресурсов здравоохранения. При этом они открывают широкие возможности для кардиологов, которые могут эффективно контролировать тревогу и депрессию у большинства больных с ХСН.

Не следует забывать, что главным условием, влияющим на возможность использования представленных рекомендаций (см. табл. 5), является эффективная терапия с достижением положительной динамики клинического состояния больных с ХСН.

Ограничения исследования. Необходимо отметить, что шкала HADS предназначена для скринингового выявления тревожной и депрессивной симптоматики в соматическом стационаре. Для диагностики тревожно-депрессивных расстройств требуется участие специалиста в области психического здоровья. В связи с этим по результатам настоящего исследования мы можем только констатировать выявленную симптоматику тревоги и депрессии и ремиссию такой симптоматики.

Сведения об авторах:

ФГБОУ ВО «Московский государственный университет» им. М. В. Ломоносова», Москва

Медицинский научно-образовательный центр

Мареев В. Ю. – д. м. н., проф., гл. н. с. Центра.

Беграббекова Ю. А. – к. м. н., н. с. Центра.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

Дробижев М. Ю. – д. м. н., вед. н. с. НОКЦ «Здоровое сердце».

E-mail: Julia.begrambekova@ossn.ru

Information about the author:

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

Yuliya L. Begrambekova – PhD.

E-mail: Julia.begrambekova@ossn.ru.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Rutledge T., Reis V.A., Linke S.E. et al. Depression in Heart Failure. Journal of the American College of Cardiology 2006;48 (8):1527–37. DOI:10.1016/j.jacc.2006.06.055.
2. Katon W., Lin E.H.B., Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. General Hospital Psychiatry 2007;29 (2):147–55. DOI:10.1016/j.genhosppsych.2006.11.005.
3. Osipova I. V., Pogossova G. V., Sokolova N. V. Depressive disorders in elderly patients with chronic heart failure. Cardiovascular therapy and prevention 2007;6 (6):34–9. Russian (Осипова И. В., Погосова Г. В., Соколова Н. В. Депрессивные нарушения у пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2007;6 (6):34–9).
4. DiMatteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W. Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment: Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. Archives of Internal Medicine 2000;160 (14):2101. DOI:10.1001/archinte.160.14.2101.
5. Oganov R.G., Pogossova G.V., Shalnova S.A., Deev A.D. Depressive disorders in general medical practice according to the KOMPAS study: a view of a cardiologist. Cardiology. 2005;(8):37–43. Russian (Оганов Р. Г., Погосова Г. В., Шальнова С. А., Деев А. Д. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. Кардиология 2005; (8):37–43).
6. Watkins L.L., Koch G.G., Sherwood A. et al. Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease. J Am Heart Assoc 2013;2 (2):e000068. DOI:10.1161/JAHA.112.000068.
7. Lichtman J.H., Bigger J.T., Blumenthal J.A. et al. Depression and Coronary Heart Disease: Recommendations for Screening, Referral, and Treatment: A Science Advisory From the American Heart Association Prevention Committee of the Council

