

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

на правах рукопису

УДК 612.89-008.454-06:612.12.-009.72(043.3)

Єрмоленко Тетяна Сергіївна

**ВПЛИВ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ НА ПЕРЕБІГ
СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ НАПРУГИ**

14.01.02 – внутрішні хвороби

Робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра

Науковий керівник:
доктор медичних наук, професор
Приступа Людмила Никодимівна

СУМИ 2015

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень.....	3
Вступ.....	4
Розділ 1. Огляд літератури	
1.1. Сучасний погляд на перебіг ішемічної хвороби серця з супутніми тривожно-депресивними розладами.....	7
1.2. Лікування тривожно-депресивних розладів у хворих на стабільну стенокардію напруги.....	21
Розділ 2. Матеріали і методи дослідження	
2.1. Загальна характеристика обстежених пацієнтів.....	23
2.2. Методи дослідження.....	24
Розділ 3. Результати психологічного тестування хворих на стабільну стенокардію напруги із супутніми тривожно-депресивними розладами.....	27
Обговорення результатів дослідження.....	34
Висновки.....	36
Практичні рекомендації.....	37
Список використаних джерел.....	38
Додатки.....	47

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АГ – артеріальна гіпертензія

АТ – артеріальний тиск

ГТР – генералізований тривожний розлад

ГІМ – інфаркт міокарда

ІХС – ішемічна хвороба серця

ОТ – особистісна тривожність

СН – серцева недостатність

ССЗ – серцево-судинні захворювання

ССН – стабільна стенокардія напруги

СТ – ситуативна тривожність

ТДР – тривожно-депресивні розлади

ФК – функціональний клас

ЯЖ – якість життя

SAQ – Сієтлський опитувальник стенокардії

HADS – Госпітальна шкала тривоги та депресії

Актуальність дослідження

Хворі зі стабільною стенокардією напруги (ССН), яких в Україні на сьогоднішній час більше 3 млн, відносяться до категорії високого ризику розвитку серцево-судинних ускладнень і смерті. Навіть за умови використання найсучасніших методів терапії щороку помирає 0,9 – 1,4% хворих зі ССН, у 0,5 – 2,6% з них розвивається ГІМ (ГІМ). Відомо, що тривога і депресія може бути як причиною, так і наслідком серцево-судинного захворювання (ССЗ), зокрема, ішемічної хвороби серця (ІХС) ССН. Середнє число тривожно-депресивних розладів (ТДР) на одного хворого з ІХС становить 17%, при цьому частота генералізованого тривожного розладу (ГТР) досягає 24% перевищуючи таку не тільки в популяції, але і в загальномедичній практиці в цілому. Саме тому актуальним залишається вивчення факторів, які впливають на виникнення, тяжкість, прогноз і ефективність лікування ІХС. Серед психічних факторів частіше всього досліджують тривогу і депресію, оскільки в арсеналі лікаря наявні достатньо ефективні засоби корекції афективних відхилень і зберігається надія на покращання прогнозу при ІХС.

Мета дослідження

Вивчити вплив тривожно-депресивних розладів на перебіг стабільної стенокардії напруги II-III функціонального класу.

Для досягнення визначеної мети передбачено вирішити наступні **задачі дослідження:**

1. Оцінити психологічний стан хворих на стабільну стенокардію напруги.
2. Провести психологічне тестування хворих на стабільну стенокардію напруги серця з супутніми тривожно-депресивними розладами, які отримували базисне лікування основного захворювання.
3. Вивчити результати психологічного тестування хворих на стабільну стенокардію напруги з супутніми тривожно-депресивними розладами, які

отримували комплексне лікування із корекцією тривожно-депресивних розладів.

4. Оцінити якість життя хворих.

Об'єкт дослідження

Ішемічна хвороба серця стабільна стенокардія напруги II-III функціонального класу, тривожно-депресивні розлади.

Предмет дослідження

Особливості клінічного перебігу та ефективність лікування хворих на ішемічну хворобу серця стабільну стенокардію напруги з супутніми тривожно-депресивними розладами.

Методи дослідження

Всім пацієнтам було проведено комплекс діагностичних заходів передбачених наказом МОЗ України від 03.07. 2006 № 436 та наказом МОЗ України від 23.11.2011 №816.

Наукова новизна

Вивчено рівень тривожно-депресивних розладів у хворих на стабільну стенокардію напруги. Запропонована терапія тривожно-депресивних розладів. Досліджено якість життя в хворих, що отримували базисне та комплексне лікування.

Практичне значення отриманих результатів

Інформація про вплив тривожно-депресивних розладів на перебіг стабільної стенокардії напруги, наявність ефективних схем лікування стане в пригоді практикуючому лікареві для досягнення позитивної динаміки в лікуванні даного контингенту хворих.

Особистий внесок магістранта

1. Аналіз літератури.
2. Клінічне обстеження пацієнтів хворих на ССН, збір анамнестичних даних.
3. Інтерпретація лабораторних та інструментальних даних.
4. Дослідження психологічного стану хворих.

5. Проведення статистичного аналізу результатів дослідження.

6. Узагальнення отриманих даних.

Публікації. За результатами наукової роботи написано 2 тез, які опубліковані в матеріалах науково-практичної конференції студентів, молодих вчених СумДУ.

РОЗДІЛ 1

Огляд літератури

1.1. Сучасний погляд на перебіг ІХС з супутніми ТДР

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, нині хвороби системи кровообігу:

- посідають перше місце у світі за поширеністю;
- зумовлюють понад половину всіх випадків смерті;
- спричиняють третину випадків інвалідності, переважно за рахунок некомпенсованих судинних станів – інфарктів та інсультів.

