

УДК 616.89-008.454:616.127-005.8]-085

## КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ДЕПРЕСИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Юрценюк О.С., Поліщук О.Ю.

**Резюме.** З метою вивчення ефективності комплексного лікування депресивних та тривожних розладів у хворих на ішемічну хворобу серця обстежено 130 пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні. Впровадили комплексний диференційований підхід, що включав міліотерапію, раціональну, сімейну, когнітивно-біхевіоральну психотерапію, аутогенне тренування та антидепресанти, за необхідністю – анксиолітики.

**Ключові слова:** депресія, тривога, ішемічна хвороба серця, психотерапія, антидепресанти, анксиолітики.

**Вступ.** Поєднання депресій і серцево-судинних захворювань - добре відомий в клінічній практиці факт, що неодноразово підтверджувався спеціальними дослідженнями. Згідно з даними літератури, кожний п'ятий пацієнт з діагнозом ішемічна хвороба серця (ІХС) має ознаки клінічно вираженої депресії [1, 2]. Її наявність у хворих з серцево-судинними захворюваннями не тільки ускладнює перебіг та лікування цих розладів, але і скорочує тривалість життя хворих. Так, депресія, що розвивається безпосередньо після інфаркту міокарду, в 3,5 разу підвищує ризик смертельного результату захворювання [3].

Проблема поєднання депресії, тривоги та ІХС розроблена недостатньо, вона має кілька рівнів розгляду. Найбільш складними залишаються питання феноменології, диференціальної діагностики, прогнозу й терапії цих розладів [4].

Найкраще вивченими групами антидепресантів у кардіологічних хворих є трициклічні антидепресанти (ТЦА) і селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). Накопичуючись у міокарді, ТЦА можуть значно змінювати провідність і скоротливість. Вони здатні викликати

атріовентрикулярну блокаду I і II ступеня, асистолію й раптову серцеву смерть, ризик якої підвищується при застосуванні доз, еквівалентних більше 100 мг амітриптиліну. Більш низький ризик кардіотоксичності СІЗЗС у порівнянні із ТЦА обумовлений практично повною відсутністю антихолінергічної, антиадренергічної й антигістамінної дії. Більше того, за результатами клінічних досліджень можна припустити наявність кардіопротекторного ефекту в сертраліну, пароксетину, флуоксетину[5, 6].

Сприятливе співвідношення ефективність/безпека, підтвержене в численних адекватних клінічних дослідженнях, дозволяє розглядати СІЗЗС як препарати першого ряду в загальсоматичній практиці, у тому числі в кардіологічних хворих, осіб літнього віку, вагітних і жінок, що годують грудьми. На сьогоднішній день вони є найширше застосовуваними антидепресантами в первинній ланці надання медичної допомоги в усьому світі [7].

**Мета дослідження.** Вивчити ефективність комплексного диференційованого лікування депресивних та тривожних розладів у хворих на ішемічну хворобу серця.

**Матеріал і методи.** Робота базується на обстеженні 130 хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні терапії Сторожинецької центральної районної лікарні. Середній вік обстежених  $53 \pm 7,4$  роки. Усіх обстежених було розподілено на дві групи – основну (I -шу) та порівняльну (II-гу). До основної групи (N=100, 76,9%) увійшли дорослі хворі на ІХС, що супроводжується депресивними та/або тривожними розладами (ДТР), вони в свою чергу поділені на дві групи – ІА група (терапевтична) включала пацієнтів (N=70, 53,8%), яким в комплексному лікуванні використали розроблені нами системи діагностики, лікування та профілактики та ІБ група (контрольна) (N=30, 23,1%) до якої увійшли дорослі хворі на ІХС, що супроводжується ДТР, яким застосовували традиційні (стандартні) лікувально-діагностичні та профілактичні методи. Для верифікації клінічних особливостей ДТР, в якості II порівняльної групи (N=30, 23,1%) досліджено

30 дорослих хворих на ІХС, що не супроводжується ДТР, яким застосовували традиційні лікувально-діагностичні та профілактичні методи.

Всім хворим проводили повне клінічне обстеження, структуроване психіатричне інтерв'ю, клініко-психопатологічне і експериментально-психологічне дослідження (опитувальник домінуючих рис характеру К.Леонгарда-Г.Шмішека, шкали особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна, шкала депресії Ч. Гамільтона).

