

Materials and methods. We examined 50 patients who were performed on emergency laparotomy. Perioperative infusion therapy in all patients was carried out in a restrictive regimen with balanced crystalloid solutions. We studied the indicators of water metabolism: daily and cumulative water balances, the percentage of fluid excess. We determined water sectors of the body by the method of non-invasive bioelectric rheography. Results. The study has found out the presence of the initial depletion of the extracellular fluid volume due to a decrease in both interstitial and intravascular volumes in patients with urgent abdominal pathology. Intravascular deficiency was due to a decrease in plasma volume. Replenishment of extracellular deficiency by restrictive regimen of infusion therapy restored the plasma volume to normal values since one day after surgery; interstitial volume started restoring on the 7th days of observation, compared to the normal intracellular volume on the 3 days of the postoperative period. Conclusions: restrictive infusion therapy regimen enables to completely and safely restore extracellular volume depletion on the 7 days of the preoperative period by correcting plasma deficiency since the 1 day of the post-operative period; to replenish interstitial volume on the 7 days and to prevent the development of oedema during "zero" daily water balance, as well as to slightly increase the cumulative water balance and the percentage of excess fluid.

DOI 10.31718/2077-1096.19.2. 38

УДК 616.127-005.8-08

Кудря І. П., Шевченко Т. І., Насонов Д. І., Сорокіна С. І., Шапошник О. А.

ВИРАЖЕНІСТЬ РОЗЛАДІВ АФЕКТИВНОГО СПЕКТРУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Полтавський обласний клінічний кардіологічний диспансер, м. Полтава

На сьогоднішній день серцево-судинні захворювання та тривожно-депресивні розлади є найсерйознішою та найактуальнішою медико-соціальною проблемою в усьому світі. Метою дослідження було визначення ступеню тяжкості тривожно-депресивних розладів у хворих на гострий інфаркт міокарда залежно від тактики лікування як передумова до корекції медикаментозної терапії. Досліджено 73 хворих з вищезгаданою патологією, які розподілені на дві групи: I група - 44 хворих, яким виконувалось перкутанне коронарне втручання, зокрема ургентна коронарографія з подальшим стентуванням інфарктзалежної коронарної артерії; II група – 29 хворих, яким не проводили ургентну коронарографію. Обстеження хворих проводилось згідно стандартів України, зокрема опитувальник пацієнта про стан здоров'я, госпітальна шкала тривоги і депресії. У 81,9 % хворих на гострий інфаркт міокарда після стентування інфарктзалежної артерії згідно опитувальника пацієнта про стан здоров'я діагностовано депресію з переважанням легкої («субклінічної»), у 86,2 % хворих - на фоні лише медикаментозного лікування, частіше легка («субклінічна») та тяжка. За даними госпітальної шкали тривоги та депресії 36,4 % хворих на гострий інфаркт міокарда після перкутанного коронарного втручання мали депресію та 34,1 % - тривогу. У 62,1 % хворих на гострий інфаркт міокарда, яким не проводили ургентну коронарографію, відмічалася депресія, у 72,4 % - тривога. Для хворих на гострий інфаркт міокарда, яким виконували реваскуляризацію міокарда із стентуванням інфарктзалежної артерії, характерне переважання субклінічно вираженої тривоги та депресії на відміну від пацієнтів, яким проводилося тільки медикаментозне лікування, зворотність відмічається для клінічно вираженої тривоги та депресії. Наявність тривожно-депресивних розладів різного ступеня тяжкості потребує психотерапевтичної корекції психоемоційної сфери пацієнтів.

Ключові слова: депресія, тривога, гострий інфаркт міокарда.

Стаття є фрагментом НДР «Удосконалення діагностичних підходів та оптимізація лікування захворювань органів травлення у поєднанні з іншими хворобами систем організму» (№ державної реєстрації 0117 У 000300).

