

6. Осипова, И.В. Депрессивные нарушения у пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью / И.В. Осипова, Н.В. Погосова, Я.В. Соколова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – Т.6, № 6. – С. 34-39.

Сведения об авторах

А.В. Зырянов – студент

А.Г. Сандакова* – студент

М.А. Гренадерова – ассистент кафедры

М.А. Шамбатов – ассистент кафедры

Н.В. Изможерова – доктор медицинских наук, профессор

Information about the authors

A.V. Zyryanov – student

A.G. Sandakova* – student

M.A. Grenaderova - Assistant of the Department

M.A. Shambatov - Assistant of the Department

N.V. Izmozherova – Doctor of Science (Medicine), Professor

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

Annn59396@gmail.com

УДК 616.89-008

ОЦЕНКА ОБОСНОВАННОСТИ РУТИННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКАЛ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО ФОНА ПАЦИЕНТОВ НА ПРИЁМЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Елена Сергеевна Приезжева, Кейси Муссаевна Хамхоева, Юлия Александровна
Стяжкина, Ирина Фёдоровна Гришина

Кафедра поликлинической терапии, ультразвуковой и функциональной
диагностики

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Депрессия и тревога являются наиболее часто встречаемыми патологическими эмоциональными состояниями среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью, при этом сохраняется гиподиагностика этих состояний. **Цель исследования** – оценка распространенности и анализ осведомленности врачей участковых терапевтов в отношении тревожно-депрессивных расстройств у пациентов на амбулаторном приеме. **Материал и методы.** Двухэтапное анкетирование на базе одной из поликлиник г. Екатеринбурга. Первый этап анкетирование пациентов по универсальной шкале HADS, а также качества жизни по опроснику SF-36. На следующем этапе респондентами выступали участковые терапевты, которые отвечали на вопросы разработанной анкеты, направленной на определение субъективной оценки уровня тревожности пациентов амбулаторно - поликлинического участка. **Результаты.** Среди пациентов средние уровни тревоги и депрессии по шкале HADS были выше порогового значения нормы.

Повышенный уровень тревоги отмечался у 64,3%, депрессии – 51,4%. Среднее значение физического компонента здоровья составляло 47,6%, а психического – 25,2%. В ходе анкетирования специалистов первичного звена был недооценён текущий уровень распространённости тревожно-депрессивных расстройств. Также специалистами первичного звена диагностические шкалы для определения уровней тревоги и депрессии не используются в силу временных ограничений приёма. **Выводы.** Превышение пороговых уровней тревоги и депрессии отмечалось у 45,7% больных. Выраженность тревоги оказалась выше среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В среднем, врачи-терапевты определяли уровень тревоги у пациентов в 18,6% случаях от общего числа обращений, а депрессии – в 15,6%. С целью своевременной диагностики тревожно-депрессивных расстройств необходимо внедрение практики доприёмного заполнения пациентом соответствующих диагностических анкет. **Ключевые слова:** тревога, депрессия, диагностика, качество жизни.

ASSESSMENT OF THE SUSTAINABILITY OF THE ROUTINE USE OF SCALES FOR ASSESSING THE ANXIETY AND DEPRESSION BACKGROUND OF PATIENTS AT THE RECEPTION OF A THERAPIST

Elena S. Priezzheva, Keisy M. Khamkhoeva, Julia A. Styazhkina, Irina F. Grishina
Department of Polyclinic Therapy, Ultrasound and Functional Diagnostics
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Depression and anxiety are the most common pathological emotional states among patients seeking medical help, while underdiagnosis of these conditions remains. **The purpose of the study** is to evaluation of the prevalence and analysis of the awareness of general practitioners regarding anxiety and depressive disorders in patients. **Material and methods.** Two-stage survey on the basis of one of the outpatient clinics in Yekaterinburg. The first stage was the questioning of patients according to the universal HADS scale, as well as the quality of life according to the SF-36 questionnaire. At the next stage, the respondents were therapists who answered the questions of the developed questionnaire purposeed at determining the subjective assessment of the anxiety level of patients in the outpatient clinic. **Results.** Among the patients, the average levels of anxiety and depression on the HADS scale were above the threshold value of the norm. An increased level of anxiety was observed in 64.3%, depression - 51.4%. The average value of the physical component of health was 47.6%, and the mental component was 25.2%. The survey of therapists underestimated the current prevalence of anxiety-depressive disorders. It has also been found that therapists do not use diagnostic scales to determine levels of anxiety and depression due to time restrictions on admission. **Conclusions.** Exceeding the threshold levels on both scales was observed in 45.7% of patients. The severity of anxiety was higher among patients with cardiovascular disease. On average, therapists determined the level of anxiety in patients in 18.6% of cases of the total number of visits, and depression - in 15.6%. In order to diagnose anxiety and

depressive disorders in a timely manner, it is necessary to introduce the practice of pre-admission filling out such diagnostic questionnaires by the patient.