Щорічно від ССЗ вмирає 17 мільйонів чоловік, що складає не менше 1/3 усіх смертей. За статистичними даними, ССЗ є найбільш поширеною патологією і основною причиною смерті в Україні.

Сьогодні серцево-судинна патологія зустрічається серед 3/4 населення України, а в 62,5% випадків вона є причиною смерті, що значно вище, ніж у розвинених країнах. За останні роки в Україні, як в цілому світі спостерігається постійна тенденція до зростання захворювань серцево-судинної системи, серед яких провідне місце займає ІХС. Найбільш значущими формами серцево-судинної патології з позицій захворюваності та смертності є ІХС та інсульт, тому що саме з ними пов'язано більш ніж 70% усіх смертей серцево-судинного генезу. До 2020 р. ІХС та інсульт стануть провідною причиною смерті та інвалідності в усьому світі, до того ж число смертей від ІХС досягне 20 млн., а до 2030 р. – 24 млн. чоловік. Останнім часом захворюваність на ІХС в Україні зросла від 10 тис. до більш ніж 20 тис. осіб на 100 тис. населення [1].

ІХС віднесена до так званих хвороб цивілізації. Кількість хворих на ІХС продовжує невідпинно зростати і в нашій країні. Збільшується і смертність населення внаслідок ІХС, незважаючи на бурхливий розвиток фармакології та появу й застосування нових медикаментів. Така ситуація в країні змушує лікарів та науковців звернути увагу на вивчення факторів, які впливають на

виникнення, тяжкість, прогноз і ефективність лікування ІХС. Підвищена психоемоційна стресогенність оточуючого середовища є визначальним чинником такого становища [1-6].

Хворі зі ССН, яких в Україні більше 3 млн, відносяться до категорії високого ризику розвитку серцево-судинних ускладнень та смерті. За результатами Фремінгемського дослідження, ризик розвитку не фатального ГІМ та смерті серед таких пацієнтів упродовж двох років становить 14,3 і 5,5% у чоловіків та 6,2 і 3,8% у жінок. Навіть за умови використання найсучасніших методів терапії (фармакологічні засоби і реваскуляризація міокарда) щороку помирає 0,9-1,4% хворих зі стабільною ІХС, у 0,5-2,6% з них розвивається ГІМ за даними досліджень INVEST, TIBET [2].

Численні дослідження підкреслюють патогенетичну значущість у розвитку ІХС саме стану емоційної сфери хворих. Враховуючи таке становище, важливим є визначення стану психоемоційної сфери хворих на ІХС та розроблення лікувально-реабілітаційних програм медико-психологічної спрямованості [3,6-7].

У 25% осіб з захворюваннями системи кровообігу спостерігаються тривожно-депресивні емоційні порушення [4].

Питання щодо підвищення обізнаності сімейних лікарів, терапевтів з питань діагностики і лікування найпоширеніших психопатологічних розладів - депресії та тривоги - стає все більш актуальним. Знання клінічних проявів і принципів лікування цих емоційних розладів, окрім надзвичайного суттєвого самостійного значення, необхідне у зв'язку з їх поширеністю і патопластичним впливом даної психопатології на перебіг ССЗ та їх прогноз [8-18].

Серед психологічних факторів частіше всього досліджують тривогу та депресію, оскільки в арсеналі лікаря наявні достатньо ефективні засоби корекції афективних відхилень і зберігається надія на покращання прогнозу при ІХС. Важливе значення психологічних чинників в патогенезі ІХС показано багатьма дослідниками. Відомо, що депресія, як і тривога асоціюється з розвитком ІХС

та АГ [19]. Сучасні епідеміологічні, зокрема, проспективні дослідження в цілому підтверджують цей зв'язок.

На сьогоднішній день в Україні формується проблема психічного нездоров'я населення. Особливістю ситуації, що склалася, можна вважати не лише зростання в 1,2 рази (з 222,3 до 248,2 на 100 тис. населення з 1993 року) врахованої розповсюдженості психічних розладів, а й те, що значний відсоток в структурі складають неспсихотичні порушення, що переважна частина населення країни перебуває в стані хронічного психічного дискомфорту. Згідно з результатами останніх досліджень, лише 20 % громадян України "відчувають себе щасливими". За цим показником наша країна займає одне з останніх місць в світі (поступаючись місцем окремим найбільш біднішим країнам, тому що почуття щастя слабо залежить від матеріального благополуччя). Такий дискомфорт ще не є психічним розладом, але й не дає можливості вважати людей, що знаходяться в такому стані, здоровими (ВООЗ визначає здоров'я не тільки як відсутність хвороби, а як стан тілесного та душевного благополуччя) [20].

Депресії поділяють на психогенні, ендогенні та соматогенні. Психогенні депресивні розлади виникають внаслідок або під впливом причин психологічного, стресового характеру. Під ендогенними розуміють депресії, що розвиваються при шизофренії та маніакально-депресивному психозі. Соматогенні депресивні розлади спостерігають за різних соматичних захворювань (серцево-судинних, ендокринних, травного тракту тощо).

Депресії можуть також виникати й у разі інтоксикації, інфекційних захворювань, наркоманії та алкоголізму. Досить часто в клінічній практиці спостерігають так звані приховані депресії, коли власне депресивна симптоматика маскується порушеннями в роботі різних органів і систем, стійким головним болем, змінами сну та не усвідомлюється хворими як така [21].