Вступ

На сьогоднішній день серцево-судинні захворювання (ССЗ) та тривожно-депресивні розлади є найсерйознішою та найактуальнішою медико-соціальною проблемою в усьому світі [1, 2, 3]. Тривога і депресія є незалежними предикторами розвитку ССЗ та їх несприятливих ускладнень, таких як гострий інфаркт міокарда (ГІМ) та гостре порушення мозкового кровообігу [3, 4, 5, 6]. Супутні розлади афективного спектру (депресії і тривоги) негативно впливають на лікування, перебіг і прогноз ІХС, зокрема ГІМ [4, 7, 8]. Відомо, що симптоми розладів депресивного спектру

наявні у 10 - 65% хворих на ГІМ, при цьому 22 % з них мають виражений депресивний розлад («велику» депресію) [9, 10]. Клінічно виражена депресія діагностується менше ніж у 15 %, окремі ж депресивні симптоми – менше, ніж у 25 % випадків [1, 11, 12]. Також у хворих, які перенесли ГІМ на фоні депресії відмічається у 3-6 разів вищий рівень смертності, ніж у тих, хто не мав даної психологічної симптоматики [14]. Це обумовлено негативним впливом депресії на серцево-судинну систему у вигляді збільшення частоти серцевих скорочень, появи порушень серцевого ритму, спазму коронарних артерій, пору-

шення тромбоцитарного гемостазу [2, 7, 8]. Три-можні розлади у хворих на ГІМ відмічаються від 16,7 до 59,5 % [8, 15], що збільшує вірогідність розвитку кардіоваскулярних ускладнень та скорочує тривалість життя пацієнтів [15]. В теперішній час одним з найбільш ефективними методами лікування ГІМ є хірургічні втручання, зокрема ургентна коронарографія та подальше стентування інфарктзалежної коронарної артерії [16]. У хворих після реваскуляризації міокарда спостерігаються різного ступеня тяжкості тривожно-депресивні розлади, що пов'язані зі значною стресогенною подією [1, 2, 8]. Тому рання діагностика афективних розладів та їх корекція є складовою успішної терапії пацієнтів з гострим перебігом ішемічної хвороби серця. Але до останнього часу не з'ясована залежність вираженості розладів афективного спектру від методу лікування пацієнтів на ГІМ (лише консервативне чи з застосуванням інтервенційних втручань), що й зумовило актуальність нашого дослідження.

Мета дослідження

Визначення ступеню тяжкості тривожно-депресивних розладів у хворих на ГІМ залежно від тактики лікування як передумова до корекції медикаментозної терапії.

Матеріали та методи дослідження

Об'єктом дослідження були 73 хворих на ГІМ, які розподілені на дві групи: I група - 44 хворих, яким виконувалось перкутанне коронарне втручання, зокрема ургентна коронарографія з подальшим стентування інфарктзалежної коронарної артерії; II група – 29 хворих, яким не проводили ургентну коронарографію (відмова пацієнта, госпіталізація після 12 годин). Середній вік досліджених в I групі становив $64,65 \pm 1,45$ років ($M \pm SEM$), максимум – 80 роки, мінімум – 49 років, в II групі $68,21 \pm 1,32$ років ($M \pm SEM$), максимум – 84 роки, мінімум – 51 років. За статтю в I групі - 26 (59,1%) чоловіків та 18 (40,9 %) жінок, в II групі відповідно - 20 (69,0 %) та 9 (31,0 %).

У всіх хворих була діагностована гіпертонічна хвороба (ГХ) III стадії різного ступеню згідно Рекомендацій з артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів (2018). ГХ II ступеню в I групі пацієнтів на ГІМ мали 18 (40,9 %) хворих, III ступеню – 26 (59,1 %) хворих, у II групі ГХ II ступеню - 13 (44,8 %) хворих, III ступеню – 16 (55,2 %) хворих.

Хронічну серцеву недостатність визначали за класифікацією, запропонованою Нью-Йоркською асоціацією серця (NYHA): у I групі хворих на ГІМ - II функціональний клас (ФК) діагностовано у 15 (34,1 %) хворих, III ФК - у 29 (65,9 %); у II групі – II ФК мали 12 (41,4 %) хворих, III ФК - 17 (58,6 %).

