

УДК 616.127-005.4-036.11- 616.8-008.64-071-072.7

В.К.Тащук
О.Ю.Поліщук
О.С.Полянська
І.В.Бачинська

РЕЄСТР ГОСТРОГО ІНФАРКТА МІОКАРДА В ПІВНІЧНІЙ БУКОВИНІ - МОТИВАЦІЯ ВПЛИВУ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

Буковинський державний медичний
 університет, м. Чернівці

Ключові слова: гострий інфаркт
 міокарда, депресії, шкали Гамільтона.

Резюме. У роботі досліджено використання шкали депресії Гамільтона (HDRS) у хворих на гострий інфаркт міокарда (ІМ) та вплив дистрессорних проявів у даній категорії пацієнтів у гендерному та статевому аспектах, що виявлено у 81,67% хворих. Водночас відсутність депресії більше притаманна чоловікам (22,22 vs 15,16%), а депресивний розлад середнього ступеня тяжкості частіше зустрічався в осіб старшої вікової групи (29,12 vs 19,49%).

Вступ

Дослідженнями останніх років визначено, що ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається провідною причиною скоригованих за інвалідності років життя, показник (DALYs) у всьому світі (у порівнянні з четвертим ранжуванням у 1990 р. збільшився на 29%), одночасно великі депресивні розлади зросли з 15 до 11 рангу (збільшення на 37%) [10]. У загальній популяції депресивні розлади займають від 5 до 17% [1], депресії визнані ризик-фактором коронарних подій [3,7]. В поодиноких дослідженнях [17] створюється єдиний концепт кардіальної і депресивної психосоматичної єдності патогенезу дестабілізації, в тому числі доводиться зв'язок таких факторів, як порушення в автономній нервовій системі та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковій системі, запалення, ендотеліальна дисфункція та активація і агрегація тромбоцитів. Достатньо велика кількість трайлів останніх років, що присвячені вивченню впливу панічних атак, депресивних розладів, тривожності на розвиток і перебіг коронарної патології, такі як CODIACS (Comparison of Depression Interventions after Acute Coronary Syndrome), COPEs (Coronary Psychosocial Evaluation Studies), DECARD (DEpression in patients with Coronary Artery Disease), KERCADR (Kerman Coronary Artery Disease Risk), SADHART-CHF (Sertraline Against Depression and Heart Disease in Chronic Heart Failure), TWIST (TWeeasteden mIld Stenosis), побудовані на оцінці впливу депресій на перебіг ІХС, її гострих і хронічних форм, в тому числі інфаркту міокарда (ІМ).

Мета дослідження

Оцінити можливість і ефективність використання шкали депресії Гамільтона у хворих на гострий ІМ та вплив дистрессорних проявів у даній категорії пацієнтів у гендерному та статевому аспектах.

Матеріал і методи

Обстежено 120 хворих (54 чоловіка та 64 жінки) з діагнозом гострого ІМ. За віком та глибиною ураження міокарда групи чоловіків та жінок не відрізнялися. Клінічні особливості та ступінь виразності депресивної симптоматики визначали згідно прийнятої шкали депресії Гамільтона (HDRS - Hamilton Depression Rating Scale) [8, 11].

Згідно шкали HDRS за відповідною кількістю балів пацієнти розподілялися таким чином: 1. 0-7 – відсутність депресії; 2. 8-13 – депресивний розлад легкого ступеня; 3. 14-18 – депресивний розлад середнього ступеня; 4. 19-22 – депресивний розлад важкого ступеня; 5. понад 23 – депресивний розлад вкрай важкого ступеня.

Обговорення результатів дослідження

Згідно проведеного дослідження відсутність депресивного розладу виявлена лише у 18,33% пацієнтів, що перенесли ІМ. Різного ступеня вираженості депресивний розлад встановлено у 81,67 % хворих, а саме: депресивний розлад легкого ступеня – у 14,17%, середнього ступеня – у 25,83 % хворих, важкого та вкрай важкого ступеня – у 18,34 та 23,33% випадків відповідно.

У статевому аспекті за ступенем вираженості депресивного розладу частки жінок та чоловіків приблизно відповідали загальному розподілу: легкий ступінь спостерігався в 14,81% чоловіків та 13,64 % жінок, середній ступінь частіше спостерігався в жінок - 28,79% проти 22,22% у чоловіків, важкий та вкрай важкий ступінь приблизно з однаковою частотою був притаманний і чоловікам і жінкам – 18,54% та 22,21% чоловіків проти 18,18 та 24,23 % жінок, розбіжності не були достовірними (рис. 1).