Математична обробка матеріалу виконувалася за допомогою програмного забезпечення MSOffice, Statistika 6.0, Windows XP для персонального комп'ютера класу IBM PC.

### **Результати дослідження та їх обговорення.**

На підставі аналізу отриманих даних щодо соціального статусу хворих, віку, ступеня тяжкості ІХС, преморбідних особливостей особистості, клінічних проявів ДТР, рівня тривожності ми впровадили розроблений в процесі цього дослідження комплексний диференційований підхід до цілеспрямованого лікування ДТР у хворих на ІХС. Лікувальний комплекс включив міліотерапію, раціональну, сімейну, когнітивно-біхевіоральну психотерапію, аутогенне тренування та антидепресанти (сертралін), за необхідністю – анксиолітики («Афобазол»).

Застосування комплексного підходу до терапії починали на 1-3 день при діагнозі «ІХС. Стабільна стенокардія напруги. Дифузний кардіосклероз. СН ІІ (ІІІ) ДВ ФК ІІ(ІІІ)», на 5 – 7 день - при «ІХС. Стабільна стенокардія напруги, нестабільний перебіг. Дифузний кардіосклероз. СН ІІ (ІІІ) ДВ ФК ІІ(ІІІ)».

Опираючись на попередній досвід, ми призначали антидепресант сертралін по 50 мг. вранці протягом 6 місяців. У випадку наявності кардіотоксичного ефекту – добову дозу знижували до 25 мг./добу та паралельно призначали небензодіазепіновий анксиолітик «Афобазол» – по 10 мг. 3 рази на добу на 1 міс, його ефективність при тривожних розладах доведена в роботах О.К.Напрєєнка, О.С. Чабана, О.О. Хаустової та ін [8, 9].

Оцінка ефективності комплексного лікування проводилась тричі: в момент діагностики ДТР для формування базового показника; через 1 місяць після початку комплексного лікування (КЛ) для оцінки динаміки стану і підсумкова - через 6 місяців.

Клінічну ефективність КЛ до та після проведення комплексного лікування ДТР у хворих на ІХС оцінювали за допомогою стандартизованої шкали Ч. Гамільтона (HDRS). Порівняння отриманих величин, з урахуванням редукції психопатологічних симптомів, дозволило оцінити зміни у симптоматиці, як: 1 - покращення (на початку лікування - помірний рівень, в кінці лікування – низький рівень або без ознак депресії), 2 - без змін (на початку та в кінці лікування – рівні депресії без змін), 3 - погіршення (на початку лікування помірний або низький, в кінці лікування – високий або помірний).

В ІА групі у пацієнтів відмічалось достовірне зменшення частоти проявів симптомів депресії, натомість в ІБ групі зазначені показники не мали достовірного зниження, що свідчить про вищу ефективність запропонованої нами комплексної диференційованої терапії, в порівнянні зі стандартним кардіологічним лікуванням.

Важливою частиною нашого дослідження було визначення ефективності запропонованого комплексного методу лікування депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС. Результати представлені в табл. 1

*Таблиця 1*

**Ефективність комплексного лікування за шкалою депресії  
Ч.Гамільтона (HDRS)**

Критерії	ЗАР, %	ЗВР, % (95% ДІ)	МКХ (95% ДІ)
Показники			
Зниження настрою (через 1 міс.)	4,3	42,9 (33,0-53,2)	2,3 (0,3-7,8)
Зниження настрою (через 6 міс.)	8,6	85,7 (77,2-91,2)	1,2 (0,1-5,9)
Відчуття вини (через 1 місяць)	13,3	21,0 (13,5-30,4)	4,7 (1,4-11,1)
Відчуття вини (через 6 місяців)	26,7	57,4 (46,8-67,0)	1,7 (0,1-6,9)
Труднощі засинання (через 1 міс.)	3,8	3,9 (1,0-10,1)	25,4 (17,1-35,1)
Труднощі засинання (через 6 міс.)	40,1	48,6 (38,4-58,8)	2,1 (0,2-7,2)

