

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Г.Б.Ходжиева, К.З.Ураков, Х.Э.Рахмонов, Ш.М.Джураев

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Авторами проведена оценка психоэмоциональной сферы при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), теста Спилберга-Ханина (HDRS), опросника Басса-Дарки с уровнем враждебности и агрессивности у больных молодого возраста с острым инфарктом миокарда (ОИМ), находящихся на стационарном лечении в инфарктном отделении Республиканского клинического центра кардиологии.

Обследовано 24 больных, до и после лечения. Выявлено влияние депрессии и тревожных состояний на течение ОИМ у пациентов молодого возраста. В результате проведённого исследования отмечается более тяжёлое течение ОИМ у пациентов с депрессией, где заметны более высокие показатели шкал HDRS (46,3±3,2 балла) и HADS (тревога 40,4±3,6 баллов, депрессия 36,6±4,2 баллов). В группе больных инфарктом миокарда с депрессией отмечается увеличение частоты сердечного сокращения, систолического артериального давления и диастолического артериального давления, что свидетельствует о более тяжёлом течении инфаркта миокарда по сравнению с группой больных без депрессии.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда, депрессия, тревога, реактивная и личностная тревожность, враждебность и агрессивность

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС), является одной из основных причин смерти в большинстве индустриальных стран мира. Значительный ущерб, наносимый здоровью населения сердечно - сосудистыми заболеваниями, обуславливает актуальность этой проблемы для общества. Предполагается, что психосоциальные факторы могут быть одной из причин негативной динамики состояния здоровья населения и вносить существенный вклад в заболеваемость и смертность от ИБС [1,2].

По прогнозам экспертов ВОЗ к 2020 году произойдут существенные изменения в структуре заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологией. Ожидается, что первое и второе место в качестве причин потери трудоспособности и смерти населения займут, соответственно, ИБС и депрессия. Рост количества депрессивных нарушений, их негативное взаимовлияние с сердечной патологией требует активного участия кардиологов в решении проблемы депрессивных расстройств. В настоящее время отсутствует определённая концепция диагностики и лечения депрессивных расстройств у больных с патологией сердечно-сосудистой системы. По результатам крупного эпидемиологического исследования INTERHEART показано, что депрессия и стресс являются третьим по значимости фактором риска развития ОИМ [3,4].

Множество работ последних лет как отечественных, так и зарубежных авторов, свидетельствуют о связи тревоги и депрессии с последующим развитием ИБС. У больных, страдающих умеренной и сильной тревогой, в 4 раза больше риск развития ИБС по сравнению с лицами, не имеющими тревожных расстройств [3].

В тоже время у больных ИБС расстройства психоэмоциональной сферы встречаются значительно чаще, чем в общей популяции. Показано, что панические проявления в общей популяции составляют 1,5-4%, а у больных ИБС - 32-50% [1,5].

По данным Вологдиной И.В., 40% больных с ИБС, страдают депрессивными и тревожными расстройствами различной степени выраженности. Установлено, что у больных ИБС риск развития коронарной смерти тем выше, чем более выражена депрессия: при малой выраженности депрессии риск коронарной смерти увеличивается в 1,6 раза, а при выраженной в 3 раза. Часть расстройства эмоциональной сферы наблюдаются после перенесенного ИМ. Так, депрессия встречается у 27% больных, перенёвших ИМ. Смертность среди больных, перенёвших ИМ и имеющих расстройства психоэмоциональной сферы, выше в 6 раз, по сравнению с пациентами, перенёвшими ИМ и не страдающими депрессией и повышенной тревожностью. У больных ИБС вероятность летального исхода повышается в 1,5 раза, что неоспоримо выше, чем при других заболеваниях [2,4,6].

У лиц, подверженных воздействию факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, происходит изменение структурно-функциональных характеристик левого желудочка, которое обозначается как ремоделирование сердца и выражается в виде увеличения массы миокарда, истончения его стенок, дилатизации полости и сферизации левого желудочка, а также в угнетении его сократимости и релаксации [4].

Специально проведённые исследования позволили установить, что доля больных, которым устанавливается правильный диагноз ОИМ, не превышает 10-50% и всего лишь 13% больным назначаются антидепрессанты [7,8].

Несмотря на высокую распространённость депрессивных и тревожных расстройств, депрессии распознаются не более, чем у половины больных, причём даже в этом случае лишь один пациент из десяти получает необходимую специализированную помощь [4].

Цель исследования. Оценить влияние психогенных факторов на возникновение и течение острого инфаркта миокарда (ОИМ) в молодом возрасте.