Серед осіб, у яких за результатами шкали Гамільтона виявлено відсутність депресії більшість виявилася чоловіками. У 22,22% чоловіків та лише

у 15,16% жінок ознаки депресії були відсутніми. Напевно саме за рахунок більшої частки осіб із відсутністю депресії серед чоловіків абсолютне значення результату шкали Гамільтона виявилося більшим в жінок $17,34 \pm 2,21$ проти $15,81 \pm 2,40$ хоча розбіжності не були достовірними.

Подальший аналіз проводився із врахуванням віку та статі обстежених хворих. Першу підгрупу склали пацієнти до 55 років включно. Старші 55 років хворі становили другу підгрупу. Розподіл ступеня вираженості депресивних розладів в осіб молодшої вікової групи представлений на рисунку 2, розбіжності не були достовірними.

Серед осіб молодшої вікової групи незначно переважали пацієнти без ознак депресивного розладу – 24,44%, за ступенем тяжкості розподіл виявив приблизно однакове поширення від легкого до вкрай важкого депресивного розладу – від 17,07% до 19,51% відповідно.

Натомість в осіб старшої вікової групи найчастіше зустрічався депресивний розлад середнього ступеня тяжкості – 29,12%, у чверті пацієнтів (25,31%) зафіксовано вкрай важкий депресивний розлад, рідше спостерігалися відсутність депресії – 15,19%, легкий депресивний розлад – 12,66% або депресивний розлад важкого ступеня – 17,72%, розбіжності не були достовірними (рис. 2).

Виявлені певні статеві відмінності в розподілі хворих за ступенем вираженості депресії залежно від віку. Так у молодшій віковій групі до 55 років включно частки чоловіків із відсутністю депресії, тяжким та вкрай тяжким ступенем були однаковими – 24,0%, рідше зустрічалася депресія легкого та середнього ступеня – 12,0% та 16,0% на відміну від жінок, у яких однаково часто були зафіксовані відсутність депресії, розлади легкого та середнього ступеня – відповідно по 25,0%, та значно рідше депресії важкого та вкрай важкого ступеня – відповідно по 12,5%. У зіставленні з даними літератури згідно дослідження KERCADR [9], у жінок взагалі частіше (29,1% vs. 16,7%) реєструється неспокій і тривожність.

Серед осіб, що перенесли ІМ старшої вікової групи і в чоловіків і в жінок найчастіше зустрічав-

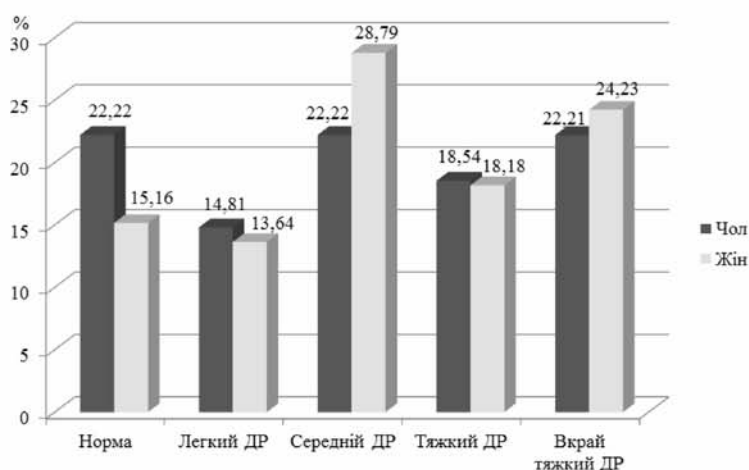


Рис. 1. Статевий розподіл ступеня вираженості депресивного розладу у пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда

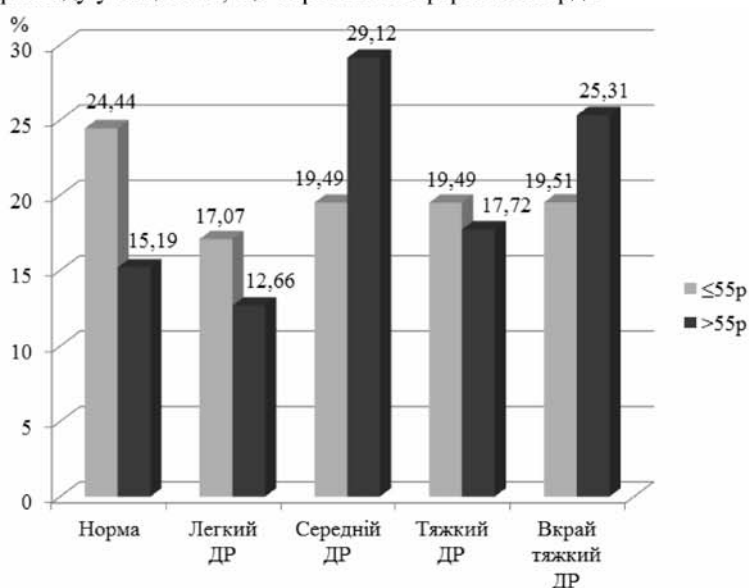


Рис. 2. Депресивні розлади у пацієнтів віком до 55 років включно і старше 55 років, що перенесли інфаркт міокарда за результатами шкали Гамільтона

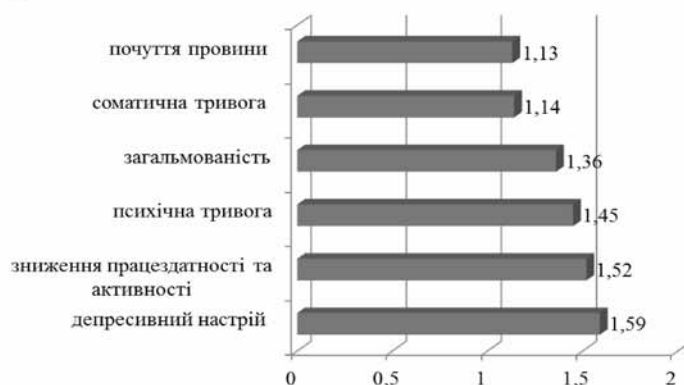


Рис. 3. Структура депресивної симптоматики в пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда

ся депресивний розлад середнього ступеня тяжкості: у чоловіків в 27,48% випадків, у жінок – в 30%. У чоловіків в порівнянні з жінками частіше (хоча і недостовірно) спостерігалися відсутність депресії або депресивний розлад легкого ступеня

- 20,64% та 17,21% проти 12,0% та 10,0% відповідно, що відповідає даним літератури про більшу частоту коронарної хвороби серця і депресій у жінок і є обумовленим біологічними механізмами, що лежать в основі цього об'єднання, такими як дисфункція ендотелію, субклінічний атеросклероз, запалення і порушення вегетативної регуляції [12].

Депресивні розлади тяжкого та вкрай тяжкого ступеня у власному дослідженні більшою мірою були притаманні жінкам старшої вікової групи - 20,0% та 28,0%. Частка чоловіків з депресивними розладами тяжкого та вкрай тяжкого ступеня була дещо меншою, хоча і недостовірно, в порівнянні з жінками старшої вікової групи – 13,78% та 20,89%.

У структурі депресивної симптоматики найбільшу вираженість мали наступні показники: депресивний настрій - 1,59 бала, зниження працездатності та активності - 1,52 бала, психічна тривога – 1,45 бала, загальмованість – 1,36 бала, соматична тривога – 1,14 бала, почуття провини - 1,13 бала (рис. 3), дещо менший показник – від 0,83 до 0,94 бали склали симптоми загальносоматичні, шлунково-кишкові, ранне безсоння та збудження/ажитація. У зіставленні з даними літератури, у дослідженні пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (CH) SADHART-CHF (Sertraline Against Depression and Heart Disease in Chronic Heart Failure) [13] в умовах використання спеціального опитувальника (Kansas City. Cardiomyopathy Questionnaire) та 36-Item Short Form Health Survey (MOS SF-36), 6-хв тесту, заключна оцінка шкали депресії Гамільтона складала $3,50 \pm 2,08$ бали і $12,97 \pm 4,33$ бали ($p=0,0001$) у групах ремісії і без ремісії відповідно, а отже кардіальна патологія суттєво погіршувала прояви депресії і одночасно зменшення депресії обумовлювало позитивні результати тесту з 6-хв ходьбою в групі з ремісією депресії в зіставленні групою без ремісії.