За даними ВООЗ від 10% до 20% населення Землі протягом свого життя відзначають виникнення клінічно виражених депресивних станів. Згідно з результатами недавно проведених епідеміологічних досліджень специфічна

фармакотерапія в зв'язку з депресивними станами необхідна для кожного восьмого мешканця планети. В 60% випадків, як правило, у разі недостатньої або неадекватної терапії, виникають повторні депресивні епізоди. Майже половина хворих з депресією не звертаються до лікарів, а близько 80% лікуються у терапевтів та лікарів загальної практики.

Розвиток депресивних розладів пов'язують з порушенням обміну основних нейромедіаторів: серотоніну, норадреналіну і допаміну в центральних структурах головного мозку (лімбічній системі), які беруть участь в оцінці емоційної значущості інформації, що надходить до центральної нервової системи і формує емоційну складову поведінки людини. Двосторонній причинно-наслідковий зв'язок депресії зі станом внутрішніх органів і соматизацію симптомів депресії можна пояснити тісною взаємодією центральних структур і кори головного мозку з центрами вегетативної нервової системи та ендокринної регуляції [22, 23].

Депресія є одним з найбільш поширених розладів, що трапляється в повсякденній практиці як сімейних лікарів, так і вузькопрофільних спеціалістів. Середня поширеність депресії в первинній медичній мережі складає 10 %, а серед амбулаторних пацієнтів цей показник складає в залежності від соматичного захворювання 22–33 %.

Ще більше поширені афективні розлади у вибіркових групах населення, наприклад, серед соматичних хворих депресії зустрічаються в 19-49%.

Дані щодо поширеності депресії за окремих соматичних захворювань є вкрай суперечливими, що пояснюється методологічними проблемами, зокрема: розмите поняття депресії в соматичних хворих; недолік валідних методів оцінки; соціодемографічна неоднорідність досліджуваної популяції; недолік належних контрольних груп та ін.

Накопичені численні докази переконливо свідчать про існування двобічного зв'язку між депресією та багатьма соматичними захворюваннями. Коморбідна депресія робить важчими прояви соматичного захворювання.

Розлади настрою негативно впливають на перебіг соматичного захворювання, у свою чергу соматичні захворювання значно погіршують наслідки депресії [24].

Ключовими моментами депресивних розладів у пацієнтів з соматичними захворюваннями є такі: симптоми депресії часто трапляються в соматичних хворих; чим вище середня тривалість життя, тим вище ймовірність розвитку депресії в популяції; депресія порушує психосоціальну адаптацію, ускладнює лікування та реабілітацію соматичного хворого; ймовірність суїциду вище в пацієнтів з соматичним захворюванням (порівняно з середнім показником у популяції); існують захворювання з особливо високим ризиком суїциду (кінцева стадія хронічної ниркової недостатності, рак, епілепсія, синдром набутого імунодефіциту); не можна залишати депресію в соматичних хворих без лікування; відкладання лікування погіршує прогноз як соматичного захворювання, так і депресії.

Депресивні стани у кардіологічних хворих мають ряд особливостей: амбулаторний рівень розладів; поліморфізм проявів, наявність коморбідних депресивного афекту розладів: тривоги, астенії, простих і соціофобії, дереалізації, іпохондрії, астенічного аутизму, алгій і т.д.; анозогнозія свого стану.

Афективні розлади найбільш поширені серед хворих ССЗ[25]. Депресію діагностують у 20% пацієнтів з ССН, у 30–50% хворих після ГІМ, у 30–60% — після інсульту. Важливість впливу на психоемоційні чинники було підтверджено в дослідженні INTERHEART, де їхній внесок у ризик розвитку ГІМ не поступався такому при цукровому діабеті і палінні [26].

Протягом останніх 40 років зв'язок між депресією і прогнозом у пацієнтів з ІХС вивчали більше ніж у 60 міжнародних проспективних дослідженнях [26–29].

Встановлено, що виражена депресія у пацієнтів з ангіографічно підтвердженою ІХС виступає найбільш значущим ізольованим предиктором коронарних катастроф упродовж року [27]. Рівень смертності хворих, які мають

в анамнезі інфаркт міокарда і страждають на депресію, в 3–6 разів вищий, ніж в осіб без ознак депресії [30-32].

У разі депресії пацієнти часто не виконують рекомендації лікарів щодо лікування [33].

Враховуючи важливу роль депресивних розладів у пацієнтів з ІХС, Американська асоціація серця розробила та запровадила в 2008 р. настанови «Депресія і ІХС: рекомендації для скринінгу і лікування» [34], де наголошується на необхідності проведення скринінгу для виявлення осіб з ІХС і депресією, які потребують додаткового лікування. Разом з тим результати дослідження ENRICHD показали, що в групі пацієнтів з депресією, які перенесли ГІМ і отримували інгібітори зворотного захвату серотоніну, зареєстровано зниження на 42% частоти випадків смерті або рецидиву ІМ у порівнянні з показником у пацієнтів з депресією, яким не призначали антидепресанти [35].

Чазов Є.І. підкреслює збільшення смертності від ССЗ за період з 1990 по 2003р. і пов'язує це, зокрема, з високою поширеністю у таких хворих депресивних розладів. Деякі автори, наприклад, Dobbels F., розглядають депресію як незалежний фактор ризику розвитку кардіоваскулярних захворювань.

Lasperance F. виділяє депресію як самостійний фактор ризику підвищення смертності після перенесеного ІМ. У хворих депресією більш ніж на 7% в рік збільшується частка повторних коронарних катастроф або втручань на серці, за даними досліджень Shiotani I..

Приблизно 20% пацієнтів з ІХС або застійною СН страждають великим депресивним розладом. Інші 20% хворих мають як мінімум протягом двох тижнів малий депресивний розлад (2–4 симптоми) [34].