Характеристика I групи досліджених: $28,2 \pm 1,3$ % хворих палили, $48,3 \pm 2,1$ % мали ожиріння II-III

ступеню, $73,8 \pm 2,5$ % – гіперхолестеринемію, $68,6 \pm 3,2$ % – стабільну стенокардію напруження II-II функціонального класу в анамнезі, $19,7 \pm 1,4$ % – ГІМ в анамнезі; II групи пацієнтів: $33,6 \pm 1,7$ % хворих палили, $54,2 \pm 2,6$ % мали ожиріння, $68,9 \pm 2,4$ % – гіперхолестеринемію, $74,5 \pm 2,9$ % – стабільну стенокардію напруження в анамнезі, $20,4 \pm 1,8$ % – ГІМ в анамнезі.

Обстеження хворих проводилось згідно Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації хворим на гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST (Наказ МОЗ України від 02.07.2014 № 455).

В якості вербальних методів дослідження для оцінки тяжкості тривожних та депресивних станів використовували наступні методики, які проводилися на 7-8-ий день перебування пацієнтів у кардіологічному відділенні: опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire - PHQ-9), госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS).

PHQ-9 - шкала самооцінки депресії, яка складається з дев'яти пунктів, де потрібно було пацієнту відмітити частоту проявів симптомів за останні 2 тижні, що його турбували. Кожному питанню відповідає 4 варіанта відповіді, які відображають градації виразності симптомів та кодуються по наростанню важливості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна виразність). Оцінка ступеня тяжкості депресії проводилась відповідно до кількості набраних балів: 0 - 4 – депресія відсутня, 5 - 9 – легка («субклінічна») депресія, 10 - 14 - помірної тяжкості депресія, 15 - 19 – середньої тяжкості депресія, 20 - 27 – тяжка депресія.

HADS складається з 14 тверджень, які обслуговують 2 підшкали: 7 з яких визначають рівень тривоги та 7 - рівень депресії. Кожному твердженню відповідають 4 варіанта відповіді, які відображають градації виразності ознаки та кодуються по наростанню важливості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна виразність) балів, де 0 - 7 балів – депресія/тривога відсутня, 8 - 10 – субклінічні прояви тривоги/депресії, ≥ 11 – клінічно виражена тривога/депресія.

Всі хворі отримували стандартну фармакотерапію ГІМ (нітрати короткої та/або тривалої дії за потреби, бета-адреноблокатори або блокатори кальцієвих каналів, статини, антикоагулянти, дезагреганти (ацетилсаліцилову кислоту+клопідогрел), інгібітори ангіотензинперетворюючого фермента або антагоністи рецепторів ангіотензину II, антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів, діуретики).

Всі дослідження проведені згідно основних біоетичних положень Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини

(1964–2008 рр.) та наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р.

Критерії виключення: серцева недостатність IV функціонального класу за NYHA, неконтрольована артеріальна гіпертензія, вади серця, ендокринні порушення (цукровий діабет, захворювання щитовидної залози), виразкова хвороба шлунку і 12-п'ясної кишки у стадії загострення, наявність психічних розладів і залежності від психоактивних речовин, онкологічні і дегенеративні захворювання.

Статистичний аналіз матеріалів досліджень виконувався з використанням програми SPSS for Windows Release 13.00, SPSS Inc., 1989-2004. Основні статистичні характеристики включали: M - середню, SEM – стандартну похибку. Для оцінки розходжень категоріальних варіабельностей використовували критерій Хі-квадрат за Пірсоном. Різницю між порівнюваними величинами вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Згідно опитувальника пацієнта про стан здоров'я встановили, що у I групі хворих депресивні розлади різного ступеня вираженості мали 36 (81,9 %) хворих, з них 19 (43,2 %) – легку («субклінічну») депресія, 8 (18,2 %) – помірної тяжкості депресія, 9 (20,5 %) – середньої тяжкості депресія. У II групі у 25 (86,2 %) пацієнтів виявлена депресія: 7 (24,1 %) осіб з легкою («субклінічною») депресією, 5 (17,2 %) – помірною тяжкістю депресії, 6 (20,7 %) – середньою тяжкістю депресії, 7 (24,1 %) – тяжкою депресією.

