

УДК 616.12-005.4:616.8-008.64]-02:616.8-009.836
<https://doi.org/10.20538/1682-0363-2024-4-105-110>

Нарушения сна у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с депрессивными расстройствами

Нонка Т.Г.¹, Лебедева Е.В.¹, Репин А.Н.¹, Счастный Е.Д.²

¹ Научно-исследовательский институт (НИИ) кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр (НИМЦ) Российской академии наук
Россия, 634014, г. Томск, ул. Киевская, 111а

² Научно-исследовательский институт (НИИ) психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр (НИМЦ) Российской академии наук
Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4

РЕЗЮМЕ

Цель. Изучить наличие и выраженность инсомнии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с депрессивными расстройствами (ДР).

Материалы и методы. В исследование включены 132 больных с ИБС (со стенокардией напряжения II–III функциональных классов после перенесенного инфаркта миокарда давностью более 6 мес): 58 пациентов с ДР и 74 пациента без ДР. Для диагностики ДР использовалась шкала депрессии Бека (BDI). Диагноз во всех случаях подтверждался при консультации психиатра-психотерапевта. Нарушения сна оценивались при анализе шкалы Шихана (ShARS). Данные представлены в виде $M \pm SD$; n (%); Me [25%; 75%], значимым считалось различие при $p < 0,05$.

Результаты. Нарушение засыпания в общей группе пациентов: нет или клинически не значимы – у 62 пациентов (54,9%), клинически значимые – у 51 пациента (45,1%). Ночные пробуждения в общей группе пациентов: у 66 (58,4%) – нет или клинически незначимые ночные пробуждения, клинически значимые – у 47 (41,6%). Нарушения засыпания и ночные пробуждения были значимо выражены у пациентов ИБС с выявленными ДР в сравнении с больными без расстройств психики: нарушения засыпания 2 [1; 3] vs 1 [0; 2] ($p = 0,0001$), ночные пробуждения 2 [1; 3] vs 1 [0; 2] ($p = 0,00002$) соответственно. В группе ИБС с ДР ($n = 58$) два человека (3,4%) не заполнили шкалу. Среди заполнивших 12 пациентов (21,4%) не имели проблем с засыпанием, 9 (16,1%) – немного, 35 (62,5%) – клинически выраженные нарушения. В группе ИБС без ДР ($n = 74$) 17 человек (23%) не заполнили шкалу. Среди заполнивших ($n = 57$) 21 пациент (36,8%) не имел проблем с засыпанием, 20 (35,1%) имели небольшие нарушения, 16 пациентов (28,1%) имели клинически выраженные нарушения. У больных ИБС в сочетании с ДР и заполнивших ShARS ($n = 56$) 7 (12,5%) не пробуждались ночью, 17 (30,4%) – немного пробуждались, у 32 (57,1%) наблюдались клинически выраженные нарушения поддержания сна. В группе без ДР среди заполнивших шкалу Шихана ($n = 57$) 18 (31,6%) не пробуждались ночью, 24 (42,1%) – немного пробуждались, у 15 (26,4%) отмечались клинически выраженные нарушения поддержания сна. По всем пунктам тестирования отмечены достоверные различия ($p < 0,0005$).

Заключение. У пациентов с хронической коронарной болезнью на фоне ДР выявляются изменения в суточном ритме в виде значительных нарушений засыпания и пробуждений, что может усугубить клиническое течение ИБС и прогноз больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, депрессивные расстройства, инфаркт миокарда, нарушения сна

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

✉ Нонка Татьяна Геннадьевна, tatiananonka@gmail.com

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

Соответствие принципам этики. Информированное согласие было подписано всеми участниками исследования. Исследование одобрено локальным этическим комитетом НИИ кардиологии Томского НИМЦ.

Для цитирования: Нонка Т.Г., Лебедева Е.В., Репин А.Н., Счастный Е.Д. Нарушения сна у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с депрессивными расстройствами. *Бюллетень сибирской медицины*. 2024;23(4):105–110. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2024-4-105-110>.