Безсоння (через 1 міс.)	30,5	41,6 (31,8-51,9)	2,4 (0,3-7,9)
Безсоння (через 6 міс.)	36,2	67,9 (57,7-76,9)	1,5 (0,1-6,9)
Раннє пробудження (через 1 міс.)	3,3	25,0 (16,8-34,7)	4,0 (1,1-9,9)
Раннє пробудження (через 6 міс.)	9,0	67,9 (57,7-76,9)	1,5 (0,1-6,9)
Робота діяльності (через 1 міс.)	47,6	64,9 (54,7-74,2)	1,5 (0,1-6,4)
Робота діяльності (через 6 міс.)	46,7	70,0 (60,0-78,8)	1,4 (0,1-6,6)
Загальмованість (через 1 міс.)	27,6	63,7 (53,5-73,1)	1,6 (0,1-6,4)
Загальмованість (через 6 міс.)	34,8	80,2 (71,0-87,6)	1,2 (0,1-6,1)
Збудження (через 1 місяць)	15,7	52,4 (42,1-62,5)	1,9 (0,1-7,2)
Збудження (через 6 місяців)	24,8	74,3 (64,5-82,5)	1,3 (0,1-6,3)
Тривога психічна (через 6 міс.)	2,4	35,7 (26,4-45,9)	2,8 (0,5-8,4)
Тривога соматична (через 6 міс.)	0,5	3,6 (0,9-9,4)	28,0 (19,4-37,9)
ШКТ порушення (через 1 міс.)	7,6	9,1 (4,3-16,6)	10,9 (5,5-18,9)
ШКТ порушення (через 6 міс.)	38,6	48,2 (38,1-58,4)	2,1 (0,2-7,2)
Загальносоматичні симптоми (через 1 міс.)	20,0	25,0 (16,9-34,7)	4,0 (1,0-10,2)
Загальносоматичні симптоми (через 6 міс.)	45,2	59,0 (48,7-68,8)	1,7 (0,1-6,7)
Розлади сексуальної сфери (через 1 міс.)	19,0	57,1 (46,8-67,0)	1,7 (0,1-6,9)
Розлади сексуальної сфери (через 6 міс.)	32,9	82,1 (73,1-89,1)	1,2 (0,1-6,0)
Іпохондричні розлади (через 1 міс.)	7,6	57,1 (46,8-67,0)	1,7 (0,1-6,9)
Іпохондричні розлади (через 6 міс.)	10,0	100,0 (96,4-100,0)	1,0 (0,1-5,4)
Втрата ваги (через 1 місяць)	52,9	75,5 (65,8-83,6)	1,3 (0,1-6,3)
Втрата ваги (через 6 місяців)	47,1	94,3 (87,7-98,0)	1,1 (0,1-5,6)
Добові коливання (через 1 міс.)	10,9	65,7 (55,5-74,9)	1,5 (0,1-6,3)
Добові коливання (через 6 міс.)	10,0	100,0 (96,4-100,0)	1,0 (0,1-5,4)

Комплексне лікування поступалося стандартній схемі тільки за частотою наявності в пацієнтів вищої психічної тривоги через 1 міс після початку терапії (ЗАР – 0,5%, ЗВР – 2,8% (95% ДІ – 0,5-8,4%), МКХ – 36,0 в межах 95% ДІ 26,6-46,2), вищої соматичної тривоги через 1 міс від початку лікування (ЗАР – 4,8%, ЗВР – 22,2% (95% ДІ – 14,5-31,7%), МКХ – 4,5 в межах 95% ДІ 1,4-10,6), що можна пояснити "психосоматичним балансуванням".

Порівняння отриманих величин, з урахуванням редукції психопатологічних симптомів, дозволило оцінити зміни у симптоматиці. В

таблиці 2 представлено результати порівняльної оцінки ефективності лікування за допомогою стандартизованої шкали Гамільтона (HDRS).

Таблиця 2

**Порівняльна оцінка ефективності лікування в ІА та ІБ порівняльній групі за допомогою стандартизованої шкали Гамільтона (HDRS)**

Ефективність лікування через 6 міс.	ІА група (n=70)		ІБ порівняльна група (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%
покращення	65	92,9	10	33,3
без змін	5	7,1	16	53,4
погіршення	-	-	4	13,3

Ефективність лікування в основній групі достовірно вища ( $p \leq 0,05$ ).

