

УДК: 616.12-008

О.С. Донирова, Е.Д. Цыдыпова,  
М.Б. Цыденжапова, Б.С. Базарова**ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ФАКТОРОВ,  
АССОЦИИРОВАННЫХ С ИХ РАЗВИТИЕМ, У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА  
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ**

*Обследовано 196 пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Выявлено 109 (55,6%) больных, страдающих сопутствующими тревожно-депрессивными расстройствами. Тревожно-депрессивные расстройства были ассоциированы с определенными факторами риска неблагоприятного сердечно-сосудистого прогноза. На фоне тревожно-депрессивных расстройств чаще встречались стенокардия напряжения, инфаркт миокарда без зубца Q и фибрилляция предсердий.*

**Ключевые слова:** *пожилой возраст, сердечно-сосудистые заболевания, тревожно-депрессивные расстройства, факторы риска.*

O.S. Donirova, E.D. Tsydyпова,  
M.B. Tsydenzhapova, B.S. Bazarova**THE FREQUENCY OF REVEALING THE ANXIOUS-DEPRESSIVE DISORDERS  
AND FACTORS, ASSOCIATED WITH CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE REPUBLIC  
OF BURYATIA**

*196 patients of senior age with cardiovascular diseases have been examined and 109 (55,6 %) of them suffer from the accompanying anxious-depressive disorders.*

*The anxious-depressive disorders have been associated with the definite risk factors of unfavorable cardiovascular prognosis. Stenocardia of tension myocardium heart attack without teeth and fibrillation of auricles have been occurred more often on the background of the anxious-depressive disorders.*

**Key words:** *senior age, cardiovascular diseases, anxious-depressive disorders, risk factors.*

*Актуальность.* Тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) являются одной из актуальнейших проблем современного здравоохранения. Согласно результатам российского исследования КОМПАС (2004) ТДР встречаются у 57% больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и 52% больных артериальной гипертензией (АГ). При этом выраженное депрессивное состояние имеет место у каждого третьего пациента: 33% больных ИБС и 28% больных АГ [1].

В проспективных исследованиях последних десятилетий установлено, что ТДР являются независимыми факторами риска возникновения и прогрессирования ИБС [4]. В то же время у многих больных АГ и ИБС депрессивные состояния развиваются вторично, в качестве реакции на серьезное соматическое заболевание. Особенно часто депрессия отмечается у больных с инфарктом миокарда, хронической сердечной недостаточностью, мозговым инсультом [2].

Хорошо известен факт частого развития депрессивных расстройств у пожилых больных. Пожилые люди подвержены развитию депрессии ввиду инволюционных изменений в центральной нервной системе, снижения физических возможностей, ограничения или утраты социальных контактов, прекращения трудовой деятельности [3].

Изучение ТДР в Республике Бурятия практически не проводилось, что послужило основанием для настоящего исследования.

*Цель:* изучение частоты тревожно-депрессивных расстройств и факторов, ассоциированных с их развитием, среди больных пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Бурятия.

**Материал и методы**

Обследовано 196 пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями, проходивших обследование и лечение на базе кардиологического отделения Республиканского клинического госпиталя для ветеранов войн г. Улан-Удэ. К сердечно-сосудистым заболеваниям были отнесены ишемическая болезнь сердца (ИБС), куда вошли стенокардия напряжения, инфаркт миокарда без зубца Q и инфаркт миокарда с зубцом Q. Также к ССЗ были отнесены перенесенное нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), фибрилляция предсердий (ФП) и атеросклероз артерий нижних конечностей (ААНК).

Мужчин было 77 (39,2%), женщин – 119 (60,8%) человек. Средний возраст пациентов составил 77 (59-81) лет, из них у мужчин – 80 (69-82) лет, у женщин – 74 (54-80) года. Мужчины оказались достоверно старше женщин ( $p=0,0005$ ). В городе проживали 135 (68,8%) пациентов, в районе – 61 (31,2%) пациент.