Keywords: anxiety, depression, diagnostics, quality of life.

ВВЕДЕНИЕ

Депрессия и тревога являются наиболее часто встречаемыми патологическими эмоциональными состояниями как в популяции в целом, так и среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью [1]. Сложности выявления для врачей терапевтов скрытых форм психопатологии, а также убежденность пациентов в наличии у них соматического заболевания и нежелание признавать наличие нарушений психологического реагирования определяют сложности выявления и лечения подобных пациентов, имеющих различные соматические симптомы [1, 2].

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (с англ. Hospital Anxiety and Depression Scale, сокр. HADS, далее – HADS), разработанная A. S. Zigmond и R. P. Snaith в 1983 г., относится к опросникам для выявления тревоги и депрессии у широкого круга пациентов, в том числе в общемедицинской сети. Легкость в применении позволяет использовать шкалу в качестве скрининга [3]. Немаловажное значение имеют данные о том, как пациент самостоятельно оценивает состояние своего здоровья. Существует неспецифический опросник для оценки качества жизни пациента, краткая форма, из 36 вопросов (англ. The Short Form-36, сокр. SF-36, далее – SF-36). Его преимуществами являются возможность применения при любых заболеваниях, более комплексная оценка вопроса (физические, социальные и психологические нарушения) [4].

Актуальность данной работы заключается в том, что среди пациентов, обращающихся к врачу, достаточно часто имеются скрытые нарушения психологического реагирования и своевременная диагностика таких состояний позволит не только повысить качество оказания медицинской помощи, но и способно положительно повлиять на различные сферы социальной жизни пациента.

Цель исследования – оценка распространенности и анализ осведомленности врачей участковых терапевтов в отношении тревожно-депрессивных расстройств у пациентов на амбулаторном приеме.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В первом этапе исследования приняли участие 70 пациентов, обратившихся на амбулаторный прием. Из них 59 участников женского пола и 11 – мужского. В ходе интервального биномиального оценивания группы мужчин и женщин оказались сопоставимыми по доле интервалов – совокупность женщин в исследуемой выборке была достоверно больше, чем мужчин ($p=0,00$). Средний возраст респондентов составил $52,1 \pm 11,1$ лет.

Исследование проводилось на базе ГАУЗ СО «ГКБ № 14 города Екатеринбург» в первом квартале 2023 года в два этапа. Первый этап представлял собой определение уровня тревожности и депрессии пациентов амбулаторных участков с помощью анкетирования по универсальным шкалам HADS и SF-36. На следующем этапе респондентами выступали участковые

терапевты, которые отвечали на вопросы разработанной анкеты, направленной на определение субъективной оценки уровня тревожности пациентов амбулаторно - поликлинического участка. Определялись частота использования врачами универсальных шкал по оценке уровня тревожно-депрессивного фона в условиях реальной клинической практики, а также частота направления данных пациентов к профильным специалистам.

Критерии включения в исследование – пациенты, обращающиеся к врачу терапевту поликлиники, наличие добровольного согласия пациента на участие в исследовании; участковые терапевты, работающие в поликлинике. Имеющиеся согласие со стороны администрации учреждения с условием сохранения конфиденциальности полученных данных. Ответы на вопросы опросника собраны на бумажных носителях.

Статистический анализ проводили с помощью пакета программ IBM SPSS v.26. При анализе количественных величин при распределении, отличном от нормального, использован критерий Манна-Уитни, Уилкоксона; результаты представлены в виде медианы с интерквартильным размахом в виде 25 и 75 перцентилей. За порог статистической значимости различий переменных принимали $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенного исследования установлено, что средний уровень тревоги по шкале HADS среди обследуемых пациентов оказался выше порогового значения нормы и составлял 9 (7÷11) баллов. Всего повышенный уровень тревоги отмечался у 64,3% пациентов исследуемой выборки: из них 37,4% пациентов имели субклинический уровень тревожности, 27,1% клинический уровень. Средние значения уровня депрессии респондентов составляли 8 (6÷9) баллов, что соответствует субклинически выраженной депрессии, а доля пациентов с диагностическим баллом по шкале депрессии составила 51,4%. Обращает на себя внимание и тот факт, что превышение порогового уровня по обеим шкалам тревоги и депрессии было отмечено в 45,7% случаев. При этом в 7,1% случаев ($n=5$) исследуемой популяции была диагностирована клинически выраженная тревога/депрессия.