У деяких дослідженнях пацієнтів з депресією, виявленою в постінфарктному періоді, показано, що вони в 30–50% випадків страждали цим афективним розладом до розвитку інфаркту. В одному з них встановлено,

що попередня депресія була взаємопов'язана з підвищеним ризиком пізньої СН [26-29].

Усе частіше з'являються окремі повідомлення про перші депресивні епізоди, що розвиваються вслід за виникненням ССЗ. Це призвело до формування гіпотези, що ССЗ виступають тригером розвитку депресії. Двосторонній причино-наслідковий зв'язок депресії зі станом внутрішніх органів і соматизацією симптомів депресії можна пояснити тісною взаємодією центральних структур і кори головного мозку з центрами вегетативної нервової системи та ендокринної регуляції. Утім, існує декілька досліджень, в яких вивчалася частота появи нових депресивних розладів, що розвиваються вслід за серцевою патологією. Гіпотеза судинної депресії передбачає, що порушена перфузія лімбічної системи або важливих відділів кори може пояснити розвиток депресивних розладів у контексті периферичного судинного захворювання [36]. Так як у деяких недавніх дослідженнях встановлено тривожно високий відсоток «безсимптомних інфарктів» у літніх хворих на депресію, вважається, що латентна васкулярна хвороба може бути пов'язана з новими симптомами депресії. Судинна депресія (депресія з пізнім початком, що виникає в осіб віком понад 50 років у контексті відомої серцево-судинної патології) трапляється однаковою мірою в чоловіків і жінок і менше може піддаватися лікуванню антидепресантами [37].

У більшості пацієнтів прояви депресії тісно пов'язані з тривожними розладами. Тривога — нормальна реакція організму людини на несприятливі життєві чинники. Але якщо вона виникає без причини або за вираженістю і тривалістю перевищує реальну значущість події і погіршує якість життя хворого, то такий стан розцінюють як патологічний. Тривожний розлад характеризується проявами внутрішнього напруження, нездатністю розслабитись і сконцентруватись. Характерними є постійне внутрішнє тремтіння та підвищена пітливість. Пацієнти виявляють підвищену заклопотаність під час виконання повсякденної роботи і роблять песимістичні прогнози, у них здебільшого утруднене засипання. Фобії, або страхи, також є

проявами тривожного розладу. Результати епідеміологічних досліджень свідчать, що впродовж життя тривожні розлади виникають у 25% населення [38].

Середнє число ТДР на одного хворого з ІХС становить 17%, при цьому частота генералізованого тривожного розладу (ГТР) досягає 24% перевищуючи таку не тільки в популяції, але і в загальномедичній практиці в цілому [40]. Велике число робіт присвячене вивченню впливу тривоги в постінфарктних хворих [41-44]. Рівень тривоги в жінок після ГІМ вище, ніж у чоловіків, незалежно від віку, освіти, сімейного стану, наявності супутніх захворювань або ступеня тяжкості ІМ. Навіть якщо етіологічний зв'язок між патологічною тривогою та депресією, з одного боку, і ССЗ або смертністю з іншого, не буде підтверджено в подальших дослідженнях, виявлення та лікування тривоги і депресії в кардіологічних хворих є необхідністю для покращення самопочуття і якості життя (ЯЖ) пацієнтів [45].

Тривога – центральний елемент в механізмі формування психічного стресу. Роль тривоги як сигналу неблагополуччя та небезпеки криється в тому, що вона активізує процеси психічної адаптації. Якщо емоційний стрес призводить до стійких порушень психічної адаптації, вони виявляються клінічно вираженими розладами. Однією з причин підвищення інтенсивності фізіологічних реакцій при психосоматичних порушеннях може вважатися недостатня здатність до адекватної емоційної реакції в поведінці. Більшість дослідників схильні інтерпретувати тривожність як психічний стан, що є адаптивною реакцією на стресову ситуацію [46-48]. Попри те, що тривожність індивідів суттєво залежить від зовнішніх обставин, кожній людині притаманний свій характерологічний рівень тривожності, навколо якого і відбуваються її коливання при змінах у оточуючому середовищі.

Тривожність може розглядатися як стан і як риса: рівень тривоги в деякій мірі обумовлений ситуаційно, але його коливання істотно залежать від певного початкового рівня. Ситуаційні коливання тривоги є характеристикою стану, а початковий рівень – особистісною рисою.

Особистісна тривожність (ОТ) характеризує схильність людини сприймати низку життєвих ситуацій як загрозові для неї та реагувати на них станом тривоги. Висока ОТ підвищує ймовірність емоційних та невротичних зривів, ризик розвитку хвороб системи кровообігу.

Ситуативна тривога (СТ) характеризує особливості психологічного стану людини як реакцію на значущу життєву подію, та виражається напругою, невротичні сню тощо [49].

Заслуговує на увагу і наявність двостороннього зв'язку між тривожністю та соматичними розладами. З одного боку, соматичні захворювання закономірно викликають підвищення рівня тривоги. З іншого – тривожність сама по собі провокує фізіологічні зміни – серцебиття, підвищення артеріального тиску, порушення в роботі шлунково-кишкового тракту, тремор, безсоння, неприємні відчуття в ділянці серця тощо.

За даними Denissen A. та Jaarsma T. виникнення тривоги в ранньому постінфарктному періоді негативно впливає на перебіг захворювання та сповільнює процеси реабілітації [50]. Виявлено, що зниження рівня тривоги прямо залежить від ступеня поінформованості хворих про фізіологічні, психологічні, соціальні та фінансові аспекти ГІМ, про наступну реабілітацію та необхідність дотримання певного способу життя. В.В.Гафаров, І.В.Гагулін на підставі власних досліджень зробили висновок, що високий рівень ОТ можна розглядати як самостійний незалежний фактор ризику ІХС [51].