Материалы и методы исследования. В инфарктном отделении Республиканского клинического центра кардиологии Министерства здравоохранения Республики Таджикистан обследовано 24 больных с ОИМ в возрасте от 35 до 45 лет, которые составили основную группу.

Критерием включения в исследование являлся возраст от 35 до 45 лет, средний возраст больных составил $41,6 \pm 3,4$ среди них было 20 (83,3%) мужчин и 4 (16,6%) женщины с первичным ОИМ.

Критерии исключения: неконтролируемая артериальная гипертензия, инсульт в предшествующие 2-3 месяца, больные, имеющие тяжёлую сопутствующую соматическую патологию, выраженная хроническая почечная недостаточность, злокачественные новообразования.

Исследование проводилось в первые 2-3 дня пребывания больных в стационаре и с добровольного согласия со стороны больных. Диагноз ОИМ документирован на основании данных электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ), биохимических методов исследования. В ходе исследования всем пациентам проводили ЭКГ в покое, по стандартной методике на двенадцатиканальном аппарате «Smart ECG», ЭхоКГ на эхокардиографе «Sonolaer-SSH 40A» фирмы «Toshiba», с последующим анализом. Также определялись биохимические показатели: общий холестерин, β -липопротеиды, АлАТ, АсАт по методике Райтмана-Френкеля, свертывающая система крови.

Оценка психоэмоциональной сферы проводилась при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) [9]. Шкала разработана Zigmond A.S. Snaith R.P. в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги. Этот опросник следует проводить в совокупности с другими методиками [9].

Тест Спилберга-Ханина (HDRS) – данный тест является надёжным и информативным способом самооценки уровня тревожности на момент обследования (реактивной тревожности) и личностной тревожности как устойчивой характеристики человека. Разработано Ч.Д. Спилбергером и адаптировано Ю.Л. Ханиным (1976). При интерпретации результат можно оценивать следующим образом: до 30 баллов - низкая тревожность; 31-45 баллов – умеренная тревожность; 46 и более баллов – высокая тревожность [9].

Агрессивность и враждебность оценивали по опроснику Басса-Дарки. Опросник личностный, разработан А.Бассом и А.Дарки в 1975 г. и предназначен для диагностики агрессивных и враждебных реакций [9].

Всем исследуемым больным измеряли систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), определяли фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ).

В контрольную группу (n=24) входили здоровые лица, без признаков поражения сердечно-сосудистой системы (без перенесённого ОИМ в анамнезе), такового же возраста (от 34 до 45 лет).

Результаты и их обсуждение. В результате проведённого исследования, выявлены различные формы тревожности у больных молодого возраста с ОИМ.

Частота выявления отдельных признаков уровней тревожности у больных ОИМ представлены в таблице 1.

Таблица 1

Частота распространения различных уровней тревожности у больных с ОИМ

Показатели	Больные N=24 (%)	Группа контр. N=24 (%)
Тревога по шкале HADS (баллы)		
Нормальная	2 (8,3)	5 (20,8)
Субклинически выраженная	10 (41,6)	12 (50)
Клинически выраженная	12 (50)	7 (29,16)
Депрессия по шкале HADS (баллы)		
Нормальная	6 (25)	6 (25)
Субклинически выраженная	8 (33,3)	13 (54,16)
Клинически выраженная	10 (41,6)	5 (20,8)
Шкала Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина (HDRS)		
Реактивная тревожность (баллы)		
Низкий уровень	4 (16,6)	7 (29,16)
Средний уровень	4 (16,6)	12 (50)
Высокий уровень	16 (66,6)	5 (20,8)
Личностная тревожность (баллы)		
Низкий уровень	2 (8,3)	4 (16,6)
Средний уровень	14 (58,3)	13 (54,16)
Высокий уровень	8 (33,3)	7 (29,16)
Опросник Басса-Дарки (баллы)		
Враждебность		
Норма	4 (16,6)	6 (25)
Увеличена	20 (83,3)	18 (75)
Агрессивность		
Норма	10 (41,6)	11 (45,8)
Увеличена	14 (58,3)	13 (54,16)

Из таблицы 1 видно, что в первые сутки ОИМ отмечается клинически выраженная тревога у 12 (50%) больных и субклинически выраженная тревога - у 10 (41,6%) больных по шкале HADS. Клинически выраженная депрессия - у 10 (41,6%) больных и субклинически выраженная депрессия - у 8 (33,3%) больных, по шкале HADS, по сравнению с контрольной группой.