Параллельно с анкетированием по шкале HADS была проведена оценка качества жизни пациентов по шкале SF-36. Среднее значение физического компонента здоровья составляло 47,6% (43,0÷54,1) и имело слабую обратную корреляцию с возрастом пациента (-0,301, $p < 0,05$). Психический компонент здоровья в исследуемой популяции составлял 25,2% (22,3÷26,9) и имел умеренную обратную зависимость от показателей тревоги (-0,510, $p < 0,01$) и депрессии (-0,562, $p < 0,01$) шкалы HADS, а также был сопряжен с женским полом (0,330, $p < 0,01$).

На втором этапе была оценена структура поводов обращений исследуемых пациентов к врачам терапевтам. Подавляющее число обращений было по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (далее – ССЗ) и заболеваний дыхательной системы (далее – ЗДС).

Средний уровень тревоги у пациентов с обращением по поводу ССЗ был значимо больше, в сравнении с пациентами с ЗДС (9 (7÷11) против 8 (5÷9)

соответственно, $p = 0,041$). При этом мы не выявили различий в частоте депрессии у пациентов с вышеуказанной патологией.

На третьем этапе исследования было учтено мнение 7 врачей общей практики и терапевтов (средний возраст $29,2 \pm 4,1$ лет, средний стаж работы в $4,0 \pm 3,0$ года). В среднем специалисты определили уровень тревоги пациентов в 18,6% от общего числа обращений, а депрессии в 15,6%. Абсолютное число специалистов не используют на приеме шкалы для оценки тревожно-депрессивного уровня и качества жизни. О взаимосвязи соматического и психического компонентов здоровья большинство врачей осведомлены (71,1%). При этом 71,1% врачей в редких случаях рекомендуют пациентам обратиться к специалистам психотерапевтам, однако около трети врачей – (28,6%) не считают нужным направлять пациентов к специалисту.

ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам настоящего исследования доля пациентов с превышением порогового уровня тревоги и депрессии составила 45,7% случаев, а клинически выраженная тревога-депрессия наблюдалась в 7,1% случаев. Это согласуется с данными крупных отечественных исследований (КОМПАС, ПАРУС), где расстройства аффективного спектра встречаются у 45,2% амбулаторных и 48,3% госпитализированных больных. При этом зарегистрирован значимо более высокий балл тревоги у пациентов женского пола (балл тревоги у мужчин $4 (3 \div 11)$ в сравнении с женщинами $9 (7 \div 10)$, $p = 0,00$), что находит подтверждение в научных трудах S. Khullar и соавт. (2016).

При анализе показателей шкалы SF-36 было отмечено, что в среднем пациенты имели низкие показатели физического 47,6% ($43,0 \div 54,1$) и психического 25,2% ($22,3 \div 26,9$) компонентов здоровья. При этом чем больше был показатель тревоги и депрессии по шкале HADS, тем меньше был показатель психического компонента по шкале SF-36 ($p < 0,01$). Такие корреляционные отношения свидетельствовали о согласованности полученных результатов и усиливали их значимость для диагностики.

Полученные невысокие показатели физического компонента здоровья определили целесообразность исследования поводов обращения за медицинской помощью. Выявлено, что подавляющее большинство пациентов обращалось по поводу ССЗ и ЗДС. При сравнительном анализе показателей тревоги-депрессии у пациентов этих групп уровень тревоги у пациентов с ССЗ значимо превышал таковой в группе ЗДС ($9 (7 \div 11)$ против $8 (5 \div 9)$, $p = 0,041$), при этом не было выявлено различий в частоте депрессии между пациентами сравниваемых групп. Выявленные различия в частоте имеющийся тревожности у пациентов наблюдения могут быть обусловлены долей острых респираторных заболеваний в группе пациентов с ЗДС, в то время как пациенты с ССЗ в основном имеют хроническое течение болезни, что может обуславливать у них более высокую частоту тревожности.

Анализ обратной связи врачей по оценке тревожно-депрессивных расстройств среди пациентов амбулаторного звена показал низкий по мнению врачей уровень этих расстройств. В среднем специалисты определяли уровень тревоги пациентов в 18,6% от общего числа обращений, а депрессии в 15,6%.