Sleep disturbances in patients with comorbid coronary heart disease and depression

Nonka T.G.¹, Lebedeva E.V.¹, Repin A.N.¹, Schastnyy E.D.²

¹ Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical Center (NRMС), Russian Academy of Sciences 111a, Kievskaya Str., Tomsk, 634014, Russian Federation

² Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center (NRMС), Russian Academy of Sciences 4, Aleutskaya Str., Tomsk, 634014, Russian Federation

ABSTRACT

Aim. To study the presence and severity of insomnia in patients with comorbid coronary heart disease (CHD) and depressive disorder (DD).

Materials and methods. The study included 132 patients with CHD (class II–III exertional angina after myocardial infarction experienced more than 6 months ago): 58 patients with DD and 74 patients without depression. The Beck Depression Inventory (BDI) was used to diagnose DD. The diagnosis in all cases was confirmed by a therapist. Sleep disturbances were assessed using the Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale (ShAS). The data were presented as $M \pm SD$; n (%); and Me [25%; 75%]. The differences were considered significant at $p < 0.05$.

Results. Insomnia in the general group of patients was registered as follows: none or clinically not significant – in 62 patients (54.9%), clinically significant – in 51 patients (45.1%). Night awakenings in the general group of patients were detected as follows: none or clinically not significant – in 66 patients (58.4%), clinically significant – in 47 patients (41.6%). Disturbances in falling asleep and night awakenings were significantly pronounced in patients with CHD with identified DD compared to patients without mental disorders: disturbances in falling asleep – 2 [1; 3] vs. 1 [0; 2] ($p = 0.0001$), night awakenings – 2 [1; 3] vs. 1 [0; 2] ($p = 0.00002$), respectively. In the group of CHD with DD ($n = 58$), 2 people (3.4%) did not complete the scale. Among those who did, 12 patients (21.4%) had no difficulty falling asleep, 9 patients (16.1%) had little difficulty, and 35 patients (62.5%) had clinically significant disturbances. In the group of CHD without DD ($n = 74$), 17 people (23%) did not complete the scale. Among those who did ($n = 57$), 21 patients (36.8%) had no difficulty falling asleep, 20 patients (35.1%) had little difficulty, and 16 patients (28.1%) had clinically significant problems. In patients with comorbid CHD and DD who completed the ShARS ($n = 56$), 7 patients (12.5%) had no night awakenings, 17 patients (30.4%) had few night awakenings, and 32 patients (57.1%) had clinically significant disturbances in maintaining sleep. In the group without DD, among those who completed the ShARS ($n = 57$), 18 patients (31.6%) had no night awakenings, 24 patients (42.1%) had few night awakenings, and 15 patients (26.4%) had clinically significant disturbances in maintaining sleep. Significant differences were noted for all test questions ($p < 0.0005$).

Conclusion. In patients with comorbid CHD and DD, changes in the circadian rhythm are detected in the form of significant disturbances in falling asleep and awakening, which can aggravate the clinical course of CHD and the prognosis of patients with cardiovascular diseases.

Keywords: coronary heart disease, depressive disorders, myocardial infarction, sleep disturbances

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Source of financing. The authors state that they received no funding for the study.

Conformity with the principles of ethics. All patients signed an informed consent to participate in the study. The study was approved by the local Ethics Committee at the Cardiology Research Institute of Tomsk NRMС.

For citation: Nonka T.G., Lebedeva E.V., Repin A.N., Schastnyy E.D. Sleep disturbances in patients with comorbid coronary heart disease and depression. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2024;23(4):105–110. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2024-4-105-110>.