Стать суттєво впливає на зміни психологічного статусу хворих на ГІМ. Психопатологічні зміни в гострому періоді захворювання у жінок спостерігалися значно частіше і були тривалішими, ніж у чоловіків [52]. Відомо, що жінки, порівняно з чоловіками, мають більший рівень стресу та характеризуються підвищеною реакцією на його дію, тому у них в 1,5–1,8 разів частіше виникають різноманітні психоемоційні розлади [53-55]. Рівень тривоги в жінок після ГІМ вище, ніж у чоловіків, незалежно від віку, освіти, сімейного стану, наявності супутніх захворювань або ступеня тяжкості ГІМ.

Ібатов А.Д. вивчаючи ОТ у хворих на ІХС, відзначив, що пацієнти з високим рівнем тривожності мають нижчий середній функціональний клас стенокардії, за однакової тривалості ангінозного нападу у пацієнтів з високим рівнем тривожності відзначалась більша інтенсивність болю, визначеного за спеціальною шкалою, при коронароангіографічному дослідженні у пацієнтів з високим рівнем тривожності частіше спостерігалось трьо- і двосудинне ураження коронарних артерій. При проспективному спостереженні за хворими з ІХС впродовж 2 років встановлена вища загальна смертність та нижчі показники якості життя у пацієнтів з високим рівнем особистісної тривожності у порівнянні з хворими, в яких рівень тривожності був низьким [53-57].

Результати дослідження Малацківської О. В., Горбась І. М. свідчать про обтяженість осіб з ознаками тривожно-депресивних станів традиційними факторами ризику ССЗ: АГ, надмірною масою тіла, порушеннями ліпідного обміну та більш високими їх величинами. Патогенетичний зв'язок між тривожно-депресивними станами та ССЗ підтверджує факт достовірного більшої поширеності психоемоційних розладів у жінок з АГ, надмірною масою тіла, гіпертригліцеридемією та гіперхолестеринемією [58].

У хворих з високим рівнем ОТ спостерігається підсилення проявів патологічних симптомів, за винятком ангінозного болю. Оскільки об'єктивні прояви та суб'єктивні відчуття, що відповідають симптоматиці ГІМ, значною мірою повторюються у виявах тривожності, опитуючи хворого з підозрою на ІМ особливу увагу слід звертати саме на цю групу скарг [54].

Веліканов А.А. порівнював показники депресії та СТ у пацієнтів з ГІМ та нестабільною стенокардією. У перші дні перебування в стаціонарі найбільш високі показники депресії за шкалою Гамільтона виявлені у пацієнтів, госпіталізованих із діагнозом ГІМ, рівень СТ тривоги переважав у пацієнтів з НС [59].

За дослідженнями Pignalberi С. та співавторів встановлено, що хворі на ССН мають більш високий рівень стресу в період, що передуює гострій стадії

захворювання, а ситуація психологічної дезадаптації може відігравати важливу роль у розвитку гострого ІМ та НС [60].

Дослідження Савенкової І.О., щодо особливостей прояву тривожності у хворих на хронічні неінфекційні захворювання, свідчать про зростання ОТ у зв'язку з більшою тривалістю ІХС. Гагулін І.В., Гафаров В.В. на підставі власних досліджень дійшли висновку, що високий рівень ОТ можна розглядати як самостійний незалежний фактор ризику ІХС [61].

Симптоми тривожних розладів діагностують у 10–16% хворих, які звертаються до лікарів загальної практики. За результатами сучасних наукових досліджень відзначено підвищення ризику серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з тривожними розладами [62-63]. Серед механізмів, які розглядають, провідна роль належить підвищенню рівня серотонін опосередкованої реактивності тромбоцитів у пацієнтів з ІХС і коморбідною тривогою (доведено наявність незалежних кореляційних зв'язків між тривогою і функцією тромбоцитів). При цьому реактивність тромбоцитів була значно вище у хворих з поєднанням депресії та тривоги, ніж у пацієнтів тільки з депресією або в осіб без патопсихологічних розладів [64].

Основним методом діагностики депресії і тривоги залишається розпитування пацієнта. Виявленню психопатологічних розладів сприяють довірна атмосфера спілкування лікаря і хворого, взаєморозуміння і відчуття співпереживання, а також ефективний зворотний зв'язок (уміння слухати, обговорювати, чітко ставити питання) [65]. Методичні матеріали Всесвітньої психіатричної асоціації «Навчання лікарів навичкам в сфері психічного здоров'я» [66] визначають основні аспекти стилю спілкування лікарів, які пов'язані з оцінкою емоційного стану пацієнта: встановіть сприятливий контакт очей; уточніть скарги пацієнта; робіть коментарі зі співчуттям; помічайте вербальні та невербальні сигнали пацієнта; не читайте записи в історії хвороби під час розмови; контролюйте надлишкову балакучість пацієнта.

У клінічних настановах «Депресія: допомога при депресії на етапі первинної та вторинної допомоги» [67-68], розроблених NICE (National Institute

for Health and Clinical Excellence — Національний Інститут здоров'я та клінічної досконалості, Велика Британія) для скринінгу депресії, рекомендовано ставити два питання: «Ви часто відзначали знижений настрій, тугу або відчуття безнадійності протягом останнього місяця?» та «Ви часто помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай приносили Вам задоволення, протягом останнього місяця?». Для скринінгу тривоги можна використати питання: «Чи відчували Ви неспокій, напруження і тривогу більшу частину часу впродовж останнього місяця?» та «Чи часто у Вас буває відчуття внутрішнього напруження і дратівливості, а також порушення сну?» [69].