У хворих на ГІМ переважає легка депресія, помірної та середньої тяжкості депресія по PHQ-9, проте вираженість її була більшою у хворих, яким виконували стентування інфарктзалежної артерії на протипагу хворим, яким проводилося тільки медикаментозне, зворотна закономірність спостерігається для тяжкої депресії (табл.1).

Таблиця 1
Залежність між ступенем тяжкості депресії по PHQ-9 у хворих на ГІМ та тактикою лікування

Групи досліджених залежно від тяжкості депресії по PHQ-9	Групи досліджених залежно від тактики лікування ГІМ	
	I група (n=44)	II група (n=29)
Депресія відсутня, 0-4 бали (n=12)	8 (*66,7 %, **18,2 %, ***11,0 %)	4 (*33,3 %, **13,8 %, ***5,5 %)
Легка («субклінічна») депресія, 5-9 балів (n=26)	19 (*73,1 %, **43,2 %, ***26,0 %)	7 (*26,9 %, **24,15 %, ***9,6 %)
Помірної тяжкості депресія, 10-14 балів (n=13)	8 (*61,5 %, **18,2 %, ***11,0 %)	5 (*38,5 %, **17,2 %, ***6,8 %)
Середньо тяжкості депресія, 15-19 балів (n=15)	9 (*60,0 %, **20,5 %, ***12,3%)	6 (*40,0 %, **20,7 %, ***8,2 %)
Тяжка депресія, 20-27 балів (n=7)	0 (*0 %, **0 %, ***0 %)	7 (*100,0 %, **24,15 %, ***9,6 %)

Примітки: * - відсоток від досліджених за тяжкістю депресії по PHQ-9 (за рядком), ** - відсоток від кількісної характеристики хворих залежно від тактики лікування ГІМ (за колонкою), *** - відсоток від кількісної сумарної характеристики залежності між ступенем тяжкості депресії по PHQ-9 та тактикою лікування у хворих на ГІМ.

Таблиця 2
Дані про значимість різниці між ступенем тяжкості депресії по PHQ-9 у хворих на ГІМ та тактикою лікування за Хі-квадрат тестами

Показники	Значення	df	Значимість (двобічна)
Хі-квадрат за Пірсоном	12,615	4	0,013
Відношення вірогідностей	15,016	4	0,005
Асоціація лінійного через лінійне	6,609	1	0,01

Значимість різниці між ступенем тяжкості депресії по PHQ-9 у хворих на ГІМ та тактикою лікування за даними Хі – квадрат за Пірсоном, відношення вірогідностей, асоціації лінійного через лінійне (табл. 2).

За даними HADS у 16 (36,4 %) хворих на ГІМ встановлено депресію у I групі, у 11 (25,0 %) діагностовано субклінічно виражену депресію, у 5 (11,4 %) - клінічно виражену депресію, у II групі

18 (62,1 %) хворих з депресією, відповідно - 8 (27,6 %) та 10 (34,5 %). У хворих на ГІМ, яким проводили ургентну коронарографію з подальшим стентуванням інфарктзалежної коронарної артерії характерне переважання субклінічно вираженої депресії по HADS на відміну від хворих, яким проводилося тільки медикаментозне лікування, а клінічно виражена депресія характерна для останніх (табл. 3).

Таблиця 3
Залежність між ступенем тяжкості депресії по HADS у хворих на ГІМ та тактикою лікування

Групи досліджених залежно від тяжкості депресії по HADS	Групи досліджених залежно від тактики лікування ГІМ	
	I група (n=44)	II група (n=29)
Депресія відсутня, 0-7 балів (n=39)	28 (*71,8 %, **63,6 %, ***38,4 %)	11(*28,2 %, **37,9 %, ***15,1 %)
Субклінічно виражена депресія, 8-10 балів (n=19)	11 (*57,9 %, **25,0 %, ***15,1 %)	8 (*42,1 %, **27,6 %, ***11,0 %)
Клінічно виражена депресія, 11 балів і більше (n=15)	5 (*33,3%, **11,4 %, ***6,8 %)	10 (*66,7%, **34,5 %, ***13,7 %)

Примітки: * - відсоток від досліджених за тяжкістю депресії по HADS (за рядком), ** - відсоток від кількісної характеристики хворих залежно від тактики лікування ГІМ (за колонкою), *** - відсоток від кількісної сумарної характеристики залежності між ступенем тяжкості депресії по HADS та тактикою лікування у хворих на ГІМ.

