

6. Луговская С. А. Возможности гематологических анализаторов // Клин. лаб. диагностика. 2007. № 2. С. 6—9.
7. Петухов В. И., Быкова Е. Я., Бондаре Д. К., Строжа И. Л., Константинова О. А., Букбарде И. Сывороточный ферритин в диагностике железодефицитных состояний // Гематология и трансфузиология. 2003. Т. 48, № 2. С. 36—40.
8. Пивник А. В., Подберезин М. М., Кременецкая А. М. Клинико-гематологическая характеристика различных форм анемий // Гематология и трансфузиология. 2000. Т. 45, № 2. С. 3—7.
9. Тарасова И. С., Чернов В. М., Красильникова М. В., Айвазова Д. Х., Карамян Н. А., Казанец Е. Г., Ковригина Е. С., Кузнецова Ю. В., Мазова А. В., Грачева Л. А., Сметанина Н. С., Чечельницкая С. М., Румянцев А. Г. Железодефицитные состояния у подростков: частотные характеристики, клинические проявления и возможные причины // Гематология и трансфузиология. 2006. Т. 51, № 3. С. 32—37.
10. Щербинина С. П., Романова Е. А., Левина А. А., Мамукова Ю. И., Цибульская М. М. Диагностическое значение комплексного исследования показателей метаболизма железа в клинической практике // Гематология и трансфузиология. 2005. Т. 50, № 5. С. 23—28.
11. Canals C., Remacha A. F., Sarda M. P., Piazuelo J. M., Royo M. T., Romero M. A. Clinical utility of the new Sysmex XE 2100 parameter-reticulocyte hemoglobin equivalent — in the diagnosis of anemia // Haematologica. 2005. Vol. 90. № 8. P. 1133—1134.
12. Kickler T. S., Borowitz M. J., Thompson R. E., Charintranont N., Law R. RET-Y a measure of reticulocyte size: a sensitive indicator of iron deficiency anemia // Clinical and Laboratory Haematology. 2004. Vol. 26. № 6. P. 423—427.

13. Mast A. E., Blinder M. A., Dietzen D. J. Reticulocyte hemoglobin content // Am J Hematol. 2008. Vol. 83, № 4. P. 307—310.
14. Weiss G., Lawrennce T., Goodnough L. T. Anemia of chronic disease // New England Journal of Medicine. 2005. Vol. 352. № 10. P. 1011—1023.

BARANOVSKAYA I. B., ONISHCHUK S. A.

USE OF THE LIKELIHOOD APPROACH FOR SCREENING DIAGNOSTICS OF ANEMIC CONDITIONS

Probabilistic approach were applied to the screening diagnosis of iron-deficiency anemia, latent iron deficiency, B₁₂-deficiency anemia, microcytic and normocytic anemia of chronic diseases and macrocytic anemia without deficiency of vitamin B₁₂. Distribution in investigated groups of the some reticulocytic and erythrocytic parameters of hemogram was analyzed. Model construction is described in detail. The model's performance was evaluated with actual case data. It was successful in correctly classifying 87,7% of 238 documented cases of anemia and 179 of nonanemic individuals. It was exhibit sufficient accuracy for it to be considered for use reporting screening anemic conditions diagnosis on hematology.

A better performance of the probabilistic approach must be confirmed through prospective testing on a larger data set.

Л. А. БИРЮКОВА

ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ДЕПРЕССИИ

*Кафедра госпитальной терапии с курсом функциональной диагностики
ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»*

Воздействие депрессии на сердечно-сосудистую систему имеет не прямые (поведенческие) эффекты. Это влияние реализуется через изменения поведения больных, страдающих депрессией. Такие пациенты не только не бросают курить, но начинают курить более интенсивно. Они склонны к злоупотреблению алкоголем. Пациентов, страдающих депрессией, отличает низкая комплаентность (приверженность к лечению, согласие с назначениями врача, готовность к сотрудничеству), что создает дополнительные сложности для адекватной терапии. Больные сердечно-сосудистыми заболеваниями с депрессивными расстройствами не всегда выполняют врачебные рекомендации по соблюдению режима питания, физической активности, медикаментозной терапии, рекомендованной кардиологом. У этой категории больных затруднено проведение реабилитации и мероприятий по вторичной профилактике. Депрессивный фон настроения, пренебрежение собой, невнимание к своему здоровью могут привести к обострению уже имеющегося заболевания или способствовать развитию нового [1, 4].

