

О. О. Дукельський, гол. лікар медичного центру Дніпропетровської державної медичної академії, асистент каф. психіатрії ФПО ДДМА Дніпропетровська державна медична академія (м. Дніпропетровськ)

ДЕПРЕСІЯ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ СТЕНТУВАННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ

Досліджено наявність і ступінь проявів депресивних розладів у 107 хворих з ішемічною хворобою серця, які перенесли стентування коронарних артерій. З використанням скринінгової анкети для визначення депресії, шкал депресії за Гамільтоном, Беком, Шиханом в 38,8 % хворих виявлені депресивні розлади органічної природи легкого і помірного ступеня вираженості, у 12,9 % пацієнтів діагностований емоційно-лабільний або тривожний розлад. Встановлено пряму кореляцію депресивних розладів з основними факторами соціально-психологічної травмизації, зокрема з психологічним перенапруженням, наявністю соматичних захворювань, зниженням матеріального рівня життя пацієнта. Зроблено висновок про необхідність врахування факторів коморбідності цих захворювань та об'єднання зусиль кардіологів і психіатрів для лікування даного контингенту хворих.

Ключові слова: депресія, ішемічна хвороба серця, стентування

Серцево-судинні захворювання і депресія сьогодні є найсерйознішою медичною проблемою не тільки в нашій країні, але і за кордоном [1, 9]. Встановлено, що кожен третій пацієнт з ішемічною хворобою серця (ІХС), що переніс стентування коронарних артерій (СКА), має схильність до депресивних розладів [2, 4].

З моменту виходу першого великого огляду статті, опублікованої в кінці 90-х років минулого сторіччя, вийшла велика кількість описових робіт, що оцінюють зв'язок депресії із захворюваністю і смертністю від патології серцево-судинної системи (ССС). При цьому депресія розглядається і як причина, і як наслідок серцево-судинної патології [8, 10].

Депресія вважається загальнобіологічною реакцією заглиблення в негативні емоції під впливом факторів зовнішнього і внутрішнього середовища. Вона може існувати як симптом або як синдром при різних захворюваннях.

В залежності від генеза розрізняють декілька варіантів депресії при соматичних захворюваннях: нозогенні депресії (відображують реакцію особистості на хворобу), а також органічні і соматогенні депресії (відображують реакцію ЦНС на біохімічні і фізіологічні процеси, що відбуваються в організмі хворого внаслідок соматичного або неврологічного захворювання) [11].

Соматичне захворювання є безпосередньою причиною депресії (спільні ланки патогенезу, зниження індивідуального бар'єра адаптації до впливу психогенних факторів), прискорює розвиток (сприяє маніфестації клінічних проявів) депресії при наявності відповідної схильності [11]. Депресія може розвинути як реактивний стан на тяжке соматичне захворювання (нозогенна депресія), яке обумовлене низкою психологічних, соціальних, особистісних, біологічних факторів, що містять об'єктивні параметри тілесного захворювання. Повідомлення про діагноз тяжкої хвороби, несприятливий перебіг захворювання із загрозою для життя пацієнта, зокрема гострий інфаркт міокарду (ІМ), потенціують розвиток нозогенної депресії. Важливе значення

має самопочуття хворого. Посилює депресію тілесний дискомфорт (біль, задишка, порушення ритму серця тощо), часто поєднаний з генералізованою тривогою та панічними атаками.

Розрізняють короткочасні та затяжні нозогенні депресії. Тривалість короткочасних депресій не перевищує 1—2 місяці. Найчастіше такі депресії виявляються як психогенна реакція на повідомлення про тяжку хворобу, що сприймається пацієнтом як катастрофа, або на психотравмуючий вплив госпіталізації в стаціонар (часто для оперативного лікування) і клінічно виявляються зниженим настроєм, песимістичним поглядом на стан свого здоров'я, минутою тривогою та турботою про своє майбутнє, драматизацією ситуації, відчуттям безпорадності та безсилля. Для припинення короткочасних депресивних реакцій необхідно застосовувати психотерапевтичне втручання та за необхідності антидепресивну терапію. Редукція нозогенної депресії відбувається паралельно з покращанням соматичного статусу, якості життя (ЯЖ) і відновленням працездатності [6, 11].