Таблиця 4
Дані про значимість різниці між ступенем тяжкості депресії по HADS у хворих на ГІМ та тактикою лікування за Хі-квадрат тестами

Показники	Значення	df	Значимість (двобічна)
Хі-квадрат за Пірсоном	6,754	2	0,034
Відношення вірогідностей	6,735	2	0,034
Асоціація лінійного через лінійне	6,506	1	0,011

Значимість різниці між ступенем тяжкості тривоги по HADS у хворих на ГІМ та тактикою лікування за даними Хі – квадрат за Пірсоном, відношення вірогідностей, асоціації лінійного через лінійне (табл. 4).

У хворих на ГІМ, яким проводили ургентну коронарографію з подальшим стентуванням інфарктзалежної коронарної артерії згідно HADS у 15 (34,1 %) осіб виявлено тривогу: у 9 (20,5 %) - субклінічно виражена тривога, у 6 (13,6 %) - клі-

нічно виражена тривога. На фоні лише медикаментозного лікування у 21 (72,4 %) хворого на ГІМ спостерігалася тривога, з них 6 (20,7 %) пацієнтів мали субклінічно виражену тривогу, 15 (51,7 %) - клінічно виражену тривогу. У I групі хворих на ГІМ встановлено переважання субклінічно вираженої тривоги по HADS в порівнянні з II групою, зворотність відмічається для клінічно вираженої тривоги (табл. 5).

Таблиця 5
Залежність між ступенем тяжкості тривоги по HADS у хворих на ГІМ та тактикою лікування

Групи досліджених залежно від тяжкості тривоги по HADS	Групи досліджених залежно від тактики лікування ГІМ	
	I група (n=44)	II група (n=29)
Відсутня тривога, 0-7 балів (n=37)	29 (*78,4 %, **65,9 %, ***39,7 %)	8 (*21,6 %, **27,6 %, ***11,0 %)
Субклінічно виражена тривога, 8-10 балів (n=15)	9 (*60,0 %, **20,5 %, ***12,3 %)	6 (*40,0 %, **20,7 %, ***8,2%)
Клінічно виражена тривога, 11 балів і більше (n=21)	6 (*28,6 %, **13,6 %, ***8,2%)	15 (*71,4 %, **51,7 %, ***20,5%)

Примітки: * - відсоток від досліджених за тяжкістю тривоги по HADS (за рядком), ** - відсоток від кількісної характеристики хворих залежно від тактики лікування ГІМ (за колонкою), *** - відсоток від кількісної сумарної характеристики залежності між ступенем тяжкості тривоги по HADS та тактикою лікування у хворих на ГІМ.

Таблиця 6
Дані про значимість різниці між ступенем тяжкості тривоги по HADS у хворих на ГІМ та тактикою лікування за Хі-квадрат тестами

Показники	Значення	df	Значимість (двобічна)
Хі-квадрат за Пірсоном	13,880	2	0,001
Відношення вірогідностей	14,144	2	0,001
Асоціація лінійного через лінійне	13,484	1	0,0001

Значимість різниці між ступенем тяжкості тривоги по HADS у хворих на ГІМ та тактикою лікування за даними Хі – квадрат за Пірсоном, відношення вірогідностей, асоціації лінійного через лінійне (табл. 6).

У хворих на ГІМ відмічається діапазон депресій від легкої до середньої тяжкості по PHQ-9 та субклінічно виражена тривога та депресія по HADS проте вираженість таких розладів була більшою у хворих, яким проводилося стентування інфарктзалежної артерії в порівнянні з хворими, яким не проводилося стентування. Тяжка депресія по PHQ-9 та клінічно виражена тривога та депресія по HADS переважала у хворих на ГІМ, яким не проводилася коронарографія. Такі зміни тривожно-депресивних розладів після ревазкуляризації міокарда обумовлені активацією симпатичної або парасимпатичної нервової системи, що негативно впливають на варіабельність серцевого ритму [17, 18, 19]. Пацієнти ще до хірургічного втручання відчувають різні емоції, починаючи від легкого занепокоєння до тривоги, депресії і страху смерті, таким чином, це готує організм до майбутньої стресової ситуації та подальших серцево-судинних подій [2, 7]. Важливим також є висока особистісна тривожність, що може бути як причина, так і наслідок даного за-

хворювання [1, 2].