ВВЕДЕНИЕ

С каждым годом в мире все больше нарастает психоэмоциональный стресс, особенно среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, о чем свидетельствуют крупные эпидемиологические исследования [1, 2]. Почти 70% больных с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца (ИБС) имеют высокий уровень стресса. Следовательно, нарастает и частота аффективных расстройств у больных с сердечно-сосудистой патологией. В исследовании КОМЕТА на приеме у врача амбулаторной практики тревожная симптоматика имела в 47,2% случаях, в 25,5% она носила клинически значимый характер; симптомы депрессии встречались у 42,5% пациентов, в 16,3% они были клинически значимы [1]. Важно учитывать, что депрессивная симптоматика ранее у пациентов не была выявлена. Соответственно, депрессивные расстройства (ДР) часто вовремя не диагностируются и могут приводить к ухудшению течения сердечно-сосудистых заболеваний и влиять на прогноз [3, 4].

Всемирная организация здравоохранения предполагает, что в 2030 г. среди ведущих причин нетрудоспособности и инвалидизации будут лидировать ИБС и ДР [5, 6]. Депрессия является мощнейшим фактором риска ИБС и предиктором смертности у данной категории больных: ДР страдают 40% больных в постинфарктный период, повышая риск смерти в 3–6 раз [7]. Известно, что сердечно-сосудистые катастрофы, в частности инфаркты миокарда, чаще возникают в ночные и ранние утренние часы [8] и связаны с активацией симпатико-адреналовой системы. Большую роль в балансе парасимпатической и симпатической нервной системы играет здоровый сон, и нарушения сна (инсомнии) препятствуют физиологическому ночному снижению симпатической активности, что, в свою очередь, влияет на многие патогенетические механизмы сердечно-сосудистой патологии. В то же время известно, что одним из наиболее частых проявлений ДР являются именно

нарушения сна, достигая частоты встречаемости до 80% [9]. Таким образом, не вызывает сомнения актуальность изучения нарушений сна у пациентов с коморбидной патологией – ИБС и ДР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

После подписания информированного согласия на базе кардиологического отделения НИИ кардиологии г. Томска в исследование включены 132 больных с ИБС (со стенокардией напряжения II–III функциональных классов после перенесенного инфаркта миокарда давностью более 6 мес): 58 пациентов с ДР (1 группа) и 74 пациента без ДР (вторая группа). Для диагностики и определения степени тяжести ДР использовалась шкала депрессии Бека (BDI) (повышенный уровень депрессии считался более 19 по BDI). При повышенном уровне депрессии по шкале Бека для подтверждения диагноза ДР проводилась консультация психиатра-психотерапевта. Также мы использовали шкалу самооценки тревоги Шихана (ShARS) для выявления расстройств сна и коморбидности ДР с тревогой. Нарушения сна оценивались при анализе 30-го и 31-го пунктов шкалы Шихана (ShARS). Данные представлены в виде $M \pm SD$; n (%); Me [25%; 75%]. За уровень статистической значимости различий принимался $p < 0,05$. Для проверки на нормальность распределения фактических данных использован критерий Шапиро – Уилка. При нормальном распределении выборки использовался t -критерий Стьюдента, при непараметрическом распределении и количестве групп, равным 2, применяли критерий Манна – Уитни. Для анализа качественных переменных применялись таблицы сопряженности и критерий χ^2 Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По основным клинико-демографическим характеристикам пациенты не различались. Но в группе ИБС с ДР отмечена тенденция к более частой коморбидности заболеваний у женщин: в 1-й группе

47 мужчин (81%) и 11 женщин (19%), во второй – 68 мужчин (91,9%) и 6 женщин (8,1%) ($p = 0,06$). Средний возраст в 1-й и 2-й группах был сопоставим и составил $55,5 \pm 5,9$ лет vs $54 \pm 7,4$ лет ($p > 0,05$). После консультации психиатра диагностированы следующие нозологии: рекуррентное депрессивное расстройство – 37,9%, депрессивный эпизод – 27,6%, дистимия – 25,9%, биполярное расстройство – 8,6% (рис. 1). Среди депрессивных эпизодов преобладали умеренно выраженные – 92%.