Тривалість затяжної нозогенної депресії може перевищувати 6—12 місяців. Часто вони формуються в умовах посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Психотравмуючим фактором є тяжке важко виліковне захворювання (інфаркт міокарда, АКШ тощо). Крім депресивного симптомокомплексу, який найчастіше проходить у рамках іпохондричної депресії, в клінічній картині домінують нав'язливі думки про можливість швидкого летального кінця, спогади про перенесені операції та епізоди нестерпного болю, страху рецидиву хвороби, страху залишитися скаліченим тощо [3, 9, 11]. Ці стани є аналогічними по відношенню до флеш-бек феноменів при ПТСР. Іноді в структурі депресивного синдрому переважають ідеї провини перед близькими через фізичну неповноцінність, безпорадність і роль тягаря в сім'ї. Психічний і соматичний статус може погіршитися при відсутності підтримки з боку близьких і родичів.

Соматогенна депресія — це симптоматична депресія, що виникає в умовах соматичних захворювань, зазвичай тяжких, з хронічним перебігом. У клінічній картині соматогенної депресії домінують ознаки астеничної депресії з гіперестезією, дратівливою слабкістю, підвищеною стомлюваністю, сльозливістю, легкодихістю.

В деяких випадках (частіше при патології судин) спостерігається тривожна депресія з вибухами дратівливості та дисфорії. У пацієнтів можуть розвинути ангедонія, психомоторна загальмованість, слабкість концентрації уваги, забудькуватість, нездатність до зосередження. Виявляються вегетосудинні прояви (шум і дзвін у вухах, головний біль, запаморочення). Ступінь вираженості соматогенної депресії пов'язаний з соматичним станом пацієнта: при наростанні тяжкості основного захворювання посилюються також психопатологічні прояви, при редукції соматичних симптомів полегшуються також прояви соматогенної депресії.

Соматогенна і органічна депресія спостерігаються при багатьох захворюваннях, на фоні яких найчастіше

виявляються клінічно окреслені депресивні розлади, які, в свою чергу, можуть спровокувати суїцидальну поведінку [13].

У більшості досліджень, спрямованих на вивчення взаємозв'язку між зростанням тяжкості депресії і наявністю патології ССС, встановлено, що чим сильніша депресія, тим раніше і важче виявлятимуться симптоми ІХС. Існує думка, що депресія сприяє розвитку серцевих ускладнень після перенесеного ІМ, як мінімум в два рази [12].

Згідно з типологією депресії у хворих, які перенесли інфаркт міокарда (ІМ), слід враховувати різні види зв'язку депресії з серцево-судинною патологією [5]. До них належать:

- 1) виникнення ІМ на фоні випереджаючої або існуючої депресії;
- 2) одночасне виникнення ІМ і депресії;
- 3) депресії, які розвинулися в ранньому післяінфарктному періоді;
- 4) депресії, які розвинулися у відновлювальному періоді ІМ.

Серед факторів, які сприяють виникненню депресії у хворих з ІХС, можна назвати такі:

- при тяжкому ураженні серця спостерігаються соматогенні (судинні) депресії внаслідок порушення гемодинаміки;
- загострення ІХС може спровокувати розвиток наступного депресивного епізоду при хронічній депресії;
- ІМ часто стає психотравмуючим фактором, з яким пов'язане виникнення нозогенної депресії;
- депресивні симптоми спричиняють ампліфікацію (посилення) симптомів ІХС за рахунок кардіалгії, змін ритму та частоти серцевих скорочень, коливань артеріального тиску при соматоформних вегетативних дисфункціях.

Депресії погіршують соціальні наслідки ІХС: подовжують терміни перебування хворого в кардіологічному стаціонарі, знижують працездатність, підвищують ймовірність інвалідизації.

Метою даного дослідження було виявлення за допомогою різних психодіагностичних методів ступеня проявів депресивних розладів у хворих з ІХС після СКА.