Такое несоответствие фактических показателей тревоги/депрессии (45,7%) среди пациентов и ожидаемое врачами участковыми терапевтами может приводить к недооценке жалоб и в конечном итоге к гиподиагностике исследуемых состояний психики. При этом о имеющейся взаимосвязи соматического и психического компонентов здоровья большинство врачей осведомлены (71,1%), однако скрининговые шкалы не используются в абсолютном большинстве. Такой парадокс может быть обусловлен, прежде всего, нехваткой времени на амбулаторном приеме (100% респондентов).

Таким образом, расстройства психоэмоциональной сферы являются факторами риска развития ССЗ и ЗДС. Наличие таких симптомов, как затрудненное дыхание, периодически возникающее чувство удушья или боль в грудной клетке, побуждает больных обращаться к специалистам первичного звена. Текущее соматическое состояние может усиливаться за счёт высокого тревожно-депрессивного компонента психики и наоборот, формируя при этом порочный круг. Для разрыва взаимосвязей необходим рутинный скрининг пациентов на предмет наличия тревожно-депрессивных расстройств. Несмотря на высокую осведомлённость врачей о взаимосвязи соматического и психического компонентов здоровья, многие не используют их на приёме в силу нехватки времени. В этой связи возможно создание интеллектуальной системы для прохождения диагностических опросников HADS и SF-36 пациентами на доприёмном этапе, так как одним из преимуществ выбранных шкал является возможность самостоятельного заполнения. Используя такой метод диагностики, решается проблема с нехваткой времени на поликлиническом приёме у врачей первичного звена, и повышается качество оказания медицинской помощи в силу адекватной диагностики и назначения соответствующей терапии.

ВЫВОДЫ

1. Повышенный уровень тревожности выявлен у 64,3% пациентов, депрессии - в 51,4% случаев. Высокие уровни тревоги и депрессии ассоциировались с женским полом и тесно отрицательно коррелировали с психическим компонентом здоровья по SF-36.

2. Среди пациентов с ССЗ и ЗДС выраженность тревоги оказалась выше у пациентов с ССЗ (9 (7÷11)), что сочеталось с худшими показателями физического компонента здоровья.

3. В среднем врачи-терапевты диагностировали наличие тревожности в 18,6% случаев от общего числа обращений, а депрессии в – 15,6%.

4. Необходимо внедрение практики доприёмного заполнения пациентом таких диагностических анкет.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р.Г. Оганов, Л.И. Ольбинская, А.Б. Смулевич [и др.] // Кардиология. – 2004. – № 9. – С.1–8.

2. Воробьева, О.В. ОТЧЕТ о проведении научно–исследовательской работы на тему «Оптимизация алгоритма диагностики и ведения пациентов с

психовегетативным синдромом» / О.В. Воробьева, Е.С. Акарачкова // Первый МГМУ им. Сеченова. Москва. – 2011. – С. 21.

3. Zigmond A.S. The Hospital Anxiety and Depression Scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1983. – № 67. – P. 361–370.

4. Deriving a preference based single index measure from the SF-36 / J. Brazier, T. Usherwood, R. Harper, K. Thomas // Journal of Clinical Epidemiology. – 1998. – № 51. – P. 1115 – 28.

Сведения об авторах

Е.С. Приезжева – студент

К.М. Хамхоева – студент

Ю.А. Стяжкина – ассистент кафедры

И.Ф. Гришина – доктор медицинских наук, профессор

Information about the authors

E.S. Priezzheva* – student

K.M. Khamkhoeva – student

J.A. Styazhkina – department assistant

I.F. Grishina – Doctor of Science (Medicine), Professor

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

elena_priezjeva@mail.ru

УДК 615.03

ОЦЕНКА ПОЛИМОРБИДНОСТИ, АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ, ФУНКЦИИ ПОЧЕК И ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ РАССТРОЙСТВ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Элина Ринатовна Бикбулатова¹, Анна Валерьевна Цыневская¹, Анна Владимировна Уланова¹, Алёна Владимировна Коровина¹, Мураз Акбар оглы Шамбатов¹, Виктор Михайлович Бахтин^{1,2}, Надежда Владимировна Изможерова¹

¹Кафедра фармакологии и клинической фармакологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ

²ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Проблема кардиоренальных взаимоотношений является одной из ключевых в кардиологии и нефрологии. **Цель исследования** – оценить различия функций почек и состояния электролитного обмена. **Материал и методы.** Изучены истории болезни 197 пациентов кардиологического профиля в возрасте от 23 до 87 лет, госпитализированных в кардиологическое отделение. Статистическую обработку данных выполняли с использованием пакета программ Jamovi 2.3.21. **Результаты.** Статистически значимых различий в количестве антигипертензивных препаратов у пациентов с высоким и низким уровнем полиморбидности выявлено не было ($p=0,173$). Статически значимых