Всем больным проводилось тестирование по Госпитальной шкале депрессии и тревоги (HADS). Наличие тревожного расстройства диагностировалось при количестве баллов по категории «Т» $\geq 7$ , депрессии – при количестве баллов по категории «Д» $\geq 7$ . Также измерялись артериальное давление (АД) и антропометрические показатели с вычислением индекса массы тела (ИМТ), определялись общий холестерин (ОХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ) и креатинин крови. Всем больным были выполнены электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (ЭхоКГ). Изучали показатели ремоделирования ЛЖ: массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), определяли тип (паттерн) ремоделирования левого желудочка по A. Ganau (1992). За критерий гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) принимали значения индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ)  $\geq 125$  г/м<sup>2</sup> для мужчин и  $\geq 110$  г/м<sup>2</sup> для женщин. Изучали показатели систолической дисфункции левого желудочка: фракцию выброса (ФВ) и конечно-диастолический размер (КДР). Критериями систолической дисфункции левого желудочка считали КДР $> 5,5$  см и/или ФВ $< 50\%$ . Учитывали дилатацию левого предсердия (ЛП): диаметр  $\geq 4,0$  см. Для вычисления скорости клубочковой фильтрации (СКФ) использовалась формула MDRD. Хроническую болезнь почек (ХБП) диагностировали при СКФ $< 60$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» («Statsoft», США). Средние значения отображали в виде медиан (Me) с указанием интерквартильного интервала (ИИ). Статистическую значимость различий в независимых выборках определяли по Манну-Уитни. Составляли двумерные таблицы сопряженности. Меру сопряженности признаков оценивали с помощью критерия  $\chi^2$  по Пирсону. Для установления наличия и силы двух признаков осуществляли корреляционный анализ по Спирмену с вычислением коэффициента корреляции  $r$ .

### Результаты

Из 196 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) выявлено 109 (55,6%) больных с сопутствующими тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР). В последующем в зависимости от наличия ТДР пациенты с ССЗ без ТДР анализировались как больные I группы, пациенты с ССЗ в сочетании с ТДР – как больные II группы. Соотношение городских и сельских жителей в сравниваемых группах представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных по месту проживания

Пациенты I группы, n=87				Пациенты II группы, n=109				p
Город		Село		Город		Село		
n	%	n	%	n	%	n	%	
52	59,7	35	40,2	83	76,1	26	23,8	0,01

Как видно из таблицы, больные с ТДР достоверно чаще проживали в городе.

Средние значения возраста и распределение по полу в группах представлены в табл. 2.

Из таблицы видно, что больные II группы были достоверно старше больных I группы. По количественному соотношению мужчин и женщин также были получены статистически значимые различия – во II группе преобладали женщины.

Таблица 2

Характеристика групп по возрасту и полу

	Пациенты I группы, n=87	Пациенты II группы, n=109	p
Возраст (годы)	71 (55-81)	78 (67-82)	0,02
Соотношение мужчин/женщин	44(50,5%)/43(49,4%)	33(30,2%)/76(69,7%)	0,003*

Примечание: \* – достоверность по критерию  $\chi^2$  при попарном сравнении

Средние значения показателей липидного спектра у больных сравниваемых групп представлены в табл. 3.

Таблица 3

Показатели липидного спектра

Показатель, ммоль/л	Пациенты I группы, n=87		Пациенты II группы, n=109		p
	Me	ИИ	Me	ИИ	
ОХС	5,2	4,5-5,8	4,9	4,3-5,6	0,04
ЛПНП	3,0	2,4-3,7	3,1	2,3-3,7	0,8
ЛПВП	1,3	1,1-1,7	1,2	1,1-1,4	0,1
ТГ	1,5	1,3-1,9	1,5	1,2-1,9	0,5
Индекс атерогенности	4,0	3,2-4,8	3,9	3,2-4,8	0,8

Как видно из таблицы, среди пациентов сравниваемых групп среднее значение общего холестерина было более высоким среди больных, не имевших ТДР.

Распределение больных по частоте липидных факторов риска неблагоприятного сердечно-сосудистого прогноза представлено в табл. 4.

Таблица 4

Характеристика пациентов в группах по частоте липидных факторов риска

Признак, ммоль/л	Пациенты I группы, n=87		Пациенты II группы, n=109		p
	n	%	n	%	
Общий ХС > 4,5	67	77	72	66	0,09
ХС ЛПНП > 2,5	62	71,2	77	70,6	0,91
ХС ЛПВП < 1,0 у мужчин и < 1,2 у женщин	19	21,8	38	34,8	0,04
ТГ > 1,7	33	37,9	42	38,5	0,93
Индекс атерогенности >5	15	17,2	22	20,1	0,60

Из таблицы видно, что среди пациентов II группы достоверно чаще встречалось сниженное значение ЛПВП, тогда как в отношении остальных параметров статистически значимых различий получено не было.