У власному дослідженні значення від 0,58 до 0,75 бала склали показники іпохондрії, суїцидальних намірів, середнього та пізнього безсоння, генітальні симптоми. Згідно даних літератури, використання шкали Гамільтона і опитувальника Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) [20], дозволило авторам дійти висновку, що взагалі при першому епізоді депресії функціональні соматичні скарги є досить поширеними, а найбільш розповсюдженими функціональними соматичними скаргами є відчуття втоми/втрати енергії (93,0%), проблем зі сном (80,0%), нудоти, метеоризму і порушень травлення (68,0%), головного болю (68,0%), болі в руках, ногах і суглобах (66,0%), і серцебиття (65,0%).

У власному дослідженні у хворих із гострим ІМ не виявлено взагалі таких проявів, як пара-

ноїдні, obsесивно-компульсивні симптоми, деперсоналізація та дереалізація.

У більшості хворих (85,0%) виявлено зниження настрою. Так 38,33% обстежених повідомляли про свої переживання при розпитуванні, 30,0% пацієнтів спонтанно розповідали про свої переживання, 16,67% - виражали свої почуття вербально та невербально. Відчуття провини було притаманне 60,0% хворих, а саме наявні ідеї самозвинувачення у 38,33% та наявні ідеї провини та покарання за гріхи минулого у 21,67% обстежених.

Розглядаючи проблеми сну в пацієнтів, що перенесли ІМ, виявлено такі особливості: хворі висловлювали щоденні скарги на труднощі засинання – 35,00%, періодично такі труднощі відзначали 22,5%. Скарги на неспокій впродовж ночі вказували 23,33%; 25,0% хворих при пробудженні не могли знову заснути.

Думки та відчуття втоми стосовно працездатності та активності були притаманні 39,17% хворих, втрата інтересу до роботи спостерігалась у 20,83%; у 19,17% хворих було виявлено суттєве зниження активності та працездатності, 3,33% пацієнтів були непрацездатними по причині даного захворювання.

Загальмованість думок та відчуття втоми спостерігалась у 69,33% хворих. Психічна тривога була виявлена в 65,0% досліджуваних, із них 25,00% хворих висловлювали думки про відчуття втоми, слабкості, 28,33% турбувалися з будь-якої причини та 16,67% - виявляли ознаки особливої стурбованості, що проявлялися в міміці та жестах. Соматична тривога виявлена в 66,67% хворих, із них у 35,0% середнього ступеня, у 31,67% - тяжкого.

Аналізуючи прояви шлунково-кишкових соматичних симптомів виявлено, що 30,83% хворих скаржились на відсутність апетиту, але їли самостійно, без примусу, 20,83% хворих мали труднощі в прийомі їжі без участі персоналу, потребували проносних та інших засобів для покращання травлення.

Загальносоматичні симптоми, а саме: відчуття тяжкості та втоми в тілі, м'язовий біль спостерігалась у 22,5%, чітка вираженість будь-якого загальносоматичного симптому була виявлена у 35,83% хворих.

Легке зниження статевого потягу відмічалось у 24,17% хворих, виражене зниження статевого потягу відмічалось в 15,83% досліджуваних. Можна стверджувати, що генітальні симптоми більше характерні для осіб з депресивними та тривожними розладами, хоча як відомо ІХС також негативно впливає на лібідо [2], при цьому цікавим є виявлений факт, що дотримання терапії

антигіпертензивними препаратами більш значно пов'язане із депресією і тривожними розладами в чоловіків, але не жінок [4]. Взагалі, згідно з даними літератури [21], еректильна дисфункція значною мірою пов'язана з віком ($p < 0,001$), освітою ($p = 0,019$), родом занять ($p = 0,002$), рівнем гемоглобіну ($p = 0,003$), фракцією викиду лівого шлуночка ($p = 0,030$), рівнем холестерину ($p = 0,001$), порушеннями функції нирок ($p = 0,009$), застосуванням дигоксину ($p = 0,014$), інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту ($p < 0,001$), бета-блокаторів ($p = 0,001$), діуретиків ($p = 0,035$), депресії ($p < 0,001$) та якості життя ($p < 0,001$), що і підтверджено у власному дослідженні стосовно пацієнтів з ІМ.

Аналізуючи іпохондричні прояви ми встановили, що підвищений інтерес до власного тіла проявляли 29,17%, часті скарги та особливу занепокоєність своїм здоров'ям виказували однаковою відсоток хворих – 9,17%.