Тяжкість тривожно-депресивних проявів у хворих на ГІМ пов'язана можливо з вітальною загрозою, що в подальшому призводить до зменшення соціального функціонування, зниження загального життєвого тону та оцінки власних можливостей, функціональних змін центральної нервової системи [1, 20].

Вираженість депресії та тривоги у хворих на ГІМ, яким не проводили коронарографію, вірогідно пов'язана з більш інтенсивним психологічним дискомфортом, психологічним опрацюванням «вже сталося страшно, але ж мені не провели коронарографію та стентування коронарних артерій, тому може статися ще найстрашніше», страхом за життя, очікуванням смерті від повторного серцевого нападу. В результаті розлади афективного спектру стають причиною соціальної інвалідації хворих, які перенесли ГІМ [2, 8, 20].

Хворим на ГІМ доцільно проводити своєчасну діагностику афективних розладів за допомогою психометричних шкал для підвищення ефективності фармакологічного та психотерапевтичного лікування за рахунок кореляції психоемоційної сфери пацієнтів. Ступінь тяжкості тривожно-депресивних розладів залежить від проведених

методів лікування – лише консервативного чи у поєднанні з інтервенційними втручаннями. Це потрібно враховувати при лікуванні розладів афективного спектру у хворих на ГІМ спільними зусиллями кардіологів і психіатрів.

Висновки

Всім хворим на ГІМ для підвищення якості діагностики афективних розладів доцільно проводити їх скринінг з використання вербальних методів дослідження: опитувальника пацієнта про стан здоров'я, госпітальної шкали тривоги і депресії. Наявність тривожно-депресивних розладів різного ступеня тяжкості потребує психотерапевтичної корекції психоемоційної сфери пацієнтів.

У 81,9 % хворих на ГІМ після стентування інфарктзалежної артерії згідно опитувальника пацієнта про стан здоров'я діагностовано депресію з переважанням легкої («субклінічної»). На фоні лише медикаментозного лікування ГІМ у 86,2 % хворих спостерігається депресія, частіше легка («субклінічна») та тяжка.

За даними госпітальної шкали тривоги та депресії, 36,4 % хворих на ГІМ після перкутанного коронарного втручання мали депресію та 34,1 % - тривогу. У 62,1 % хворих на ГІМ, яким не проводили ургентну коронарографію, відмічалася депресія, у 72,4 % - тривога. Для хворих на ГІМ, яким виконували ревааскуляризацію міокарда із стентуванням інфарктзалежної артерії, характерне переважання субклінічно вираженої тривоги та депресії на відміну від пацієнтів, яким проводилося тільки медикаментозне лікування, зворотність відмічається для клінічно вираженої тривоги та депресії.

Перспективи подальших досліджень

Отримані результати мають свій подальший розвиток для визначення ступеня тяжкості тривожно-депресивних розладів у хворих на ГІМ залежно від тактики лікування як передумова до корекції медикаментозного та психотерапевтичного лікування з подальшим аналізом оцінки якості життя.

Література

1. Rasputina LV, Rasputin VV. Zalezhnist' stupenia depresii vid likuval'noi taktiky pry gostromu infarkti miokarda [The dependence of the depression level on the treatment strategy acute myocardial infarction]. Bukovyns'kyi medychnyi visnyk. 2016; 20 (4):155-60. (Ukrainian).
2. Katerenchuk IP, Zhdan VM, Katerenchuk OI. Depresiiia yak nezalezhnii faktor kardiovaskuliarnogo ryzyku ta ii znachennia na riznykh etapakh sercevo-sudynnogo kontynuumu [Depression as an independent factor of cardiovascular risk and its pole on