Важный, но недостаточно изученный медико-социальный аспект ИБС — психосоциальная приспособляемость больных, которая обусловлена тремя компонентами: 1) способностью и умением организма справляться с социальными условиями; 2) мотивацией в отношении приспособления к условиям окружающей среды; 3) возможностью или способностью поддерживать психическое равновесие. Стратегии преодоления болезни (копинг-стратегии) оказывают влияние на сотрудничество в лечении. Промедление в начале лечения или игнорирование критических симптомов может способствовать ухудшению течения болезни [3].

Логично предположить, что при редукции депрессивных симптомов можно улучшить медико-социальные факторы приверженности к лечению.

Цель исследования — у больных ИБС с депрессией изучить медико-социальные факторы приверженности к лечению и влияние на нее рациональной психотерапии и психофармакотерапии.

Материалы и методы

Были обследованы 110 больных ИБС мужчин в возрасте от 38 до 64 лет (средний возраст $54,3 \pm 1,23$ года), находившихся на лечении в кардиологических отделениях НУЗ МСЧ «Астраханьгазпром» и ГКБ № 4 в 2003—2006 годы. В исследование включали больных со стабильным течением заболевания на протяжении предшествующего месяца. Диагноз ставился на основании анализа жалоб, анамнестических данных, объективного исследования, электрокардиографии, суточного холтеровского мониторирования ЭКГ. Диагностика различных форм ИБС осуществлялась с использованием классификации экспертов ВОЗ и ВКНЦ АМН. Все больные получали стандартную антиангинальную терапию (нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальция), аспирин и рациональную психотерапию, которая преследовала две цели. Первая цель состояла в том, чтобы снять или уменьшить невротические нарушения. Это, в свою очередь, создавало важнейшее условие для проведения длительной, по существу пожизненной, терапии ИБС. Вторая цель — добиться от больного согласия изменить не только свои привычки, но и весь стиль жизни, вырабатывать новый жизненный уклад с позитивными мотивациями в этом направлении. Рациональная психотерапия проводилась 1 раз в неделю по 1 часу в виде беседы (или прослушивания лекции) врача, обсуждения предложенной темы, выяснения успехов и неудач в индивидуальной борьбе с факторами риска, обмена личным опытом. В качестве компонента психофармакотерапии антидепрессант азафен назначался внутрь (после еды) в дозе 0,025—0,05 г (25—50 мг). Затем дозу постепенно увеличивали на 25—50 мг в сутки (в 3—4 приема). Средняя терапевтическая доза составляла 0,15—0,2 г в сутки. При необходимости увеличивали суточную дозу до 0,4 г. Курс лечения продолжался 1—1,5 месяца. По достижении терапевтического эффекта дозы постепенно снижали и переходили на поддерживающую терапию с 45-го дня (25—75 мг в сутки) и продолжали до 6 месяцев.

У 31 больного выявлена депрессивная симптоматика, удовлетворяющая диагностическим критериям МКБ-10 для легких и умеренно выраженных депрессивных расстройств (депрессивный эпизод F 32.0, F 32.1, рекуррентное депрессивное расстройство — F 33.0, F 33.1), которые нуждались в терапии. Эти больные дали информированное согласие на участие в исследовании. Больных с признаками тяжелой психической патологии (тяжелые депрессивные состояния — F 32.2, F 32.3, шизофрения F 20, хронические бредовые расстройства — F 22, острые бредовые расстройства F 23) среди обследованных нами больных не было.

Развитию ИБС предшествовали подъемы артериального давления, которые были связаны вначале с психотравмирующими ситуациями. Стрессы в изученных случаях отнесены к лично-значимым, что обуславливало их большое влияние на сердечно-сосудистую систему. Постепенно сформировались определенная сенсibilизация к психотравмам, ранимость, что приводило не только к усилению депрессивных реакций, но и более стабильному повышению артериального давления, приступам стенокардии. Большая продолжительность депрессий была не только следствием повышенной ранимости, но и реакцией на сердечно-сосудистую патологию, физическое недомогание (что тоже создавало стрессовую ситуацию). Все это вносило определенные ограничения в профессио-

нальную и бытовую деятельность, ухудшало качество жизни в целом. Кроме того, имели место большая доля наследственной отягощенности по сердечно-сосудистой патологии у родственников первой и второй линий родства.

Следовательно, был сформирован определенный замкнутый круг: психотравмирующие ситуации, личностные особенности, генетическая предрасположенность приводили к сердечно-сосудистой патологии и способствовали снижению настроению; в дальнейшем кардиоваскулярные нарушения усугубляли депрессию, то есть начинали проявлять себя соматопсихические расстройства, нозогении. Депрессивные состояния ухудшали течение ИБС.