У дослідженні взяли участь 147 хворих чоловічої статі у віці від 34 до 80 років (в середньому — $57,2 \pm 6$ роки). Всі пацієнти хворіли на ІХС, в тому числі поєднану з артеріальною гіпертензією І—ІІІ стадії в 81,6 % ($n = 120$) випадків. Тривалість захворювань ССС становила від 1 до 35 років (в середньому — $7,5 \pm 0,5$ років). Гострий ІМ в анамнезі мали 68,7 %

пацієнтів ($n = 101$), із них 10 чоловіків перенесли його двічі; гостре порушення мозкового кровообігу було в 6 (4,1 %) випадках. Більшість пацієнтів (83,9 %) займалися розумовою працею. 5 осіб мали статус ліквідаторів аварії на Чорнобильській АЕС. Всім пацієнтам виконано СКА, в тому числі у 8 хворих такі втручання виконувалися неодноразово. 93 (63,2 %) пацієнта обстежені протягом року після СКА, 47 (32,0 %) — через 1—3 роки, в 7 (4,8 %) випадках пройшло більше 3 років після СКА.

Під депресією в даному дослідженні розумівся пригнічений настрій хворих на ІХС, що перенесли СКА, який включає тривогу або роздратування. Як клінічний синдром поняття депресії охоплювало разом з цими ознаками емоційного розладу цілу низку симптомів в когнітивно-мотиваційній сфері (негативна самооцінка, порушення концентрації уваги, втрата інтересу до різних видів діяльності тощо); у поведінковій сфері (пасивно-загальмована або тривожно-ажитована поведінка, скорочення соціальних контактів); у соматичній сфері (розлад сну і апетиту, швидка стомлюваність тощо).

У зв'язку з тим, що у феноменологічному та етіологічному плані сьогодні прийнята і підтримується багатоосьова оцінка депресивних розладів, та у зв'язку з високою коморбідністю депресії з тривогою, для визначення ступеня депресивної симптоматики хворих на ІХС, що перенесли СКА, в даному дослідженні використовували декілька методик: скринінгова анкета для визначення депресії, розроблена в Московському НДІ психіатрії авторами Красновим В. М., Довженко А. Г., Салтикової А. Г. (2000) [7], шкали депресії за Гамільтоном, Беком, Шиханом.

Статистичне оброблення матеріалів досліджень проводили з використанням пакету програм Statistica v.6.1®.

За даними досліджень у 71 (48,3 %) пацієнта не виявлено яких-небудь психічних розладів (1 група), у 19 (12,9 %) — діагностований емоційно-лабільний або тривожний розлад (2 група), у 57 (38,8 %) — виявлені депресивні розлади органічної природи легкого і помірного ступеня вираженості.

За допомогою скринінга були виявлені основні симптоми, які свідчать про розвиток депресивних розладів у даної категорії хворих. Встановлено, що серед всіх пацієнтів, що перенесли СКА, більше половини скаржились на неприємні больові відчуття, пов'язані з основною хворобою ($53,7 \pm 4,1$ %); $44,2 \pm 4,1$ % пацієнтів відчували загальну слабкість і порушення сну, $29,9 \pm 3,8$ % хворих — неспокій; кожен четвертий пацієнт був в пригніченому стані ($25,9 \pm 3,6$ %) (табл. 1).

Таблиця 1

Частота виявлення ознак депресивних станів у хворих на ІХС, що перенесли СКА, за даними скринінга