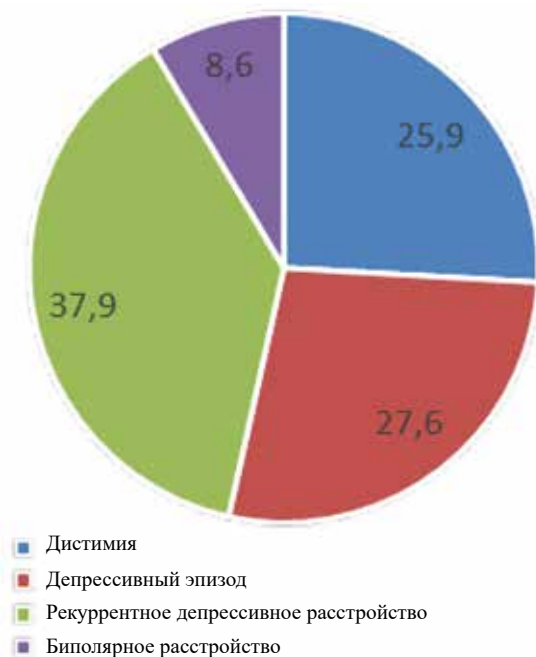


Рисунок. Структура диагноза депрессивных расстройств при хронической ИБС после перенесенного инфаркта миокарда

По результатам анализа шкалы самооценки тревоги Шихана (ShARS) отмечена высокая коморбидность с тревожными расстройствами (53,4%). Для изучения наличия и выраженности инсомнии использовали клинический опрос и шкалу самооценки тревоги Шихана (пункты 30 и 31 – нарушение засыпания и ночные пробуждения соответственно).

Нарушение засыпания в общей группе пациентов: нет или клинически не значимы – у 62 пациентов (54,9%), клинически значимые – у 51 пациента (45,1%). Ночные пробуждения в общей группе пациентов: у 66 (58,4%) – нет или клинически незначимые ночные пробуждения, клинически значимые – у 47 (41,6%). Нарушения засыпания и ночные пробуждения были значительно выражены у пациентов ИБС с выявленными ДР в сравнении с больными без расстройств психики: нарушения засыпания 2 [1; 3] vs 1 [0; 2] ($p = 0,0001$), ночные пробуждения 2 [1; 3] vs 1 [0; 2] соответственно (0,00002). В группе ИБС с

ДР ($n = 58$) 2 человека (3,4%) не заполнили шкалу. Среди заполнивших 12 пациентов (21,4%) не имели проблем с засыпанием, 9 (16,1%) имели небольшие нарушения, 35 (62,5%) – клинически выраженные нарушения. В группе ИБС без ДР ($n = 74$) 17 человек (23%) не заполнили шкалу. Среди заполнивших ($n = 57$) 21 пациент (36,8%) не имел проблем с засыпанием, 20 (35,1%) имели немного проблем, 16 пациентов (28,1%) – клинически выраженные нарушения. У больных ИБС в сочетании с ДР и заполнивших ShARS ($n = 56$) 7 (12,5%) не пробуждались ночью, 17 (30,4%) имели небольшие нарушения, у 32 (57,1%) – клинически выраженные нарушения поддержания сна. В группе без ДР среди заполнивших шкалу Шихана ($n = 57$) 18 (31,6%) не пробуждались ночью, 24 (42,1%) пробуждались немного, у 15 (26,4%) были клинически выраженные нарушения поддержания сна. По всем пунктам тестирования отмечены значимые различия ($p < 0,0005$).

ОБСУЖДЕНИЕ

На протяжении многих лет изучается взаимосвязь двух лидирующих заболеваний – ишемической болезни сердца и депрессивных расстройств. Данные крупных исследований (Cardiovascular Health Study, MONICA, ENRICH, INTERHEART, SADHART) доказывают, что депрессия является мощным прогностическим фактором сердечно-сосудистых осложнений. Взаимосвязь ИБС и ДР неслучайна, так как существуют общие патогенетические механизмы заболеваний и причин смертности. Выделяют два основных механизма, которые являются причиной внезапной смерти у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: повышенное тромбообразование и нарушение вегетативной регуляции ритма сердца с развитием тяжелых аритмий [10, 11].

