

**Громадська організація  
«Львівська медична спільнота»**

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ  
УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«МЕДИЧНІ НАУКИ:  
ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ, СУЧАСНИЙ СТАН  
ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕНЬ»**

**18-19 жовтня 2013 р.**

**Львів  
2013**

Юрценюк О. С.  
кандидат медичних наук

Блажина І. Ю.

ФОП Буковинського державного медичного університету  
м. Чернівці, Україна

## СТРУКТУРА ДЕПРЕСИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

З метою вивчення депресивних та тривожних розладів у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), обстежено 130 хворих (чоловіків та жінок), що знаходились на стаціонарному лікуванні в терапевтичному в відділенні Сторожинецької центральної районної лікарні з діагнозом «Ішемічна хвороба серця». Усіх обстежених було розподілено на дві групи – основну (І-шу) та порівняльну (ІІ-гу). До основної групи (N=100, (76,9%)) увійшли дорослі хворі на ішемічну хворобу серця, що супроводжується депресивними та/або тривожними розладами, 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 ішемічну хворобу серця, що супроводжується депресивними та/або тривожними розладами (ДТР), яким застосовували традиційні (стандартні) лікувально-діагностичні та профілактичні методи. Для верифікації клінічних особливостей ДТР, в якості ІІ порівняльної групи (N=30, (23,1%)) досліджено 30 дорослих хворих на ішемічну хворобу серця, що не супроводжується депресивними та/або тривожними розладами, яким застосовували традиційні лікувально-діагностичні та профілактичні методи.

Всі хворі проходили повне клінічне обстеження кардіологом. Нами проводилося структуроване інтерв'ю, клініко-психопатологічне і експериментально-психологічне дослідження (опитувальник домінуючих рис характеру К.Леонгарда-Г.Шмішека, шкали особистісної та реактивної тривожності Ч.Спілбергера-Ю.Ханіна, шкала депресії Ч. Гамільтона) всіх хворих, з подальшою статистичною обробкою отриманих цифрових даних [1-3].

У нозологічній структурі у хворих як І А так і І Б порівняльної груп незначно домінували легкий депресивний епізод (F32.0) -  $35,7 \pm 5,8\%$  і  $43,3 \pm 9,2\%$ , відповідно, та змішаний тривожно-депресивний розлад (F41.2) -  $34,3 \pm 5,7\%$  та  $30 \pm 8,5\%$ . Помірний депресивний епізод (F32.1) діагностовано у -  $30 \pm 5,5\%$  ІА групи та  $26,7 \pm 8,2\%$  І порівняльної. В жодному клінічному випадку у хворих ІХС не спостерігалось вираженого депресивного епізоду (F32.2).

В гендерному аспекті розподіл діагнозів мав ряд особливостей, так легкий депресивний епізод (F32.0) зустрічався у 19 (36,5%) жінок та 19 (39,6%) чоловіків, помірний депресивний епізод (F32.1) виявлено у 12 (23,1%) жінок та 17 (35,4%) чоловіків, змішаний тривожно-депресивний розлад (F41.2) діагностовано у 21 (40,4%) пацієнтки та 12 (25,0%) пацієнтів.

Клінічні особливості та ступінь вираженості депресивної симптоматики перевіряли за допомогою шкали депресії Гамільтона (HDRS).

Аналізуючи середній бал за шкалою Гамільтона, рівень депресії у хворих з ДТР склала 14,9 балу, що відповідає легкому депресивному епізоду. В ІІ порівняльній групі середній бал склав - 3,3 балу, що відповідає відсутності депресії.

У структурі депресивної симптоматики найбільшу вираженість мали наступні показники: загальні соматичні симптоми - 1,81 балу, зниження працездатності та активності - 1,75 балу, загальмованість - 1,3 балу, генітальні симптоми - 1,24 балу, депресивний настрій - 1,18 балу. Не виявлено взагалі: параноїдні симптоми, деперсоналізацію і дереалізацію та обсесивно-компульсивні симптоми.

Розглядаючи проблеми сну у обстежених основної та ІІ порівняльної групи виявлено наступні особливості: хворі висловлювали періодичні скарги на труднощі засинання - 71,0% осіб основної групи та 30,0% - порівняльної ( $p < 0,05$ ). Скарги на неспокій протягом ночі виказували 53,0% та 16,7% обстежених відповідно ( $p < 0,05$ ). Виявлено, що 77,0% хворих основної групи та 36,7% - порівняльної прокидалися рано, але потім знову засинали ( $p < 0,05$ ), і тільки 16,0% хворих з ДТР при пробудженні не могли знову заснути. Щодені скарги на труднощі засинання виказували 26,0% хворих основної групи ( $p < 0,05$ ).

Психічна тривога була виявлена у 69,0% досліджуваних основної групи, з них 34,0% хворих висловлювали думки про відчуття втоми, слаб-

кості, 29,0% турбувалися з будь-якої причини та 6,0% виявляли ознаки особливої стурбованості, що проявлялися в міміці та жестах. 93,4% пацієнтів II порівняльної групи не мали ознак психічної тривоги, 6,6% цих хворих висловлювали думки про відчуття втоми, слабкості ( $p < 0,05$ ).

Соматична тривога виявлена у 35,0% хворих з ДТР та у 3,3% досліджених порівняльної групи ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, у хворих з ДТР спостерігається підсилення об'єктивних проявів та суб'єктивних відчуттів, що відповідають симптоматиці ІХС, в значній мірі вони повторюються у виявах тривожності. Отже, при проведенні опитування такого хворого особливу увагу слід звертати саме на цю групу скарг.

Узагальнюючи розподіл структури депресивних та тривожних розладів при ІХС, можна стверджувати, що для пацієнтів обох груп характерним, було виникнення депресивних та змішаних тривожно-депресивних розладів. Для жінок більш притаманним було виникнення ТДР (F41.2), в той час як у чоловіків частіше діагностували легкий депресивний епізод (F32.0).

Сьогодні стає очевидним, що депресію та ІХС не варто розглядати як дві незалежних патології, між ними існує досить сильний взаємозв'язок. Наше спостереження підтвердило, що незалежно від того, страждав хворий депресією до ІХС, чи вона розвинулася пізніше як реакція особистості на соматичну хворобу, депресія значно обтяжує клінічний перебіг ІХС. Наявність депресії або тривоги негативно відбивається на функціональному статусі хворих на ІХС.

### **Список літератури:**

1. Березанцев А.Ю. Психосоматические и соматоформные расстройства. // Рос. психиатр. журнал – 2001. - № 3. - С. 61 - 69.
2. Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии //Российский медицинский журнал. – 1998. -№6. – С.45-48.
3. Семиченко В.А. Психические состояния. - К., 1998.-208 с.