Добові коливання стану були виявлені в 55,00% пацієнтів, погіршення стану зранку закономірно відзначають більша кількість хворих 43,33% в порівнянні з особами, в яких погіршення стану припадає на вечірній час – 11,67%.

Питання депресій залишається особливо актуальним для пацієнтів із невираженими змінами коронарного русла, оскільки в цьому випадку пацієнти з дистресорним типом особистості «Д», згідно результатів дослідження TWIST, демонструють більшу поширеність болю в грудях (57 проти 40% випадків), гірше сприйняття хвороби, зниження задоволення лікуванням, поганий фізичний та психічний стан здоров'я, більші емоційні переживання, стенокардію чи фізичні обмеження [23], що власне кардіологом сприймається як нестабільність ішемізованої ділянки або неефективність запропонованого антиішемічного лікування.

Отже проаналізувавши результати дослідження за допомогою шкали Гамільтона, можна стверджувати, що в пацієнтів, які перенесли ІМ, переважали наступні психопатологічні симптоми: зниження настрою, втрата інтересу до діяльності, відчуття втоми, тривога, розлади сну. Слід зазначити, що однією з домінуючих результуючих, яка визначає подальший перебіг ІМ, є хронічна СН, а прояви депресії, згідно даних літератури, якраз і промотують несприятливий її перебіг [15] і за рахунок депресії збільшує економічну вартість лікування такого хворого на 36% [19]. Надзвичайна важливість такого визначення зумовлена світовими дослідженнями [5], які свідчать про високу ймовірність впливу депресивних симптомів на з підвищення захворюваності і смертності в пацієнтів з ІХС. Так дослідження 4676

учасників з попередньою історією ІХС при оцінці шкали депресії і кінцевої точки – розвитку ІМ, свідчить про 13,6% депресивних симптомів в дослідженій популяції, а більш високий ризик розвитку ІМ або смерті спостерігався за підвищення депресивної симптоматики після правки на демографічні дані (відношення ризиків [ВР] 1,41, 95% довірчий інтервал [ДІ]: 1,15-1,72) і не був значним після правки на поведінкові механізми (ВР 1,14, 95% ДІ 0,93-1,40). Отже, продовження пошуку нових підходів і створення анти-депресивних заходів є доцільним, в тому числі із залученням Web-ресурсів, створенням для кардіологічних пацієнтів інтернет-програм самопомоги [22], а фізична і психологічна програма реабілітації за результатами досліджень [14] дозволяє об'єктивізовано оптимізувати стан пацієнтів, в тому числі за результатами тесту з 6-хв ходюю. Визначення деяких особливостей лікування ІХС згідно спільного впливу на ІХС і депресії свідчить, що точка зору про депресивний вплив бета-адреноблокаторів є непідтвердженою [16], навіть у похилому віці не об'єктивізує синдром депресії (HR 0,99; 95% ДІ 0,53-1,84), окрім пропранололу, застосування якого перші три місяці асоціювалося з симптомами, але не синдромом депресії (HR 3.31; 95% ДІ 1,03-10,6) [6], а зниження виробництва оксиду азоту може бути потенційним чинником судинної дисфункції у депресивних хворих, а отже в центральній нервовій системі пацієнтів із депресією відбувається також зниження продукції оксиду азоту [18].

Висновки

1. Депресивний розлад різного ступеня вираженості приблизно з однаковою частотою притаманний і чоловікам і жінкам, що виявлено у 81,67% хворих на гострий інфаркт міокарда, водночас відсутність депресії більше притаманна чоловікам (22,22 vs 15,16%). У осіб старшої вікової групи частіше зустрічався депресивний розлад середнього ступеня тяжкості (29,12 vs 19,49%).

2. У структурі депресивної симптоматики найбільшу вираженість демонструють: депресивний настрій (1,59 бала), зниження працездатності та активності (1,52 бала), психічна тривога (1,45 бала), загальмованість (1,36 бала), соматична тривога (1,14 бала), почуття провини (1,13 бала).

Перспективи подальших досліджень

Зважаючи на вплив депресивних розладів на формування і перебіг гострого ІМ та дослідження останніх років про зміну ставлення до бета-адреноблокаторів і синдрому депресії доцільним є визначення особливостей фармакотерапії такої поєднаної патології.