Также отмечается высокий уровень реактивной тревожности у 16 (66,6%) больных, а средний уровень личностной тревожности составил 33,3%, т.е. у 8 больных, по шкале HDRS, что значительно выше контрольной группы. Высокий уровень враждебности - у 20 (83,3%) больных и агрессивности - у 14 (58,3%) больных из 24 больных по опроснику Басса-Дарки вызывает опасение, которое необходимо откорректировать в проведении лечения для уменьшения и устранения ранних осложнений ОИМ у молодых пациентов.

Всем больным с ОИМ проводили лечение по стандартной терапии. Исследования госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и теста Спилберга-Ханина (HDRS), проводили на второй – третий день после наступления ОИМ, и повторно через две недели после проводимой терапии.

Результаты изменений в состоянии больных по группам с депрессией и без депрессии до и после лечения, представлены в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительная клиническая характеристика больных с ОИМ с депрессией (n=24) в зависимости от лечения

Показатели	Значение выборки			
	2-3 день ОИМ	через 2 недели	2-3 день ОИМ	через 2 недели
	группа с депрессией (N=24)		группа без депрессии (N=24)	
HDRS баллы	46,3±3,2	21,2±3,8	22,6±2,2	21,1±1,7
HADS баллы				
Тревога	40,4±3,6	26,7±2,5	25,2±1,8	24,8±1,5
Депрессия	36,6±4,2	24,2±4,0	24,8±2,0	22,6±1,8
ЧСС (уд/мин)	88,7±10,1	79,6±12,2	76,4±12,4	70,1±10,2
САД (мм.рт.ст)	160±10	140±12	150±16	134±12
ДАД (мм.рт.ст.)	100±11	92±12	93±13	85,9±15
ФВ ЛЖ (%)	59,3±11	64,4±9,6	61,6±8	63,4±10

Примечание: ЧСС – частота сердечных сокращений, САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление, ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка

Из таблицы 2 видно: полученные данные показывают более тяжёлое течение ОИМ у пациентов с депрессией. В группе пациентов с депрессией, по сравнению с группой без депрессии, отмечаются более высокие показатели шкал HDRS (46,3±3,2 балла) и HADS (тревога 40,4±3,6 баллов, депрессия 36,6±4,2 баллов). А также отмечается увеличение ЧСС, САД и ДАД по сравнению с группой без депрессии.

В группе больных с депрессией на фоне стандартной терапии ИМ назначался антидепрессант атакс в дозе 10мг/сутки в течение двух недель, при показателях шкалы HDRS до 30 баллов назначали седативные препараты персен, тривалумен, новобрассит, после чего улучшилось клиническое состояние всех больных, уменьшилась выраженность депрессии и тревоги.

Среднее значение уровня депрессии и тревоги по шкалам HDRS и HADS в группе больных с депрессией, были более высокие. ФВ ЛЖ в группе с депрессией увеличилась, через 2 недели после коррекции лечения из $59,3 \pm 11\%$ до $64,4 \pm 9,6\%$.

В группе больных без депрессии ФВ ЛЖ к концу лечения составил $63,4 \pm 10\%$.

К концу второй недели проведение лечения в обеих группах отмечалось улучшение клинических показателей, снижение уровня депрессии, тревоги и САД.

Таким образом, в результате проведённых исследований необходимо учитывать уровень личностной и реактивной тревожности, уровень тревоги и депрессии. Для снижения количества неудовлетворительных исходов ОИМ у молодых, в максимально ранние сроки, путём проведения психологических тестов, необходимо выделить группу больных с депрессией и выраженной тревогой.

Значительные отклонения от уровня умеренной тревожности в сторону высокой требует особого внимания, поскольку предполагают возможное развитие психосоматического процесса.

При осуществлении лечебно-профилактических мероприятий в кардиологической практике необходимо учитывать психогенный фактор с учётом данных клинически- и субклинически - выраженной тревоги, реактивной и личностной тревожности, враждебности и агрессивности.