Ознака	1 група ($n = 71$)		2 група ($n = 19$)		3 група ($n = 57$)		В цілому ($n = 147$)	
	абс.	$M \pm m\%$	абс.	$M \pm m\%$	абс.	$M \pm m\%$	абс.	$M \pm m\%$
Біль, неприємні відчуття	20	$28,2 \pm 5,3^{2,3}$	12	$63,2 \pm 11,1^1$	47	$82,5 \pm 5,0^1$	79	$53,7 \pm 4,1$
Загальна слабкість	8	$11,3 \pm 3,8^{2,3}$	12	$63,2 \pm 11,1^1$	45	$78,9 \pm 5,4^1$	65	$44,2 \pm 4,0$
Порушення сну	14	$19,7 \pm 4,7^{2,3}$	8	$42,1 \pm 11,3^{1,3}$	43	$75,4 \pm 5,7^{1,2}$	65	$44,2 \pm 4,0$
Зниження інтересу до життя	2	$2,8 \pm 2,0^3$	2	$10,5 \pm 7,0^3$	29	$50,9 \pm 6,6^{1,2}$	33	$22,4 \pm 3,4$
Зниження задоволення	2	$2,8 \pm 2,0^{2,3}$	3	$15,8 \pm 8,4^{1,3}$	29	$50,9 \pm 6,6^{1,2}$	34	$23,1 \pm 3,5$
Пригнічений настрій	1	$1,4 \pm 1,4^3$	0	$0,0^3$	37	$64,9 \pm 6,3^{1,2}$	38	$25,9 \pm 3,6$
Занепокоєння	2	$2,8 \pm 2,0^3$	2	$10,5 \pm 7,0^3$	40	$70,2 \pm 6,1^{1,2}$	44	$29,9 \pm 3,8$

Примітка: ^{1,2,3} — достовірна різниця ($p < 0,05$ — $0,001$) в порівнянні з показником відповідної групи за критерієм χ^2 .

Диференційована оцінка самопочуття хворих різних груп показала, що в 1 групі пацієнтів (без депресивних розладів) тривожно-депресивні тенденції найчастіше були обумовлені неприємними больовими відчуттями (28,2 ± 5,3 %), пов'язаними з хворобою серця, а також з порушеннями сну (19,7 ± 4,7 %) (див. табл. 1). Основні переживання хворих 2 групи, де спостерігалися здебільшого астеничні розлади, були пов'язані з больовими відчуттями, а також із загальною фізичною слабкістю після СКА (63,2 ± 11,1 %). У 42,1 ± 11,3 % пацієнтів цієї групи відмічались порушення сну.

Ознаки тривожно-депресивних станів були особливо виражені у пацієнтів 3 групи (див. табл. 1): кожен другий хворий відчував зниження інтересу до життя і задоволення від життя (50,9 ± 6,6 %); 64,9 ± 6,3 % — були у пригніченому настрої; 70,2 ± 6,1 % — відчували постійне занепокоєння, а 75,4 ± 5,7 % — порушення сну. Ці результати достовірно ($p < 0,01$ — $0,001$) перевищували відповідні показники в 1 і 2 групах. Абсолютна більшість хворих 3 групи відмічали неприємні больові відчуття в організмі (82,5 ± 5,0 %) та загальну фізичну слабкість (78,9 ± 5,4 %), що також істотно відрізнялось ($p < 0,001$) від показників у пацієнтів 1 групи.

Застосування методики Гамільтона показало, що за оцінками лікарів тільки у половини всіх обстежених хворих (54,4 ± 4,1 %) не було депресивних розладів; 28,6 ± 3,7 % мали малий депресивний епізод, а 17,0 ± 3,1 % — ознаки виражених депресій (див. табл. 2). Оцінка цього показника у трьох групах хворих свідчить, що в абсолютній більшості пацієнтів 1 групи (95,8 ± 2,4 %) депресивна симптоматика відсутня, а лише 4,2 ± 2,4 % хворих мали малий депресивний епізод. В 2 групі хворих малий депресивний епізод спостерігався у 36,8 ± 11,1 % хворих ($p < 0,01$ у порівнянні з 1 групою). Серед хворих 3 групи малий депресивний епізод мали 56,1 ± 6,6 % осіб, виражену депресію — 43,9 ± 6,6 % хворих.

Середній показник вираженості депресії в різних групах представлений в табл. 3. Найвищий середній бал вираженості депресії за шкалою Гамільтона мали пацієнти 3 групи — 15,5 ± 0,56 балів ($p < 0,01$ у порівнянні з відповідним показником в 1 групі; $p < 0,05$ — у порівнянні з 2 групою).

Використання шкали самооцінки Шихана дозволило встановити, що значна частина хворих після СКА не мала депресивних розладів (82,3 ± 3,1 %) (див. табл. 2). При цьому відхилення показників від норми (аномальні значення) виявлені у 16,3 ± 3,0 % пацієнтів, а 1,4 ± 1,0 % мали високий ступінь прояву депресивної симптоматики.