В качестве хронических психотравм, способствующих развитию ИБС и депрессии, больные называли: неудовлетворенность семейными отношениями (9 человек — 29,13%), снижение материального достатка (4—12,9%), вынужденное одиночество (2—6,4%), неприятия на работе (4—12,9%), конфликтные взаимоотношения с детьми (2—6,4%), совокупность факторов (10—32,2%).

Больных с депрессивной симптоматикой мы разделили на 2 группы: 1-я группа (12 больных), с которыми на фоне антиангинальной терапии проводилась рациональная психотерапия, и 2-я группа (15 больных), в которой к лечению добавляли азафен (комбинированное лечение). Сравнимые группы были однородны по форме выраженности депрессивного состояния, варианту течения и длительности заболевания.

Динамика состояния пациентов регистрировалась в ходе 5 визитов: визит 1 — стартовая оценка, визиты 2 и 3 — оценка состояния через 1 и 2 недели, визит 4 проводился с 2-недельным интервалом, завершающий 5-й визит — после 6 недель терапии. При каждом визите оценивали клиническое состояние, уровень депрессии. При первом визите и завершающем оценивали уровень депрессивной симптоматики, изучали копинг-стратегии и медико-социальные факторы приверженности к лечению.

Для выявления депрессии использовали тест Бека [5], копинг-поведение изучали с помощью методики Хайма [3], медико-социальные факторы приверженности к лечению определяли по методике С. В. Давыдова [2].

Статистическая обработка данных исследования проводилась с помощью компьютерной программы Statistica v.6.0. Достоверность различий относительных величин определяли с помощью критерия t-Стьюдента. За статистическую достоверность различий принималось значение $p < 0,05$.

Результаты

К моменту обследования у пациентов изучаемых групп имели место легкие и умеренные депрессии, продолжавшиеся от 2 до 5 недель (в среднем $21,3 \pm 0,3$ дня). Они были представлены подавленным настроением, плаксивостью, снижением аппетита и либидо, нарушением сна, андегонией. Несмотря на отрицание суицидальных мыслей, у большинства из них наблюдались антивитаальные переживания.

В связи с поставленной целью мы изучили медико-социальные факторы приверженности к лечению в зависимости от наличия и отсутствия депрессии, результаты представлены в таблице 1.

Фактор финансовой готовности оплачивать лечение характеризует готовность индивидуума выделять из личного дохода (бюджета семьи и т. д.) определенные суммы денег на приобретение официальных лекарственных препаратов и поэтому позволяет судить о том, какое место в совокупности его приоритетов занимает необходимость лечиться (традиционными формами и средствами). Достоверных различий по финансовой готовности оплачивать лечение выявлено не было.

Пациенты с депрессией демонстрировали более низкую степень соответствия их взглядов общепринятым (преобладали достоверно негативные ответы), что свидетельствует о более низкой степени адаптированности.

По фактору медико-социальная информированность между группами выявлены достоверные различия. Пациенты с депрессией показали низкую степень представлений о современных медико-социальных проблемах, а также степень значимости для пациента общепринятых взглядов на возможные пути решения.

Склонность к самолечению клинически не апробированными методами лечения достоверно чаще демонстрировали пациенты с депрессией.

Для пациентов с депрессией характерны недостаточная адекватность межличностных контактов, склон-

ность в той или иной степени не соглашаться и не принимать общепринятые взгляды на решение различных медико-социальных проблем, а также характерна более высокая степень несоответствия их взглядов общепринятым, что свидетельствует о более высокой степени дистанцированности и закономерно более низкой степени адаптированности.

При оценке доверия терапевтической стратегии лечащего врача выявлено преобладание процента негативных ответов при наличии депрессии.

Фактор результативности терапии заключается в удовлетворенности, неудовлетворенности или индифферентном восприятии итогов, содержания и качества традиционных мероприятий, а также состояния здоровья на момент обследования. Пациентов с депрессией характеризует низкая готовность следовать общепринятым терапевтическим стратегиям в зависимости от степени соответствия полученных результатов проводимого или уже проведенного лечения.

Таким образом, при депрессии на фоне неудовлетворенности результатами терапии преобладают негативные факторы комплайенса, значимо снижая показатель приверженности к лечению.