Частота нелипидных факторов риска в обследованных группах представлена в табл. 5.

Как свидетельствуют вышеприведенные данные, среди больных с ТДР чаще встречались АГ, СД и абдоминальное ожирение, однако эти различия были статистически незначимыми. Пациенты без сопутствующих ТДР курили чаще больных с ТДР, однако эти различия также оказались недостоверными.

Таблица 5

Характеристика групп по частоте нелипидных факторов риска

Фактор риска	Пациенты I группы, n=87		Пациенты II группы, n=109		p
	n	%	n	%	
АГ	66	75,8	94	86,2	0,06
Курение	10	11,4	9	8,2	0,44
Сахарный диабет	13	14,9	18	16,5	0,76
Абдоминальное ожирение	51	58,6	70	64,2	0,42

Частота ССЗ в группах представлена в табл.6.

Таблица 6

Частота нозологических форм ССЗ в группах

ССЗ	Пациенты I группы, n=87		Пациенты II группы, n=109		p
	n	%	n	%	
Стенокардия напряжения	40	45,9	66	60,5	0,04
ИМ без зубца Q	2	2,3	10	9,1	0,04
ИМ с зубцом Q	17	19,5	16	14,6	0,36
ОНМК	8	9,2	17	15,6	0,18
ФП	6	6,9	20	18,3	0,01
ААНК	2	2,3	7	6,4	0,17

Как видно из таблицы, среди больных с ТДР достоверно чаще встречались стенокардия, инфаркт миокарда без зубца Q и фибрилляция предсердий.

Функциональные почечные показатели в сравниваемых группах отражены в табл. 7.

Таблица 7

Показатели функции почек в сравниваемых группах

Фактор риска	Пациенты I группы, n=87		Пациенты II группы, n=109		p
	Me	ИИ	Me	ИИ	
Функциональные показатели					
Креатинин, мкмоль/л	88	78-93	88	75-98	0,65
СКФ, мл/мин/1,73м <sup>2</sup>	77	71-90	80	68-94	0,78
Частота обнаружения почечной дисфункции					
	n	%	n	%	по $\chi^2$
Гиперкреатининемия*	1	1,5	17	15,6	0,0005
СКФ < 60 мл/мин/1,73м <sup>2</sup>	75	86,2	94	86,2	0,99

Примечание: \*гиперкреатининемия – повышение уровня креатинина  $\geq 115$  мкмоль/л у мужчин и  $\geq 107$  мкмоль/л у женщин; СКФ – скорость клубочковой фильтрации.

Из таблицы видно, что статистически значимые различия были зарегистрированы лишь по частоте гиперкреатининемии, которая преобладала среди пациентов II группы. По остальным показателям почечной функции различий выявлено не было.

Распределение больных обеих этнических групп по скорости клубочковой фильтрации представлено в табл. 8.

Как видно из таблицы, статистически значимые различия имели место лишь в группе больных с СКФ 15-29 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, где вышеуказанная СКФ встречалась чаще среди больных с ТДР.

Таблица 8

Градации СКФ у больных сравниваемых групп, n=196

Градации СКФ	Пациенты I группы, n=87		Пациенты II группы, n=109		p
	n	%	n	%	
СКФ ≥ 90 мл/мин/1,73м <sup>2</sup>	10	11,4	9	8,2	0,44
СКФ 60-89 мл/мин/1,73м <sup>2</sup>	58	66,6	58	53,2	0,05
СКФ 30-59 мл/мин/1,73м <sup>2</sup>	17	19,5	31	28,4	0,14
СКФ 15-29 мл/мин/1,73м <sup>2</sup>	-	-	5	4,5	0,04
СКФ < 15 мл/мин/1,73м <sup>2</sup>	-	-	-	-	-

Взаимосвязи развития ТДР с факторами риска и тяжестью поражения сердца у пациентов с ССЗ отражены в табл. 9.