Слід відзначити, що якщо в 1 і 2 групах депресивні розлади за методикою Шихана не були виявлені, то в 3 групі 42,1 ± 6,5 % хворих мали аномальні показники, а 3,5 ± 2,4 % — високий ступінь депресії (див. табл. 2). Відповідно, пацієнти 3 групи мали найвищий середній показник депресії за Шиханом — 29,8 ± 2,48 балів ($p < 0,001$ у порівнянні з відповідним показником в 1 і 2 групі) (див. табл. 3).

Опитувальник самооцінки Бека є золотим стандартом для діагностики депресії різного ступеня вираженості. За допомогою цієї методики ознак депресивних розладів не виявлено у половини обстежених хворих (55,8 ± 4,1 %), переважно в 1 і 2 групі — 77,4 ± 5,0 % і 73,7 ± 10,1 %. Депресія легкого ступеня визначена у 18,4 ± 3,2 % хворих, помірного — у 13,6 ± 2,8 %, виражена депресія — у 12,2 ± 2,7 % хворих (див. табл. 2). Як і в попередніх випадках, найвищу оцінку за шкалою Бека мали хворі 3 групи — 16,2 ± 1,17 балів проти 5,5 ± 0,69 балів в 1 групі ($p < 0,001$) і 6,4 ± 1,43 балів в 2 групі ($p < 0,001$) (див. табл. 3).

Таким чином, всі три методики дослідження рівня депресії у хворих на ІХС, що перенесли СКА, підтвердили наявність і вираженість депресивних розладів, в тому числі помірного і вираженого ступеня тяжкості у хворих 3 групи (рис. 1): а) за Гамільтоном б) за Шиханом в) за Беком.

Таблиця 2

Частота виявлення депресивних розладів у хворих на ІХС, що перенесли СКА, за різними методиками

Вираженість депресивного розладу	1 група (n = 71)		2 група (n = 19)		3 група (n = 57)		В цілому (n = 147)	
	абс.	M ± m%	абс.	M ± m%	абс.	M ± m%	абс.	M ± m%
Методика Гамільтона								
Депресію не виявлено	68	95,8 ± 2,4 ^{2,3}	12	63,2 ± 11,1 ^{1,3}	0	0,0 ^{1,2}	80	54,4 ± 4,1
Малий депресивний епізод	3	4,2 ± 2,4 ^{2,3}	7	36,8 ± 11,1 ¹	32	56,1 ± 6,6 ¹	42	28,6 ± 3,7
Великий депресивний епізод	0	0,0 ³	0	0,0 ³	25	43,9 ± 6,6 ^{1,2}	25	17,0 ± 3,1
Методика Шихана								
Депресію не виявлено	71	100,0 ³	19	100,0 ³	31	54,4 ± 6,6 ^{1,2}	121	82,3 ± 3,1
Аномальний показник	0	0,0 ³	0	0,0 ³	24	42,1 ± 6,5 ^{1,2}	24	16,3 ± 3,0
Високий ступінь депресії	0	0,0	0	0,0	2	3,5 ± 2,4	2	1,4 ± 1,0
Методика Бека								
Депресію не виявлено	55	77,4 ± 5,0 ³	14	73,7 ± 10,1 ³	13	22,8 ± 5,6 ^{1,2}	82	55,8 ± 4,1
Легка депресія	8	11,3 ± 3,8 ³	2	10,5 ± 7,0	17	29,8 ± 6,1 ¹	27	18,4 ± 3,2
Помірна депресія	8	11,3 ± 3,8	3	15,8 ± 8,4	9	15,8 ± 4,8	20	13,6 ± 2,8
Виражена депресія	0	0,0 ³	0	0,0 ³	18	31,6 ± 6,2 ^{1,2}	18	12,2 ± 2,7

Примітка. ^{1,2,3} — достовірна різниця ($p < 0,05$ — $0,001$) в порівнянні з показником відповідної групи за критерієм χ^2 .