Основні ознаки депресивного епізоду: пригнічений настрій, очевидний в порівнянні з притаманною пацієнту нормою, відзначається майже щоденно і більшу частину дня, особливо в ранкові години, тривалість якого складала не менше 2 тиж незалежно від ситуації (настрій може бути пригніченим, тужливим, супроводжуватись тривогою, занепокоєнням, дратівливістю, апатією, плаксивістю тощо); відчутне зниження (втрата) інтересів та задоволення від діяльності, яка зазвичай була пов'язана з позитивними емоціями; немотивоване зниження енергії та активності, підвищена втомлюваність під час фізичних та інтелектуальних навантажень.

Додаткові ознаки депресивного епізоду: зниження здатності до зосередження уваги, неухважність; зниження самооцінки, впевненості в собі; наявність ідей вини і приниження; похмуре і песимістичне бачення майбутнього; суїцидальні фантазії, думки, наміри, приготування; розлади сну (погане засипання, безсоння серед ночі, раннє пробудження); зниження (підвищення) апетиту, зменшення (збільшення) маси тіла.

Для визначення легкого депресивного епізоду досить констатувати принаймні два основних і два додаткових симптоми. Наявність двох основних симптомів депресії в сполученні з трьома-чотирма додатковими свідчить про помірно виражену депресію. Виявлення всіх трьох основних симптомів депресії і не менше чотирьох додаткових вказує на важку депресію. Слід враховувати,

що за будь-якої депресії можливий ризик суїциду. За виявлення у пацієнта суїцидальних проявів необхідна консультація психіатра. Особливі труднощі виникають під час діагностики «маскованих депресій», які можуть проявлятися функціональними порушеннями внутрішніх органів (синдром гіпервентиляції легень, кардіоневроз, синдром подразненого кишечника), алгіями (цефалгія, фіброміалгія, невралгія, абдоміналгія), патохарактерологічними розладами (алкоголізація, наркоманія, антисоціальна поведінка, істеричні реакції). У науковій літературі систематизовано інші емоційні розлади, які часто виникають у дебюті депресії: 1. Дисфорія — похмурий, буркотливо-дратівливий, злісний настрій з підвищеною чутливістю до будь-якого зовнішнього подразника. Іноді це озлоблений песимізм з уїдливою причепливістю, дріб'язковою критичністю, часом з вибухами гніву, лайкою, погрозами, постійною агресією. 2. Гіпотимія — стійко знижений настрій, що поєднується зі зменшенням загальної активності психічної діяльності і поведінкової рухової активності. 3. Субдепресія — стійко знижений настрій, що поєднується зі зменшенням загальної активності психічної діяльності і поведінкової рухової активності.

Найхарактернішими компонентами є соматовегетативні порушення, зниження самооцінки, ідентифікація свого стану як хворобливого. У МКХ-10 тривожні розлади представлено в рубриках «Панічний розлад» (F41.0), «Генералізований тривожний розлад» (F41.1) і «Змішаний тривожний та депресивний розлад» (F41.2).

Основною ознакою панічного розладу є повторні напади вираженої тривоги (паніка), що не обмежуються певною ситуацією чи якимось специфічними обставинами, а отже, є непередбаченими. Домінуючими симптомами є раптове серцебиття, біль у грудях, ядуха, запаморочення і відчуття нереальності (деперсоналізація або дереалізація). Багато хворих відчувають страх смерті, втрачають самоконтроль. Тривога і страх бувають настільки сильними, що буквально паралізують волю хворого. Панічний напад триває, як правило, декілька хвилин; стан поступово (від 30 хв до 1 год)

нормалізується. Але після цього у хворого залишається страх перед новим нападом. Панічну атаку треба диференціювати з пароксизмальною тахікардією, фібриляцією передсердь і нападом стенокардії. ГТР розлад характеризується проявами внутрішнього напруження, нездатністю розслабитися і сконцентруватися. Характерними є постійне внутрішнє тремтіння, підвищена пітливість, часте сечовиділення. Пацієнти виявляють підвищену заклопотаність під час повсякденної діяльності і роблять песимістичні прогнози, у них утруднене засипання. Фобії, або страхи, також є проявами тривожного розладу. Діагноз змішаного тривожного і депресивного розладу встановлюють за наявності як тривоги, так і депресії.

Пацієнтів, у яких діагностовано клінічно виражену тривогу/депресію, потрібно направляти на консультацію до фахового спеціаліста. Консультування з психіатром потребують пацієнти з депресією і наявністю суїцидальних думок, у разі недостатньої ефективності терапії антидепресантами впродовж 1–1,5 міс, а також за наявності депресії в анамнезі, що потребувало лікування у психіатра. У разі субклінічно вираженої тривоги/депресії лікування може призначити лікар загальної практики/ терапевт [70-71].

Для діагностики коморбідних тривожних і депресивних розладів у клінічній практиці розроблено велику кількість оціночних шкал і опитувальників. Для скринінгових обстежень широко використовують Госпітальну шкалу тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Шкала запропонована A.S. Zigmond та R.P. Snaith у 1983 р. і включає 14 тверджень, з яких 7 відповідають депресивним (Д) і 7 — тривожним (Т) розладам, що підраховують окремо. Для діагностики рівнів особистісної та ситуативної тривожності використовують опитувальник Спілбергера-Ханіна, який має 20 питань для виявлення ситуативної тривожності та 20 питань для виявлення особистісної тривожності.