Таблица 9

Взаимосвязи ТДР с факторами сердечно-сосудистого риска и тяжестью поражения сердца у пациентов ССЗ, n=196

Фактор риска	Коэффициент корреляции, r	p
Возраст	0,15	0,02
Мужской пол	-0,20	0,003
Место проживания	0,17	0,01
ОХС	-0,14	0,04
Низкий ЛПВП	0,14	0,04
СКФ 15-29 мл/мин/1,73м <sup>2</sup>	0,14	0,04
Стенокардия	0,14	0,04
Инфаркт миокарда без зубца Q	0,14	0,04
Фибрилляция предсердий	0,16	0,01

*Примечание:* в таблице приведены лишь достоверные коэффициенты корреляции

Из таблицы видно, что достоверные коэффициенты корреляции у пациентов с ССЗ были получены в отношении таких факторов риска, как принадлежность к европеоидной расе, возраст, женский пол, проживание в городе, уровень ХС и ЛПВП, а также СКФ 15-29 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

Кроме того, риск развития ТДР был взаимосвязан со стенокардией, инфарктом миокарда без зубца Q и наличием фибрилляции предсердий.

#### **Выводы**

Частота выявления тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями пожилого и старческого возраста составила 55,6%.

1. Среди больных с тревожно-депрессивными расстройствами чаще встречались такие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, как более старший возраст, женский пол, сниженный уровень липопротеидов высокой плотности, гиперкреатинемия и скорость клубочковой фильтрации 15-29 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

2. У лиц с тревожно-депрессивными расстройствами достоверно чаще встречались стенокардия напряжения, инфаркт миокарда без зубца Q и фибрилляция предсердий.

3. Риск развития тревожно-депрессивных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями пожилого возраста был ассоциирован с принадлежностью к европеоидной расе, возрастом, женским полом, проживанием в городе, дислипидемией и гиперкреатинемией, наличием стенокардии, инфаркта миокарда без зубца Q, фибрилляцией предсердий и СКФ 15-29 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

#### *Литература*

1. Оганов Р.Г. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике // Кардиология. 2004. №1. С. 48-54.
2. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология. 2002. №4. С. 86-91.
3. Сыркин А.Л., Добровольская А.В. Депрессия при ИБС: сложности диагностики и терапии // Форум (ИБС). 2003. №2(8). С. 1-4.
4. Ariyo A.A., Haan M., Tangen C.M. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans // Circulation. 2000. №102. P. 1773.

**Дони́рова Оюна Серге́евна** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры геронтологии и гериатрии ГОУ ДПО «Иркутский институт усовершенствования врачей». 670045, г. Улан-Удэ, ул. Пирогова, 30а, Республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн, тел./факс – 41-66-70, e-mail donirova@mail.ru.

**Цыдыпова Елена Дамби-Жалсановна** – старший преподаватель кафедры терапии № 2 медицинского факультета ГОУ ВПО Бурятского государственного университета. 670000, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24 а, тел. 43-68-86.

**Цыденжапова Мария Батомункоевна** – заведующая отделением кардиологии Республиканского клинического госпиталя для ветеранов войн. 670047, г. Улан-Удэ, ул. Пирогова, 30 а, тел. 43-68-86.

**Базарова Билигма Самандаевна** – ординатор отделения кардиологии Республиканского клинического госпиталя для ветеранов войн. 670047, г. Улан-Удэ, ул. Пирогова, 30 а, тел. 43-68-86.

**Donirova Oyuna Sergeevna** – candidate of medical science, assistant of department of gerontology and geriatrics of Irkutsk State Institute of Postgraduate Medical Education. 670047, Buryatia, Ulan-Ude, Pirogova str., 30a, Republican Clinical Hospital for Veterans of War.

**Tsydyпова Elena Dambi-Zhalsanovna** – senior teacher of department of therapy #2, medical faculty of Buryat State University. 670000, Ulan-Ude, Smolin str., 24a, ph. 436886.

**Tsydenzhapova Mariya Batomunkoevna** – head of cardiological department of Republican Clinical Hospital for Veterans of War. 670047, Ulan-Ude, Pirogova str., 30a, tel. 436886.

**Bazarova Biligma Samandaevna** – intern of cardiological department of Republican Clinical Hospital for Veterans of War. 670047, Ulan-Ude, Pirogova str., 30a, tel. 436886.

УДК 615.017:615.322

**В.В. Намханов**

### **ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ОТНОШЕНИЙ ЭЛЕМЕНТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЧЕЛОВЕКА**

*В статье показаны особенности внутрисуставных отношений элементов височно-нижнечелюстного сустава человека в связи с различными патологическими состояниями зубочелюстной системы. Изменения, происходящие в челюстях, оказывают непосредственное влияние на ВНЧС.*

*Ключевые слова:* височно-нижнечелюстной сустав, патология, полость рта.