Таблиця 3

Середні рівні показників вираженості депресії у хворих на ІХС, що перенесли СКА, за різними методиками (бали)

Методика	1 група (n = 71)		2 група (n = 19)		3 група (n = 57)		В цілому (n = 147)	
	M ± m	SD	M ± m	SD	M ± m	SD	M ± m	SD
Гамільтона	4,3 ± 0,14 ^{2,3}	1,19	6,7 ± 0,47 ^{1,3}	2,05	15,5 ± 0,56 ^{1,2}	4,21	8,9 ± 0,50	6,01
Шихана	6,1 ± 0,80 ³	6,73	8,8 ± 1,55 ³	6,74	29,8 ± 2,48 ^{1,2}	18,73	15,7 ± 1,41	17,06
Бека	5,5 ± 0,69 ³	5,83	6,4 ± 1,43 ³	6,21	16,2 ± 1,17 ^{1,2}	8,87	9,8 ± 0,73	8,83

Примітка. ^{1, 2, 3} — достовірна різниця ($p < 0,05$ — $0,001$) в порівнянні з показником відповідної групи за критеріями Стьюдента і Манна — Уїтні.

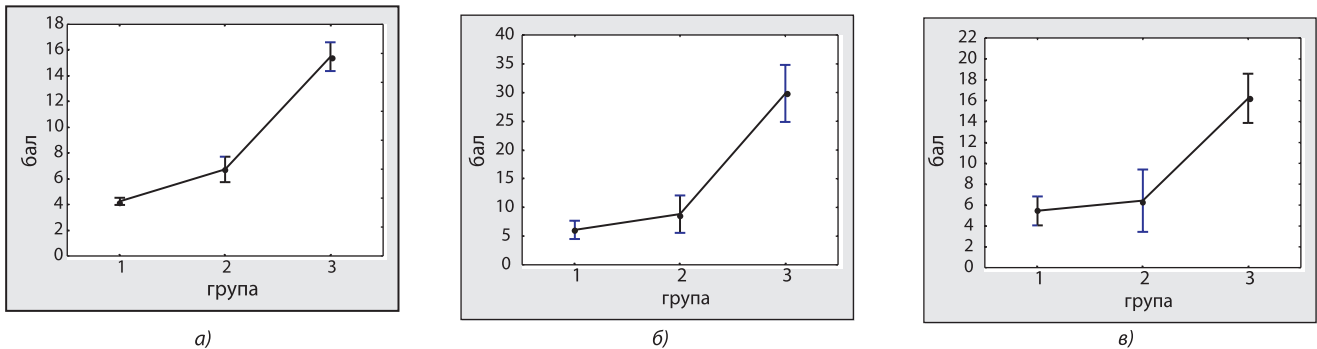


Рис. 1. Середній рівень вираженості депресивного розладу, оціненого за різними методиками, по групах дослідження

Кореляційний аналіз результатів дослідження ступеня депресивних розладів у обстежених хворих за різними методиками показав таке:

— методика Гамільтона, яка базується на визначенні лікарем масштабу депресивної симптоматики у хворих, показала, що цей психодіагностичний інструмент має достовірний кореляційний зв'язок з цілою низкою показників інших психометричних методик:

— з ситуативною ($r = 0,49$; $p < 0,001$) і особистісною тривожністю ($r = 0,62$; $p < 0,001$);

— з показниками, отриманими за методиками Бека ($r = 0,62$; $p < 0,001$) і Шихана ($r = 0,68$; $p < 0,001$), а також зі скринінгом депресії за всіма його складовими (див. рис. 2).

Крім того, шкала Гамільтона корелює з основними факторами соціально-психологічної травматизації, зокрема з психологічним перенапруженням ($r = 0,54$; $p < 0,001$), наявністю соматичних захворювань ($r = 0,37$; $p < 0,001$), зниженням матеріального рівня життя ($r = 0,36$; $p < 0,001$) (див. рис. 2).