- different stages of the cardiovascular continuum]. *Praktykuiuchy likar*. 2013; 2:52-7. (Ukrainian).
3. Brotman DJ, Golden SH, Wittstein IS. The cardiovascular toll of stress. *Lancet*. 2007; 370 (9592):1089-100.
4. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Interheart investigators. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the Interheart study): case-control study. *Lancet*. 2004; 364 (9438):953-62.
5. Martens EJ, de Jonge P, Cohen BE, Lett H, Whooley M.A. Scared to death? Generalized anxiety disorder and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: the Heart and Soul Study. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2010; 67 (7):750-8.
6. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, Carney RM, Doering LV, Frasure-Smith N, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014; 129 (12):1350-69.
7. Muxamadiyeva NB, Tuksanova ZY. Vliianie techeniia infarkta miokarda na razvitiye depressivnykh rasstroystv [Influence of myocardial infarction on the development of depressive disorders]. *Molodoy uchenyy*. 2015; 11:681-3. (Russian).
8. Meliakova IV, Kutashov VA. Vzgljad na depressivnye i trevoznyye rasstroystva u bolnykh, pereneslykh ostryy infarkt miokarda [A look at depressive and anxiety disorders in patients after acute myocardial infarction]. *Molodoy uchenyy*. 2016; 9:396-8. (Russian).
9. Bush DE, Ziegelstein RC, Patel UV, Thombs BD, Ford DE, Fauerbach JA, et al. Post-myocardial infarction depression. Evidence report/technology assessment (Summary). 2005; 123:1-8.
11. Guck TP, Kavan MG, Elsasser GN, Barone EJ Assessment and treatment of depression following myocardial infarction. *Am. Fam. Physician*. 2001; 64:641-8.
12. Amin AA, Jones AM, Nugent K, Rumsfeld JS, Spertus JA. The prevalence of unrecognized depression in patients with acute coronary syndrome. *Am. Heart J*. 2006; 152 (5):928-34.
13. Huffman JC, Smith FA, Blais MA, Beiser ME, Januzzi JL, Fricchione GL. Recognition and treatment of depression and anxiety in patients with acute myocardial infarction. *Am. J. Cardiol*. 2006; 98 (3):319-24.
14. Ziegelstein RC, Kim SY, Kao D, Fauerbach JA, Thombs BD, McCann U, et al. Can doctors and nurses recognize depression in patients hospitalized with an acute myocardial infarction in the absence of formal screening? *Psychosom Med*. 2005; 67 (3):393-7.
15. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*. 1995; 91 (4): 999-1005.
16. Grace SL, Abbey SE, Irvine J, Shnek ZM, Stewart DE. Prospective examination of anxiety persistence and its relationship to cardiac symptoms and recurrent cardiac events. *Psychother Psychosom*. 2004; 73:344-52.
17. Shul'gai AG, Terenda NO. Revaskulizatsiia miokarda – providna metoda u likuvanni ishemichnoi khvoroby sertsia ta infarktu miokarda [Myocardial revascularization – leading method for the treatment of ischemic heart disease and myocardial infarction]. *Shpytal'na khirurgiia*. 2016; 4:84-7. (Ukrainian).
18. Yüksel V, Gorgulu Y, Cinar RK, Huseyin S, Sonmez MB, Canbaz S. Impact of Experiencing Acute Coronary Syndrome Prior to Open Heart Surgery on Psychiatric Status. *Braz. J. Cardiovasc. Surg*. 2016; 31 (4):281-6. doi: 10.5935/1678-9741.20160064
19. Cserép C, Losonczi E, Balog P, Szili-Török T, Husz A, Juhász B, et al. The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac surgery. *J. Cardiothorac. Surg*. 2012; 7:86. doi: 10.1186/1749-8090-7-86
20. Tully PJ, Baker RA. Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. *J. Geriatr. Cardiol*. 2012; 9 (2):197-208.
21. Dukel's'kyi OO. Depresiiia u khvorykh z ishemichnoi khvoroboju sertsia, yakii perenesly stentuvannia koronarnykh arterii [Depression in patients with ischemic heart disease, who underwent stenting of arteries]. *Ukr. terapevtychnyi zhurnal*. 2010; 18 (4):74-8. (Ukrainian).