Известно, что вегетативная регуляция работы сердца тесно связана с циркадианными ритмами и качеством сна у пациентов ИБС [12]. Учитывая тот факт, что часто ДР вовремя не диагностируются [1], а нарушения сна являются одним из проявлением и диагностическим критерием аффективных расстройств, то при наличии инсомнии мы всегда можем заподозрить расстройство психики и направить к специалисту. В нашем исследовании мы проанализировали нарушения сна у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе в сочетании с ДР. Для оценки инсомнии мы использовали современный психометрический инструмент – шкалу самооценки тревоги Шихана (ShARS). Оказалось, что существует высокая коморбидность ДР с тревожными расстройствами (53,4%), что совпадает с данными литературы. Согласно эпидемиологическим

исследованиям, у 60% пациентов с депрессией присутствуют симптомы тревоги [13].

По данным нашего исследования, нарушения сна встречались у пациентов с коронарной болезнью и без расстройств психики. Приблизительно каждый третий имел небольшие проблемы в засыпании, каждый четвертый – выраженные проблемы в засыпании и поддержании сна. И, вероятно, на этом этапе пациенту уже нужна поддержка в рамках комплексной реабилитации: доверительный контакт «врач – пациент» с целью осведомленности пациента о своем заболевании, вторичной профилактике, здоровом образе жизни, поддержание комплаенса в плане терапии, психологическая или психотерапевтическая помощь для профилактики развития клинически значимой тревожно-депрессивной симптоматики.