Література. 1. Михайлов Б.В. Проблема депрессий в общесоматической практике / Б.В. Михайлов // Международный медицинский журнал. - 2003. - Т. 9. № 3. - С. 22-27. 2. Петренко В.Ю. Емоційні розлади у чоловіків, хворих на ішемічну хворобу серця, з порушеннями сексуальної функції: Автореф. дис. канд. мед. наук: 19.00.04 – медична психологія / Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. Х., 2009. - 20 с. 3. Тривожність, як риса особистості у пацієнтів з гострим коронарним синдромом / В.К.Ташук, О.Ю.Полищук, О.С.Юрченко, О.М.Пендерецька // Клінічна та експериментальна патологія. - 2011. - Т 4. - С. 120-122. 4. Association between depressive and anxiety disorders and adherence to antihypertensive medication in community-living elderly adults / L.Gentil, H.M.Vasiliadis, M.Priville [et al.] // J. Am. Geriatr. Soc. - 2012. - Vol. 60, # 12. - P. 2297-2301. 5. Behavioral mechanisms, elevated depressive symptoms, and the risk for myocardial infarction or death in individuals with coronary heart disease: a REGARDS (Reason for Geographic and Racial Differences in Stroke) study / S.Ye, P.Muntner, D.Shimbo [et al.] // J.Am.Coll.Cardiol. - 2012. - [Цит. 2012, 27 грудня]. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23290548>. 6. в-blockers and the risk of incident depression in the elderly / H.J.Luijendijk, J.F.van den Berg, A.Hofman [et al.] // J. Clin. Psychopharmacol. - 2011. - Vol. 31, N 1. - 45-50. 7. Carney R.M., Freedland K.E. Is there a high-risk subtype of depression in patients with coronary heart disease? / R.M. Carney, K.E. Freedland // Curr. Psychiatry Rep. - 2012. - Vol. 14, N 1. - P. 1-7. 8. Characteristics of depression remission and its relation with cardiovascular outcome among patients with chronic heart failure (from the SADHART-CHF Study) / W.Jiang, R. Krishnan, M.Kuchibhatla [et al.] // Am. J. Cardiol. - 2011. - Vol. 107, N 4. - P. 545-551. 9. Coronary Artery Disease Risk Factors in an Urban and Peri-urban Setting, Kerman, Southeastern Iran (KERCADR Study): Methodology and Preliminary Report / H.Najafipour, A.Mirzazadeh, A.Haghdooost [et al.] // Iran J. Public Health. - 2012. - Vol. 41, N 9. - P. 86-92. 10. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / C.J.Murray, T.Vos, R.Lozano [et al.] // Lancet. - 2013. - # 380(9859). - P. 2197-223. 11. Efficacy and tolerability of antidepressants for treatment of depression in coronary artery disease: a meta-analysis / Y.Dowlati, N.Herrmann, W.L.Swardfager [et al.] // Can. J. Psychiatry. - 2010. - Vol. 55, N 2. - P. 91-99. 12. Epidemiology and Management of Depression Following Coronary Heart Disease Diagnosis in Women / S.Ye, E.G.Denton, L.T.Wasson, K.W.Davidson // Curr. Cardiovasc. Risk Rep. - 2012. - Vol. 6, N 3. - P. 210-218. 13. Health status and depression remission in patients with chronic heart failure: patient-reported outcomes from the SADHART-CHF trial / G.L.Xiong, M.Fiuzat, M.Kuchibhatla [et al.] // Circ. Heart Fail. - 2012. - Vol. 5, N 6. - P. 688-692. 14. Home-based cardiac rehabilitation is an attractive alternative to no cardiac rehabilitation for elderly patients with coronary heart disease: results from a randomised clinical trial / B.Oerkild, M.Frederiksen, J.F.Hansen, E.Prescott // BMJ Open. - 2012. - Vol. 2, N 6. - [Цит. 2012]. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу <http://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001820.long>. 15. Jimenez J.A., Mills P.J. Neuroimmune mechanisms of depression in heart failure / J.A. Jimenez, P.J. Mills // Methods Mol. Biol. - 2012. - N 934. - P. 165-182. 16. Luijendijk H.J., Koolman X. The incentive to publish negative studies: how beta-blockers and depression got stuck in the publication cycle / H.J.Luijendijk, X.Koolman // Clin. Epidemiol. - 2012. - Vol. 65, N 5. - 488-492. 17. Pizzi C. Pathophysiological mechanisms linking depression and atherosclerosis: an overview / C.Pizzi, L.Santarella, M.G. Costa // J.Biol. Regul. Homeost. Agents. - 2012. - Vol. 26, N 4. - P. 775-782. 18. Plasma nitrate levels and flow-mediated vasodilation in untreated major depression / R.G.Garcna, J.G.Zarruk, C.Barrera [et al.] // Psychosom. Med. - 2011. - Vol. 73, N 4. - P. 344-349. 19. Predicting costs of care in heart failure patients / D.H.Smith, E.S.Johnson, D.K.Blough [et al.] // BMC Health Serv. Res. - 2012. - N 12. - P. 434. 20. Prevalence and type of functional somatic complaints in patients with first-episode depression / S.Grover, V.Kumar, S.Chakrabarti [et al.] // East Asian Arch. Psychiatry. - 2012. - Vol. 22, N 4. - P. 146-153. 21. Sexual