Реферат

ВЫРАЖЕННОСТЬ РАССТРОЙСТВ АФЕКТИВНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Кудря И. П., Шевченко Т. И., Насонов Д. И., Сорокина С.И., Шапошник О. А.

Ключевые слова: депрессия, тревога, острый инфаркт миокарда.

На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания и тревожно-депрессивные расстройства являются серьезной и актуальной медико-социальной проблемой во всем мире. Целью исследования было определение степени тяжести тревожно-депрессивных расстройств у больных острым инфарктом миокарда в зависимости от тактики лечения как предпосылка к коррекции медикаментозной тера-

пии. Исследовано 73 больных с вышеупомянутой патологией, которые разделены на две группы: I группа - 44 больных, которым выполнялось перкутанное коронарное вмешательство, в частности ургентная коронарография с последующим стентированием инфарктзависимой коронарной артерии; II группа - 29 больных, которым не проводили ургентную коронарографию. Обследование больных проводилось по стандартам Украины, в частности опросник пациента о состоянии здоровья, госпитальная шкала тревоги и депрессии. В 81,9 % больных острым инфарктом миокарда после стентирования инфарктзависимой артерии согласно опросника пациента о состоянии здоровья диагностировано депрессию с преобладанием легкой («субклинической»), у 86,2% больных - на фоне только медикаментозного лечения, чаще легкая («субклиническая») и тяжелая. По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии 36,4% больных острым инфарктом миокарда после перкутанного коронарного вмешательства имели депрессию и 34,1 % - тревогу. В 62,1% больных острым инфарктом миокарда, которым не проводили ургентную коронарографию, отмечалась депрессия, в 72,4% - тревога. Для больных острым инфарктом миокарда, которым выполняли реваскуляризацию миокарда со стентированием инфарктзависимой артерии характерно преобладание субклинически выраженной тревоги и депрессии в отличие от пациентов, которым проводилось только медикаментозное лечение, обратность отмечается для клинически выраженной тревоги и депрессии. Наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени тяжести требует психотерапевтической коррекции психоэмоциональной сферы пациентов.

Summary

MANIFESTATION OF THE AFFECTIVE SPECTRUM DISORDERS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION DEPENDING ON THE TREATMENT TACTICS

Kudria I.P., Shevchenko T.I., Nasonov D.I., Sorokina S.I., Shaposhnik O. A.

Key words: depression, anxiety, acute myocardial infarction.

Today, cardiovascular disease and anxiety-depressive disorders are the most serious and urgent medical and social problem around the world. The purpose of this study was to determine the severity of anxiety-depressive disorders in patients with acute myocardial infarction, depending on the treatment tactics as a precondition for the drug therapy correction. We studied 73 patients with the above-mentioned pathology, who were divided into two groups: I group included 44 patients who underwent percutaneous coronary intervention, in particular, urgent coronary angiography with subsequent stenting of the infarction-related coronary artery; the II group included 29 patients, who did not undergo urgent coronary angiography. The examination of patients was conducted in accordance with Ukrainian standards, using the patients' questionnaire on their health status, the hospital scale of anxiety and depression. Mild ("subclinical") depression was diagnosed according to the patient's questionnaire in 81,9% of patients with acute myocardial infarction who underwent the stenting of the infarction-related artery; while 86.2% of the patients without surgical intervention who received only pharmaceutical therapy were diagnosed to have mild ("subclinical") and severe forms of depression. According to the hospital scale of anxiety and depression, 36,4% of the patients with acute myocardial infarction after percutaneous coronary intervention were diagnosed to have depression and the 34,1 % of the patients were found to have anxiety. 62,1% of the patients with acute myocardial infarction, who had not been urgently performed on coronary angiography, demonstrated depression, while 72,4% of the patients were assessed as anxious. For the patients with acute myocardial infarction, who underwent myocardial revascularization with stenting of the infarction-related artery, predominance of subclinical anxiety and depression manifestation is characteristic unlike the patients received the medication only; recurrence has been found as typical for clinically expressed anxiety and depression. The presence of anxiety-depressive disorders of varying severity requires a psychotherapeutic correction of the psycho-emotional sphere in patients with serious cardiovascular diseases.