Наличие отрицательных ранее представленных факторов комплайенса можно объяснить преоблада-

Таблица 1

Медико-социальные факторы комплайенса у пациентов ИБС с депрессивной симптоматикой (в абсолютных числах/%)

Факторы комплайенса	Знак фактора	С депрессией (n=31)	Без депрессии (n=79)
1. Финансовая готовность	Негативный	13/41,93	23/29,11
	Позитивный	9/29,03	40/50,63
	Нейтральный	9/29,03	16/20,25
2. Медико-социальная адаптированность	Негативный	16/51,61*	10/12,65
	Позитивный	7/22,58	37/46,83*
	Нейтральный	8/25,80	32/40,50
3. Медико-социальная информированность	Негативный	15/48,38*	9/11,39
	Позитивный	7/22,58	39/49,36*
	Нейтральный	9/22,04	31/39,24
4. Склонность к самолечению	Негативный	15/48,38*	11/13,92
	Позитивный	5/16,13	43/54,43*
	Нейтральный	11/35,41	25/31,64
5. Медико-социальная коммуникативность	Негативный	19/61,29*	9/11,39
	Позитивный	4/12,90	38/48,10
	Нейтральный	8/25,81	32/40,50
6. Режим назначенной терапии	Негативный	13/44,93*	14/16,45
	Позитивный	7/22,58	30/37,97
	Нейтральный	11/35,48	35/44,30
7. Медико-социальная дистанцированность	Негативный	25/80,64*	10/12,65
	Позитивный	2/6,4	46/58,22*
	Нейтральный	4/12,90	23/29,11
8. Доверие к терапевтической стратегии лечащего врача	Негативный	17/54,38*	13/16,45
	Позитивный	8/25,81	35/44,31
	Нейтральный	6/19,35	31/39,24
9. Результативность проводимой терапии	Негативный	21/67,74	12/15,19
	Позитивный	4/12,91	47/59,49
	Нейтральный	6/19,35	10/12,65

Примечание: * — достоверность между относительными величинами в группах с депрессией и без нее.

**Копинг–стратегии в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах
в зависимости от наличия депрессии (группа А) и отсутствия депрессии
(группа Б) в абсолютных числах/%**

Копинг-механизмы	Адаптивные		Относительно адаптивные		Деадаптивные	
	Группа А	Группа Б	Группа А	Группа Б	Группа А	Группа Б
Когнитивные	4/12,9	38/48,1*	8/25,8	29/36,7	19/61,3	12/15,2^
Эмоциональные	5/16,1	35/44,3*	10/32,3	32/40,5	16/51,6	12/15,2^
Поведенческие	5/16,1	30/37,9*	7/22,6	34/43,2**	20/64,5	15/18,9^

Примечание: * — различия достоверны между группами с депрессией и без нее по адаптивным копинг-механизмам;

** — различия достоверны между группами с депрессией и без нее по относительно адаптивным копинг-механизмам;

^ — различия достоверны между группами с депрессией и без нее по деадаптивным копинг-механизмам.

**Медико-социальные факторы комплайенса у больных ИБС с депрессивной
симптоматикой на фоне рациональной психотерапии
и комбинированного лечения**

Факторы комплайенса	Знак фактора	Рациональная психотерапия (n=12)		Рациональная психотерапия + азафен (n=15)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1. Финансовая готовность	Негативный	5/41,66	4/33,33	8/53,33	5/30,33
	Позитивный	4/33,33	4/33,33	3/20	5/30,33
	Нейтральный	3/25	4/33,33	4/26,66	5/30,33
2. Медико-социальная адаптированность	Негативный	8/66,66	5/41,66	7/46,66	2/13,33**
	Позитивный	2/16,66	3/25	4/26,66	7/46,66
	Нейтральный	2/16,66	4/33,33	4/26,66	7/46,66
3. Медико-социальная информированность	Негативный	7/58,3	2/16,66*	8/53,33	1/ 6,66**
	Позитивный	2/16,66	3/25	3/20	6/40
	Нейтральный	3/25	7/ 58,3	4/26,66	8/53,33
4. Склонность к самолечению	Негативный	8/66,66	5/41,66	7/46,66	4/26,66
	Позитивный	2/16,66	3/25	3/20	5/30,33
	Нейтральный	2/16,66	4/33,33	5/30,33	6/40
5. Медико-социальная коммуникативность	Негативный	8/66,66	3/ 25*	11/73,33	4/26,66**
	Позитивный	2/16,66	3/25	2/13,33	6/40**
	Нейтральный	2/16,66	6/50*	3/20	5/30,33
6. Режим назначенной терапии	Негативный	6/50	5/41,66	5/30,33	3/20
	Позитивный	3/25	3/25	4/26,66	6/40
	Нейтральный	3/25	4/33,33	6/40	6/40
7. Медико-социальная дистанцированность	Негативный	9/75	3/ 25*	12/80	5/30,33**
	Позитивный	1/8,33	2/16,66	1/6,66	5/30,33**
	Нейтральный	2/16,66	7/58,33*	2/13,33	5/30,33
8. Доверие к терапевтической стратегии лечащего врача	Негативный	8/66,66	5/41,66	9/60	4/26,66**
	Позитивный	3/25	5/41,66	4/26,66	7/46,66
	Нейтральный	1/8,33	2/16,66	2/13,33	4/26,66
9. Результативность проводимой терапии	Негативный	9/75	5/41,66	11/73,33	5/30,33**
	Позитивный	2/16,66	5/41,66	2/13,33	4/26,66
	Нейтральный	1/8,33	2/16,66	2/13,33	6/40**