Л и т е р а т у р а

1. Лебедева Н.Б. Клинические, провоспалительные и гемореологические корреляты психофизиологических характеристик у больных инфарктом миокарда. Возрастные и гендерные особенности // Автореф. докт. дисс. – Кемерово. 2009. – 34с.
2. Вологодина И.В. Тревожно-депрессивные расстройства у больных с инфарктом миокарда у лиц пожилого возраста // Автореферат докт. дисс. С-Пб - 2009. – 42с.
3. Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В. Восьмилетнее изучение влияния депрессии на риск возникновения инфаркта миокарда в популяции мужчин 25-64 лет (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «Monica») // Терапевтический архив 2005. - №9. – С.60-64
4. Сыромятникова Л.И. Гендерные особенности клинико-метаболического и психоэмоционального статуса у больных инфарктом миокарда и их прогностическое значение // Автореф. докт. дисс. – Пермь. 2010. – 50с.
5. Sorensen C. Vermeltfoort + LAC. Subendocardial ischemia present in patients with chest pain and normal coronary angiogram? A cardiovascular M.K. study // Eur. Heart J. – 2007. – vol.28. – P. 1554-1558
6. Васюк Ю.А., Лебедев А.В., Иванова С.В., Довженко Т.В. Депрессия при инфаркте миокарда – фактор или маркер риска // Российский медицинский журнал. – М.: - 2006. - №3. – С.47-49
7. Гоштаутас А., Шинкарева А. и др. Эффективность мероприятий по ранней психологической реабилитации больных ишемической болезнью сердца // Кардиология – 2004. - №7. – С.35-39
8. Ибатов А.Д. Особенности течения ишемической болезни сердца и качество жизни больных с различным уровнем тревожных нарушений // Терапевтический архив 2007. - №12. – С.35-38
9. Большая энциклопедия психологических тестов // М. – 2004. – С.47-57

ХУЛОСА

ТАЪСИРИ ДЕПРЕССИЯ ВА ҲОЛАТҲОИ ҲАЯЧОНОВАР БА ҶАРАЁНИ ШАДИДИ САКТАИ ДИЛ ДАР СИННИ ҶАВОНИ

**Г.Б.Ҳочиева, К.З.Уроқов,
Х.Э.Раҳмонов, Ш.М.Ҷӯраев**

Муаллифон доираи рӯҳӣ – инфилоиро бо ёрии ҷадвали ҳоспиталии изтироб ва депрессия (ғамбеморӣ) (HADS), тести Спилберг-Ханин (HDRS), пурсишномаи Басс-Дарки бо дараҷаҳои адоват ва агрессивӣ дар беморони синни ҷавони гирифтори сактаи шадиди дил (СШД), ки дар шӯъбаи сактаи Маркази клиникии бемориҳои дили ҷумҳуриявӣ бистарӣ буданд, арзёбӣ намуданд.

24 нафар бемор то ва баъди муолаҷа муоина карда шуданд. Таъсири депрессия ва ҳолатҳои ҳаяҷоновар ба ҷараёни СШД дар беморони синнашон ҷавон ошқор карда шуд. Дар натиҷаи тадқиқот ҷараёни хеле вазнини СШД-ро дар беморони гирифтори депрессия бо нишондиҳандаҳои баландтари ҷадвали HDRS ($46,3 \pm 3,2$ балл) ва HADS (изтироб $40,4 \pm 3,6$ балл, депрессия $36,6 \pm 4,2$ балл) ба қайд гирифта шуд.

Дар гурӯҳи беморони гирифтори сактаи дил бо депрессия зиёдшавии басомади кашишхӯрии дил, фишори шараёнии систоликӣ ва диастоликӣ зикр шуд, ки аз ҷараёни вазнинтари сактаи дил дар муқоиса бо гурӯҳи беморони бе депрессия шаҳодат медиҳад.

SUMMARY

INFLUENCE OF DEPRESSION AND ANXIETY DISORDERS IN THE COURSE OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN YOUNG PATIENTS

G.B. Hojjeva, K.Z. Urakov, H.E. Rakhmonov, Sh.M. Juraev

Authors assessed the psychological and emotional sphere with hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the test Spielberg Hanina (HDRS), the questionnaire Bass-Darky with the level of hostility and aggression in patients with acute myocardial infarction (AMI). The patients in a young age are hospitalized in Infarction Department of the National Clinical Centre of Cardiology.

A total of 24 patients before and after treatment were investigated. The influence of depression and anxiety on the course of AMI in young patients was revealed. The study indicated a more severe course of AMI patients with depression, which has a higher rate scales HDRS ($46,3 \pm 3,2$ points) and HADS (anxiety $40,4 \pm 3,6$ scores, depression, $36,6 \pm 4,2$ points). In patients with myocardial infarction depression, there is an increase in heart rate (HR), systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP), indicating that more severe myocardial infarction compared with patients without depression.

Key words: ischemic heart disease, acute myocardial infarction, depression, anxiety, reactive and personal anxiety, hostility and aggressiveness

Адрес для корреспонденции:

Г.Б. Ходжиева – доцент кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки-39, E-mail: hodzhieva.gulnora@mail.ru