В свою очередь, при развитии ДР у пациентов с ИБС значительно возрастает степень выраженности нарушений сна: больше половины пациентов имели выраженные нарушения как засыпания (62,5% случаев), так и поддержания сна в течение всей ночи (57,1% случаев). Учитывая, что при нарушениях сна возникающий стресс вызывает гиперактивацию симпатно-адреналовой системы, вегетативную дисфункцию [14], это может спровоцировать ухудшение клинической картины ИБС и стать причиной серьезных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Конечно, полученные данные диктуют необходимость пристального внимания к больным коронарной болезнью и расстройствам психики, своевременного скрининга ДР и эффективной коррекции современными антидепрессантами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов с хронической коронарной болезнью на фоне ДР выявляются изменения в суточном ритме в виде значительных нарушений засыпания и пробуждений, что может усугубить клиническое течение ИБС и прогноз больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Выявление нарушений сна с помощью опроса и использования психометрических инструментов позволит заподозрить наличие ДР и вовремя назначить антидепрессивную терапию, улучшая клиническую картину коронарной болезни и снижая риск развития жизнеугрожающих осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Погосова Н.В., Соколова О.Ю., Юферева Ю.М., Курсаков А.А., Аушева А.К., Арутюнов А.А. и др. Психосоциальные факторы риска у пациентов с наиболее распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями – артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (по данным российского многоцентрового исследования КОМЕТА). *Кардиология*. 2019;59(8):54–63. DOI: 10.18087/cardio.2019.8.n469.
2. Погосова Н.В., Оганов Р.Г., Бойцов С.А., Аушева А.К., Соколова О.Ю., Курсаков А.А. и др. Психосоциальные факторы и качество жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE IV. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017;16(5):20–26. DOI: 10.15829/1728-8800-2017-5-20-26.
3. Белялов Ф.И. Депрессия, тревога и стресс у пациентов с ишемической болезнью сердца. *Терапевтический архив*. 2017;89(8):104–109. DOI: 10.17116/terarkh2017898104-109.
4. Нонка Т.Г., Лебедева Е.В., Репин А.Н. Клинические особенности ишемической болезни сердца и 5-летняя выживаемость больных после перенесенного инфаркта миокарда на фоне депрессивных расстройств. *Терапевтический архив*. 2024;96(1):17–21. DOI: 10.26442/00403660.2024.01.202560.
5. Patel H., Mazur W., Williams K.A., Kalra D.K. Myocardial viability-State of the art: Is it still relevant and how to best assess it with imaging? *Trends Cardiovasc. Med*. 2018;28(1):24–37. DOI: 10.1016/j.tcm.2017.07.001.
6. Khandaker G.M., Zuber V., Rees J.M.B., Carvalho L., Mason A.M., Foley C.N. et al. Shared mechanisms between coronary heart disease and depression: findings from a large UK general population-based cohort. *Molecular Psychiatry*. 2020;25(7):1477–1486. DOI: 10.1038/s41380-019-0395-3.
7. Пушкарев Г.С., Кузнецов В.А., Фишер Я.А., Солдатова А.М., Сапожникова А.Д., Енина Т.Н. Влияние депрессивной симптоматики на риск смерти от всех причин у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, перенесших сердечную ресинхронизирующую терапию. *Кардиология*. 2019;59(1):5–11. DOI: 10.18087/cardio.2019.1.10211.
8. Гафаров В.В., Гафарова А.В. Программа Всемирной организации здравоохранения «Регистр острого инфаркта миокарда» как аудит оценки здоровья населения. *Вестник НГУЭУ*. 2015;4:200–222.
9. Roth T., Roehrs T. Insomnia: epidemiology, characteristics, and consequences. *Clinical Cornerstone*. 2003;5(3):5–15. DOI: 10.1016/s1098-3597(03)90031-7.
10. Нонка Т.Г., Лебедева Е.В., Репин А.Н. Особенности вариабельности ритма сердца у пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с депрессивными расстройствами. Влияние агомелатина на вариабельность ритма сердца. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. 2021;10(1):40–49. DOI: 10.17802/2306-1278-2021-10-1-40-49.
11. Нонка Т.Г., Лебедева Е.В., Репин А.Н. Возможности выявления и коррекции сниженной вариабельности ритма сердца у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с депрессиями в условиях кардиологического отделения. *Бюллетень сибирской медицины*. 2021;20(2):65–70. DOI: 10.20538/1682-0363-2021-2-65-70.
12. Ибатов А.Д. Особенности эмоционального статуса и

- вегетативной регуляции у больных с ишемической болезнью сердца с нарушением сна. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021;121(1):21–25. DOI: 10.17116/jnevro202112101121.
13. Salcedo B. The comorbidity of anxiety and depression. *National Alliance on Mental Illness*. 2018;325–333.
14. Попонина Т.М., Гундерина К.И., Попонина Ю.С., Солдатенко М.В. Влияние агонелатина на показатели вариабельности ритма сердца у больных с тревожно-депрессивными расстройствами, перенесших острый коронарный синдром. *Сибирский медицинский журнал*. 2018;33(3):36–45. DOI: 10.29001/2073-8552-2018-33-3-36-45.

Информация об авторах

Нонка Татьяна Геннадьевна – канд. мед. наук, науч. сотрудник, отделение амбулаторной кардиологии, НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, г. Томск, tatiananonka@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-7913-3732>

Лебедева Елена Владимировна – д-р мед. наук, науч. сотрудник, отделение амбулаторной кардиологии, НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, г. Томск, evl26021971@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6117-64>

Репин Алексей Николаевич – д-р мед. наук, профессор, руководитель отделения амбулаторной кардиологии, НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, г. Томск, ran_12@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7123-0645>

Счастный Евгений Дмитриевич – д-р мед. наук, профессор, руководитель отделения аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск, evgeny.schastnyy@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-2148-297X>

(✉) **Нонка Татьяна Геннадьевна**, tatiananonka@gmail.com

Поступила в редакцию 14.06.2024;
одобрена после рецензирования 27.06.2024;
принята к публикации 12.09.2024