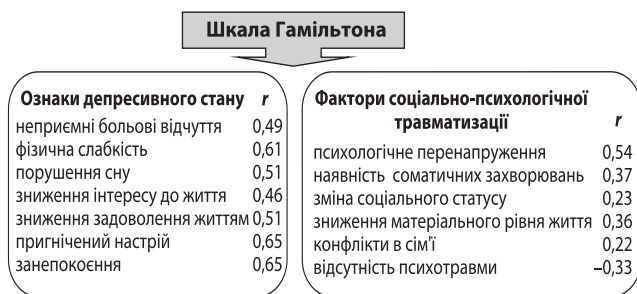


Рис. 2. Кореляційний взаємозв'язок оцінки ступеня вираженості депресії за методикою Гамільтона з ознаками депресивного стану і соціально-психологічними факторами травматизації: r — коефіцієнт кореляції Спірмена; в усіх випадках $p < 0,05$ — $0,001$

Таким чином, вивчення депресивних розладів у хворих на ІХС, що перенесли СКА, показало, що розмах депресивної симптоматики для цієї категорії пацієнтів виявився декілька ширшим, ніж передбачався на підставі скринінгової оцінки. У зв'язку з цим при лікуванні ІХС кардіологам необхідно враховувати наявність депресії. Проте відомо, що лише деякі кардіологи повідомляють про наявність і лікування депресивних станів у пацієнтів і не всі особи, у яких виявлено цей розлад, підлягають лікуванню антидепресантами. Деякі кардіологи неохоче лікують депресію, оскільки вважають, що цей стан — цілком нормальна реакція на стрес у пацієнтів, що перенесли ІХС, яка пройде сама по собі при стабілізації загального стану. Проте депресія може початися як до інфаркту міокарду, так і після нього. Як з'ясувалося, депресія може бути і причиною розвитку серцево-судинної патології, і її наслідком, якщо пацієнт опиняється в стані безвихідності після перенесеного ім інфаркту міокарду, а також предиктором ускладнення перебігу постінфарктного періоду. Проведене дослідження свідчить про необхідність врахування факторів коморбідності цих захворювань та спільного лікування цього контингенту кардіологом і психіатром.

Список літератури

1. Березанцев, А. Ю. Тревожные невротические расстройства у мужчин с ишемической болезнью сердца / А. Ю. Березанцев, О. В. Володина // Российский психиатрический журнал. — 2005. — № 4. — С. 4—9.
2. Влияние искусственного кровообращения на состояние когнитивных функций у больных с ишемической болезнью сердца / [Ю. И. Бузишвили, С. Г. Амбатьелло, Ю. А. Алексахина, М. В. Пашенков] // Журнал неврологии и психиатрии. — 2005. — № 1. — С. 30—35.
3. Володина, О. В. Частота встречаемости тревожных симптомов у мужчин с ишемической болезнью сердца (по данным кардиологического отделения) / О. В. Володина // Российский психиатрический журнал. — 2004. — № 6. — С. 4—7.

4. Замотаев, Ю. Н. Клинические и психодинамические аспекты реабилитации больных после АКШ: автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук: спец. 14.01.16 «Психиатрия» / Ю. Н. Замотаев. — М., 2000. — 36 с.
5. Корнетов, Н. А. Депрессивные расстройства у пациентов, перенесших инфаркт миокарда / Н. А. Корнетов, Е. В. Лебедева // Психиатрия и психофармакология. — 2003. — № 5. — С. 26—35.
6. Марута, Н. А. Депрессии в общей медицинской практике: Справ. пособие для врачей первичной медико-санитарной сети / Марута Н. А., Юрьева Л. Н., Мамчур А. И. — Киев, 2009. — 30 с.
7. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники: методические рекомендации № 2000/107 / [В. Н. Краснов, Т. В. Довженко, А. Г. Салтыкова и др.]. — М.: Министерство здравоохранения РФ, 2000. — 20 с.
8. Погосова, Г. В. Депрессия — новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти / Г. В. Погосова // Кардиология. — 2002. — № 4. — С. 86—90.