1.2. Сучасний погляд на лікування ТДР у хворих на ССН

Лікування пацієнтів з коморбідними тривожними та депресивними розладами має бути побудоване з урахуванням складних взаємовідносин соматогенної та психогенної складових. В більшості випадків препарати для лікування соматичного захворювання доцільно поєднувати з призначенням лікарських засобів для усунення депресивних та/або тривожних розладів. Важливо використовувати препарати, ефективність і безпеку яких доведено з позицій доказової медицини [67-68, 72-76], на доступному рівні пояснювати пацієнту, що для одужання обов'язково потрібно нормалізувати біохімічні процеси в нервовій системі, порушені хворобою, хронічним стресом, психотравмуючими ситуаціями тощо. Необхідно обговорювати з пацієнтом план лікування, вказувати на важливість дотримання режиму прийому ліків, а також попередити, що клінічний ефект розвивається поступово. Більшість пацієнтів адекватно сприймають логічно обґрунтований підхід до призначення препаратів, що впливають на психоемоційну сферу. В окремих випадках корисним є залучення членів сім'ї до комплексної психотерапевтичної реабілітації.

Відповідно до Клінічних настанов, розроблених NICE «Депресія: допомога при депресії на етапі первинної та вторинної допомоги» [67-68], [72], настанов Американської асоціації серця [73] та наукових розробок українських фахівців [2, 71, 74, 75], лікування легких та помірно виражених депресивних і тривожних розладів мають здійснювати лікарі первинної ланки. Згідно з Клінічними настановами NICE [67-68] у пацієнтів з легкою депресією лікування можливе без призначення антидепресантів у разі проведення програми самопомоги, яка складається з надання відповідних письмових матеріалів [76], програми регуляції сну та проведення комп'ютерної когнітивно-поведінкової терапії з подальшою оцінкою стану пацієнта. В Україні подібні програми в широку клінічну практику ще не впроваджено. Наявність ТДР при кардіальній патології являється патогенетичною основою для

використання в комплексній терапії препаратів, що поєднують в собі анксиолітичні властивості [77].

Основні групи фармакологічних препаратів, які використовують у терапевтичній практиці для лікування ТДР: антидепресанти (інгібітори зворотного захвату серотоніну), анксиолітики, адаптогени, препарати інших фармакологічних груп.

Для корекції ТДР обрано препарат мебікар (діюча речовина *meficasum*, препарат Адаптол «ОлайнФарм»), який володіє властивостями транквілізаторів, адаптогенів, біокоректорів, антидепресантів і антиангінальних засобів. Показання до застосування: неврози та неврозоподібні стани, що супроводжуються роздратованістю, емоціональною нестійкістю, тривогою, страхом; попередження неврологічних розладів в стресових ситуаціях; зменшення соматовегетативних проявів; головний біль напруги; реабілітація після перенесених захворювань, в тому числі ГІМ період реабілітації. Снодійною дією не володіє, але підсилює дію снодійних засобів та покращує сон при його порушеннях. Анксиолітичний ефект препарату не супроводжується міорелаксацією і порушення координації рухів. Препарат має антиоксидантну активність, тому діє як мембраностабілізатор, адаптоген і церебропротектор при оксидантному стресі різного генезу. Мебікар зазвичай добре переноситься пацієнтами, відпускається без рецепта.

За своєю хімічною структурою являю собою похідне сечовини, тобто близький до природніх метаболітів організму. Головною відмінністю препарату від класичних анксиолітиків являється поєднання системних нейромедіаторних та клітинних механізмів дії. Відомо, що даний препарат являється хімічно інертним, його можна застосовувати незалежно від складу і прийому їжі, а також поєднувати з іншими лікувальними засобами. Також, враховуючи те, що до 60% мебікару знаходиться в плазмі в незв'язаному вигляді і весь він не накоплюється і не метаболізується в організмі, а на протязі доби повністю виводиться з сечею, можна передбачити достатньо безпечний профіль його поєданого застосування з іншими кардіотропними засобами.

РОЗДІЛ 2

Матеріали та методи дослідження

2.1. Загальна характеристика обстежених пацієнтів

Робота виконана в Сумському державному університеті на клінічній кафедрі внутрішньої медицини післядипломної освіти під керівництвом завідуючої кафедри, д.м.н., професора Приступи Л.Н.

Збір матеріалу було розпочато у серпні 2014 року, який проводився на базі терапевтичного, кардіологічного, поліклінічного відділення Шосткинської центральної районної лікарні. В дослідження були включені пацієнти хворі на ІХС ССН II-III ФК в кількості 60 осіб у віці від 44 до 68 років. Серед обстежених чоловіків було 30 (50%) осіб, жінок – 30 (50%) осіб. Критеріями включення були наявність декількох нижче перерахованих скарг в одного хворого, які турбували протягом останніх декількох тижнів: стійке зниження настрою, різкі коливання емоційного стану, підвищене занепокоєння, постійне відчуття тривоги, стійке порушення сну, часті побоювання (переживання за близьких, очікування невдач), постійна напруженість, неспокій, що заважає сну, швидка стомлюваність, астения, слабкість, зниження концентрації уваги, швидкості мислення, працездатності, засвоєння нового матеріалу. Критеріями виключення були: вік молодші 40 і старші 70 років, ГІМ, нестабільна стенокардія, тяжкі порушення серцевого ритму та провідності, підвищена чутливість до лікарських засобів, включених в дослідження, а також пацієнти, які отримували протитривожні препарати та антидепресанти в останній місяць до госпіталізації.

Дизайн дослідження складався з первинного обстеження, дослідження рівня ТДР серед хворих на ССН II-III ФК, розподіл хворих на групи та повторне обстеження через 2 місяці.