Примечание: * — показатель достоверности между сравниваемыми величинами в группах до и после лечения при рациональной психотерапии;

** — показатель достоверности до и после лечения на фоне комбинированного лечения.

нием дезадаптивных когнитивных, эмоциональных и поведенческих копинг-стратегий у пациентов с депрессией. Под копингом подразумевается преодоление жизненного кризиса. В большинстве случаев пациенты с депрессивной симптоматикой использовали дезадаптивные когнитивные копинг-стратегии (табл. 2), такие как растерянность, диссимуляция, игнорирование — пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы, умышленной недооценки неприятностей. Среди поведенческих копинг-стратегий преобладали дезадаптивные: активное избегание, отступление — поведение, предполагающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляцию, стремление уйти от активных интерперсональных контактов, отказ от решения проблем.

Показатели медико-социальных факторов комплайенса у больных ИБС с депрессивной симптоматикой до и после окончания лечения в течение 1,5 месяца в группах, получавших рациональную психотерапию и комбинированное лечение, представлены в таблице 3.

После проведения стандартного лечения и рациональной психотерапии отмечается недостоверное уменьшение процента негативных ответов, характеризующих медико-социальную адаптированность пациентов. На фоне комбинированной терапии с азафеном отмечается достоверное уменьшение процента негативных ответов, характеризующих медико-социальную адаптированность, информированность, за счет недостоверного увеличения процента позитивных и нейтральных ответов.

При рациональной психотерапии и комбинированном лечении выявлено недостоверное уменьшение процента пациентов, склонных к самолечению клинически не апробированными методами лечения.

При комбинированном лечении отмечается достоверное снижение процента негативных ответов, отражающих недостаточную медико-социальную коммуникативность, наличие медико-социальной дистанцированности за счет достоверного увеличения позитивных ответов. При рациональной терапии — за счет достоверного увеличения процента нейтральных ответов.

На фоне снижения депрессивной симптоматики и формирования у пациента позитивного отношения к лечению наблюдалось формирование конструктивных копинг-стратегий (имеются тенденция к снижению дезадаптивных копинг-стратегий и достоверное увеличение относительно адаптивных). Среди когнитивных копинг-

стратегий появились такие, как проблемный анализ и сохранение самообладания, а также когнитивные копинг-стратегии, направленные на оценку трудностей в сравнении с другими. Среди поведенческих копинг-стратегий появились относительно адаптивные стратегии, характеризующиеся стремлением к решению проблем, погружением в любимое дело.

Поступила 30.04.2008

Выводы

Использование антидепрессанта азафен на фоне проведения рациональной психотерапии улучшает межличностные отношения и медико-социальную адаптацию, информированность, уменьшает медико-социальную дистанцированность, способствует повышению приверженности больных к медикаментозному лечению в большей степени, чем только одна рациональная психотерапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васюк Ю. А., Довженко Т. В. Диагностика и лечение депрессий при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. М., 2006. С. 58.
2. Давыдов С. В. Артериальная гипертония — медико-демографическая ситуация: приверженность к лечению и качество жизни: Дис. канд. мед. наук. Казань, 2004. 324 с.
3. Змановская Е. В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения): Учебное пособие для студентов высших учебных заведений М.: Академия, 2006, 3-е изд., испр. и доп (Саратов: Саратовский полиграфический комбинат). 288 с.
4. Погосова Г. В. Депрессия — новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология. 2002, № 4. С. 86—91.
5. Beck A. T. Beck depression inventory. In: Cognitive Therapy of Depression (Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F.). New York, 1979.

L. A. BIRYUKOVA

POSSIBILITY OF INCREASING TO TREATMENT COMPLIANCE OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE ON BACKGROUND OF DEPRESSION

Combined using medical treatments and psychotherapy of patients with coronary heart disease on background of depression render the more expressing influence, in particular perfects the interpersonal relations, physician-social adaptation, raises of treatment compliance.