dysfunction in males with systolic heart failure and associated factors / S.Zeighami Mohammadi, M.Shahparian, F.Fahidy, E.Fallah // ARYA Atheroscler. - 2012. - Vol. 8, N 2. - P. 63-69. 22. The InterHerz project - a web-based psychological treatment for cardiac patients with depression: study protocol of a randomized controlled trial / N.Messlerli-Bьrgy, J.Barth, T.Berger [et al.] // Trials. - 2012. - Vol. 13, N 1. - P. 245. 23. Type D personality and patient-perceived health in nonsignificant coronary artery disease: the TWeesteden mIld Stenosis (TWIST) study / P.M.Mommersteeg, I.Pot, W.Aarnoudse [et al.] // Qual Life Res. - 2012. - [Цит. 2012, 21 грудня]. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23263915>

РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В СЕВЕРНОЙ БУКОВИНЕ - МОТИВАЦИЯ ВЛИЯНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

*В.К.Ташук, А.Ю.Полищук, О.С.Полянская,
И.В.Бачинская*

Резюме. В работе исследовано использование шкалы депрессии Гамильтона (HDRS) у больных острым инфарктом миокарда (ИМ) и влияние дистрессорных проявлений у данной категории пациентов в гендерном и половом аспектах, обнаружены в 81,67% случаев, одновременно отсутствие депрессии более присуще мужчинам (22,22 vs 15,16%), а депрессивное расстройство средней степени тяжести чаще встречалось у лиц старшей возрастной группы (29,12 vs 19,49%).

Ключові слова: острый инфаркт миокарда, депрессии, шкала Гамильтона.

REESTR OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION OF NOTHERN BUCOVINA – INFLUENCE OF DEPRESSION

*V.K.Tashchuk, O.Yu.Polishchuk, O.S.Polyanska,
I.V.Bachinska*

The aim of the study. To assess possibility and effectiveness of the Hamilton depression scale use in patients with acute myocardial infarction (AMI) and the distress manifestations in these patients according to gender and sexual aspects. **Materials and methods.** The study involved 120 patients (54 men and 64 women) with a diagnosis of AMI. By age and degree of myocardial injury groups of men and women did not differ. **Results.** After analyzing the results of studies using the Hamilton scale, it should be stated that in patients with previous myocardial infarction, the following psychopathological symptoms dominate: depressed mood, loss of interest in activities, fatigue, anxiety, sleep disorders. It is noted that one of the resulting dominant, which determines the further course of MI, is chronic heart failure, and signs of depression, according to the literature analysis, precisely adversely promote its course. **Conclusions.** 1. Depressive disorders of different degree of severity approximately equally occur in men and women. They were found in 81.67% of patients with acute myocardial infarction, while absence of depression is more typically for men. In elderly patients depressive disorder of moderate degree of severity is diagnosed in most cases.

2. Among depressive symptoms the most widely spread are depressed mood, decreased capacity for work and activity, mental anxiety, lethargy, somatic anxiety, feeling of guilt.

Key words: acute myocardial infarction, depression, Hamilton Depression Rating Scale.

Bukovyna State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2013. - Vol.12, №3 (45).-P.177-181.

Надійшла до редакції 03.09.2013

Рецензент – проф. Т.О.Лашук

© В.К.Ташук, О.Ю.Полищук, О.С.Полянская, И.В.Бачинская, 2013