Як видно з таблиці, після застосування комплексного диференційованого лікування на фоні базисної терапії із застосуванням психофармакотерапії і психотерапії, покращення відмічалось у 65 (92,9%) хворих, не спостерігалось редукції психопатологічної симптоматики у 5 (7,1%) осіб, погіршення стану в жодного пацієнта не виникало. В І порівняльній групі, в якій хворі отримували тільки традиційну базисну терапію, покращення (щодо симптомів депресії та тривоги) спостерігалось у 10 (33,3%) хворих, у 16 (53,3%) осіб зберігалась психопатологічна симптоматика без змін і у 4 (13,3%) хворих діагностовано погіршення стану.

Коефіцієнт медичної ефективності в ІА групі рівняється:

$R_{mA} = n_A : N_A = 65 : 70 = 0,9$  (за допомогою стандартизованої шкали Гамільтона (HDRS))

$R_{mB} = n_B : N_B = 20 : 70 = 0,28$  (за результатами тесту Спілбергера-Ханіна)  
у ІБ порівняльній групі:

$R_{mB} = n_B : N_B = 10 : 30 = 0,33$  (за допомогою стандартизованої шкали Гамільтона (HDRS))

$R_{mB} = n_B : N_B = 3 : 30 = 0,1$  (за результатами тесту Спілбергера-Ханіна)

Таким чином, впровадження комплексної диференційованої

психотропної терапії в традиційний комплекс лікування покращило редукцію депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС у 2,8 рази ( $P_{mA} > P_{mB}$  в 2,8 рази), що підтверджено за допомогою стандартизованої шкали Гамільтона (HDRS) та за результатами тесту Спілбергера-Ханіна.

### **Висновки.**

Застосування диференційованої комплексної терапії з урахуванням вищезазначених особистісних факторів та клінічних особливостей депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС достовірно ( $p < 0,01$ ) покращило ефективність допомоги даному контингенту хворих – коефіцієнт медичної ефективності в групі 1 “А” порівняно з групою 1Б (в якій використовували тільки стандартне кардіологічне лікування) підвищився в 2,8 рази.

### **Перелік використаної літератури:**

1. Ушкалова Е. А. Фармакотерапия депрессии у кардиологических больных. / Е. А. Ушкалова, А. В. Ушкалова // Трудный пациент. – 2006. - № 1. – С. 28-31.
2. Довженко Т.В. Эффективность терапии аффективных расстройств у пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями / Т.В.Довженко, К.В.Тарасова, В.Н. Краснова др. // Современная терапия психических расстройств. – 2007. - №4. – С. 39-42.
3. Медико-психологічні аспекти розвитку, перебігу та терапії невротичних, пов'язаних зі стресом розладів, коморбідних з артеріальною гіпертензією / С. І. Табачніков, М. В. Маркова, Є. М. Харченко // Таврический журнал психиатрии. – 2007. – Т.11, № 2 (39). – С. 32–48.

- Тривожні та депресивні розлади в кардіологічній практиці / **О. К. Напрєєнко, О. С. Юрценюк, О. Ю. Поліщук [та ін.]** // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т.16, №4 (57). - С.57-60.
4. Stahl S. M. Why settle for silver when you can go for gold? Response vs. recovery as the goal of antidepressant therapy / S. M. Stahl // J. Clin. Psychiatry 1999. – Vol. 60. – P. 213.
  5. Долженко М.Н. Психокардиология: применение анксиолитиков в лечении сердечно-сосудистых заболеваний // Therapia. – 2007. – № 10. – С. 35-40.
  6. Лупанів В. П. Стабільна стенокардія: тактика лікування та ведення хворих у стаціонарі та амбулаторних умовах / В. П. Лупанів // Російський медичний журнал. – 2010. – Т. 21, № 9. –С. 556-563.
  7. Чабан О.С, Хаустова О.О. Депресія: пошук ефективної антидепресивної терапії триває // Медицина світу. Спеціальний випуск: психіатрія (додаток). – 2006. – С. 34-40.
  8. Напрєєнко А. К. Терапевтическая эффективность и переносимость нового небензодиазепинового анксиолитика афабазол при лечении непсихотических психических и психосоматических расстройств, сопровождающихся тревогой / А. К. Напрєєнко, Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. – 2007. – Том 15. – Вип. 3 (52). – С.49-54.