- on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: Endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 2008;118 (17):1768–75. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769.
8. Begrambekova Yu. L., Drobizhev M. Yu., Mareyev V. Yu., Kikta S. V. Can I say something new about depression in patients with chronic heart failure? *Journal of Heart Failure* 2015;16 (6):360–367. Russian (Беграмбекова Ю.Л., Дробижев М.Ю., Мареев В.Ю., Кикта С.В. Можно ли сказать что-то новое о депрессиях у больных хронической сердечной недостаточностью? *Журнал Сердечная Недостаточность* 2015;16 (6):360–7. DOI:10.18087/rhfj.2015.6.2161).
9. Drobizhev M.Y., Mareev V.Y., Begrambekova Y.L. Patients with chronic heart failure. Who are the candidates for anxiety and depression? *Russian Heart Failure Journal* 2017;17 (4):295–302. DOI:10.18087/rhfj.2017.4.2374. Russian (Дробижев М.Я., Мареев В.Я., Беграмбекова Ю.Л. Пациенты с хронической сердечной недостаточностью. Кто является кандидатами на беспокойство и депрессию? *Журнал Сердечная Недостаточность* 2017;17 (4):295–302. DOI:10.18087/rhfj.2017.4.2374).
10. Begrambekova Yu.L., Mareyev V.Yu., Drobizhev M.Yu. Schools for patients with heart failure. Is there a CHANCE to affect depression and anxiety? Secondary (Post-hoc) analysis of the CHANCE study (School and Outpatient Observation of Patients with Heart Failure). *Journal of Heart Failure* 2016;17(6):433–42. DOI:10.18087/rhfj.2016.6.2281. Russian (Беграмбекова Ю.Л., Мареев В.Ю., Дробижев М.Ю. Школы для пациентов с сердечной недостаточностью. Есть ли ШАНС повлиять на депрессию и тревогу? Вторичный (Post-hoc) анализ исследования ШАНС (Школа и Амбулаторное Наблюдение больных Сердечной недостаточностью). *Журнал Сердечная Недостаточность* 2016;17 (6):433–42. DOI:10.18087/rhfj.2016.6.2281).
11. Ponikowski P., Voors A.A., Anker S.D., et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal* 2016;37 (27):2129–200. DOI:10.1093/eurheartj/ehw128.
12. Kiosses D.N., Alexopoulos G.S. The prognostic significance of sub-syndromal symptoms emerging after remission of late-life depression. *Psychological Medicine* 2013;43 (02):341–50. DOI:10.1017/S0033291712000967.
13. Mareev V. Yu., Begrambekova Yu. L., Danielyan M. O. et al. What questions are asked and what questions can be answered by studies on non-medicamentous treatment of patients with heart failure. Lessons of the study CHANCE. *Journal of Heart Failure* 2014;15(6):383–96. Russian (Мареев В.Ю., Беграмбекова Ю.Л., Даниелян М.О. и др. Какие вопросы задаются и на какие вопросы способны ответить исследования по немедикаментозному лечению пациентов с сердечной недостаточностью. Уроки исследования ШАНС. *Журнал Сердечная Недостаточность* 2014;15 (6):383–96).
14. Bjelland I., Dahl A.A., Haug T.T., Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002;52 (2):69–77.
15. Anghelescu I-G., Dierkes W., Volz H-P. et al. Klinische Effekte von retardiertem Venlafaxin (Trevilor® retard) bei Patienten mit Depression und Angsterkrankungen in der ambulanten Behandlungspraxis in Deutschland – Ergebnisse von zwei Anwendungsbeobachtungen mit 8500 Patienten. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie* 2009;77 (11):646–54. DOI:10.1055/s-0028-1109807.
16. Xiong G.L., Fiuzat M., Kuchibhatla M. et al. Health status and depression remission in patients with chronic heart failure: patient-reported outcomes from the SADHART-CHF trial. *Circ Heart Fail* 2012;5 (6):688–92. DOI:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.112.967620.
17. Fraguas R., da Silva Telles R. M., Alves T. C. T. F. et al. A double-blind, placebo-controlled treatment trial of citalopram for major depressive disorder in older patients with heart failure: The relevance of the placebo effect and psychological symptoms. *Contemporary Clinical Trials* 2009;30 (3):205–11. DOI:10.1016/j.cct.2009.01.007.
18. Jiang W., Krishnan R., Kuchibhatla M. et al. Characteristics of Depression Remission and Its Relation With Cardiovascular Outcome Among Patients With Chronic Heart Failure (from the SADHART-CHF Study). *The American Journal of Cardiology* 2011;107 (4):545–51. DOI:10.1016/j.amjcard.2010.10.013.

Поступила 20.07.17 (Received 20.07.17)