9. Психокardiология / [Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Дробинев М. Ю., Иванов С. В.]. — М.: МИА, 2005. — 784 с.
10. Ромасенко, Л. В. Депрессивные расстройства у больных с ишемической болезнью сердца / Л. В. Ромасенко, Е. В. Полякова // Российский психиатрический журнал. — 2005, № 3. — С. 24—27.
11. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 432 с.
12. Barefoot, J. C. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample / J. C. Barefoot, M. Schroll // Circulation. — 1996. — Vol. 93. — P. 1976—1980.
13. Dubovsky, S. I. Mood disorders / S. I. Dubovsky, R. Buzan. In: R. E. Hales, S. C. Yudofsky, J. A. Talbort, eds. The American Psychiatric Press textbook of psychiatry. 3rd ed. — Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999. — P. 479—565.

Надійшла до редакції 30.09.2010 р.

А. А. Дукельский

*Днепропетровская государственная медицинская академия
(г. Днепропетровск)*

Депрессия у больных ишемической болезнью сердца, перенесших стентирование коронарных артерий

Исследовано наличие и степень проявления депрессивных расстройств у 107 больных ишемической болезнью сердца, перенесших стентирование коронарных артерий. С использованием скрининговой анкеты для определения депрессии, шкал депрессии по Гамильтону, Беку, Шихану у 38,8 % больных выявлены депрессивные расстройства органической природы легкой и умеренной степени выраженности, у 12,9 % пациентов диагностировано эмоционально-лабильное или тревожное расстройство. Установлена прямая корреляция депрессивных расстройств с основными факторами социально-психологической травматизации, в частности с психологическим перенапряжением, наличием соматических заболеваний, снижением материального уровня жизни пациента. Сделан вывод о необходимости учета факторов коморбидности этих заболеваний и объединения усилий кардиологов и психиатров для лечения данного контингента больных.

Ключевые слова: депрессия, ишемическая болезнь сердца, стентирование

A. A. Dukelsky

*Dnipropetrovsk State Medical Academy
(Dnipropetrovsk)*

Depression in patients with ischemic heart disease, who underwent stenting of arteries

It was investigated presence and degree of manifestation of depressive disorders in 107 patients with ischemic heart disease, who underwent stenting of coronary arteries. Using screening questionnaire for defining of depression, Hamilton, Beck, Sheehan depression scales, in 38,8 % of patients depressive disorders of organic nature of mild and moderate degree of manifestation were revealed, in 12,9 % of patients emotionally-labial or anxiety depression was diagnosed. A direct correlation of depressive disorders with main factors of social-psychologic traumatization, with psychologic overload in particular, presence of somatic diseases, fall of material level of patient's life was established. The conclusion on necessity of considering factors of co-morbidity of these diseases and unification of efforts of cardiologists and psychiatrists in the treatment of this contingent of patients was drawn.

Key words: depression, ischemic heart disease, coronary stenting.

УДК:612.015

А. М. Кожина, Л. М. Гайчук

Харьковский национальный медицинский университет (г. Харьков)

ОПТИМИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С БИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

С целью оптимизации терапевтических подходов к коррекции биполярной депрессии проведено комплексное обследование 75 больных биполярной депрессией I и II типа. В ходе работы описана специфика клинической картины депрессивного эпизода, доказана терапевтическая эффективность препарата Латригил в коррекции биполярной депрессии. Приведены основные направления психообразовательной работы с больными биполярной депрессией.

Ключевые слова: биполярная депрессия, клиника, терапия

В настоящее время вопросы оптимизации диагностики и терапии биполярной депрессии являются одной из ведущих проблем современной психиатрии [2, 4].

Согласно данным МЗ Украины показатель заболеваемости психическими расстройствами в нашей стране в 2009 году составлял 232,4 на 100 000 населения, при

этом доля больных биполярными расстройствами составляет 5 % от всех психически больных, госпитализируемых в стационар [1].

Высокий риск суицидальных попыток, выраженность витальной симптоматики, сложности в выборе эффективной терапевтической тактики депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства свидетельствуют об актуальности данной проблематики имеющей не только медицинское, но и социальное значение [3].

Вышеизложенное определило актуальность настоящего исследования целью которого являлась оптимизация терапевтических подходов к коррекции биполярной депрессии.

Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 75 больных I и II типом биполярного аффективного расстройства с депрессивным эпизодом