Пацієнтів хворих на ССН II-III ФК залежно від призначеної терапії розподілили на дві групи. До I групи увійшли хворі на ССН II-III ФК, із них – 15 чоловіків та 15 жінок, середній вік – $51,5 \pm 6,70$ роки, які отримували базисне лікування. До II групи увійшли хворі на ССН II-III ФК, 15 чоловіків та 15

жінок, середній вік – $51,5 \pm 6,40$ роки, які отримували стандартне базисне лікування у поєднанні із анксиолітиком мебікаром протягом двох місяців.

Групи були зіставні за віком і статтю. Верифікація діагнозу та базове лікування проводилося згідно наказів МОЗ №436 від 03.07.2006 року та №816 від 23.11.2011 року.

В якості базисного лікування застосовувались такі препарати: бісопролол 2,5-5 мг 1 раз на добу, ацетилсаліцилова кислота 75 мг 1 раз на добу на ніч, ізосорбиду динітрат 20 мг 2 рази на добу, раміприл 10 мг на добу, аторвастатин 10 мг на добу ввечері, за потребою сублінгвальний нітрогліцерин. Пацієнти II групи у доповнення приймали мебікар по 500 мг 2 рази на добу незалежно від прийому їжі протягом двох місяців.

2.2 Методи дослідження

1. Клініко-анамнестичний метод.

Пацієнтам було проведено комплексне клінічне обстеження з урахуванням скарг (вивчався характер та інтенсивність болю за грудиною та в ділянці серця, їх вираженість, іррадіація, тривалість, зв'язок з фізичним навантаженням, наявність головного болю і головокружіння, наявність та вираженість клінічних ознак недостатності кровообігу, ефективність лікарських засобів), даних анамнезу (тривалість ІХС, супутньої АГ, сімейний анамнез, відомості про перенесені та супутні захворювання), особливостей формуючого стилю життя, об'єктивних та додаткових методів дослідження. Діагноз встановлювали на підставі скарг, анамнезу захворювання, даних фізикального та додаткових методів дослідження, також визначали толерантність до фізичного навантаження, використовуючи для цього тест 6-хвилинної ходи.

2. З лабораторних досліджень проводилось визначення клінічного аналізу крові, глікемії натще, біохімічні дослідження крові: загальний білірубін, креатинін, сечовина, трансамінази, холестерин, тригліцериди.

3. Інструментальні дослідження: вимірювання АТ, реєстрація ЕКГ, Ехо-КГ.

4. Дослідження психологічного стану здійснювали за допомогою опитувальника Спілбергера-Ханіна (додаток 1) та Госпітальної шкали тривоги та депресії HADS (додаток 2).

Пацієнти заповняли опитувальники самостійно, без обговорення варіантів відповіді з рідними, знайомими, в чітких часових рамках 20 – 30 хвилин. Після завершення тестування, отримані результати вносились в базу даних, і подальших їх аналіз проводився в електронному режимі.

Під час аналізу результатів самооцінки за опитувальником Спілбергера-Ханіна треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник за шкалами ситуативної й особистісної тривожності може знаходитися в діапазоні від 20 до 80 балів. При цьому чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної чи особистісної). Результати інтерпретували так: до 30 балів – низький рівень тривожності, 31 – 45 середній рівень тривожності, 46 балів і вище високий рівень тривожності. Бланк шкал самооцінки Спілбергера-Ханіна містить у собі інструкції та 40 запитань-суджень, 20 з яких призначені для оцінювання рівня СТ і 20 — для оцінювання рівня ОТ.

За Госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS показник в межах 0-7 балів вважали за норму, 8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія, при значенні 11 балів і більше – клінічно виражена тривога/депресія.

5. Для дослідження ЯЖ пацієнтів використовували спеціалізований опитувальник для хворих на ССН Сіетлський опитувальник стенокардії (SAQ). SAQ складається з запитань відносно стану пацієнтів, які діляться на 5 шкал та оцінюють найбільш важливі аспекти ІХС у відсотках: PL (Physical limitation) – обмеження фізичної активності, AS (Anginal Stability) – стабільність стенокардії, AF (Anginal Frequency) – частота нападів, TS (Treatment Satisfaction) – задоволеність лікуванням, DP (Disease Perception) – відношення до хвороби. Варіанти відповідей на запитання оцінюються від 1 до 5 балів, більший показник свідчить про кращу ЯЖ хворого. Результати ЯЖ представлені у відсотках: дуже низька (0-24%), помірно знижена (25-49%), незначно знижена (50-74%), хороша чи відмінна (75-100%). (Додаток 3).

6. Статистичну обробку отриманих результатів виконано стандартними методами варіаційної статистики з використанням пакету «Microsoft Excel». Результати представлені як $M \pm SD$, де M – середнє значення показника, SD – середнє квадратичне відхилення. Достовірність різниць між досліджуваними показниками визначали за допомогою двовибіркового t -критерію Ст'юдента.

РОЗДІЛ 3

Результати психологічного тестування хворих на стабільну стенокардію напруги із супутніми тривожно-депресивними розладами

Результати дослідження психологічного стану у І групі за опитувальником Спілбергера-Ханіна наведено у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Рівень особистісної та ситуативної тривожності у І групі

Рівень тривожності	До лікування		Після лікування	
	особистісна тривожність	ситуативна тривожність	особистісна тривожність	ситуативна тривожність
	М±SD, балів	М±SD, балів	М±SD, балів	М±SD, балів
Високий	49,22±1,35	49,83±1,49	48,54±1,24	47,14±2,18
Середній	43,25±0,45	40±0,87	41,47±0,45	38,67±2,32
Низький	28±3,41	28,4±4,25	27,34±3,56	27,37±2,12
Середнє значення	44,8±1,34	44,97±1,5	42,68±3,43	41,41±2,30
Середнє значення для жінок	47,27±1,47*	39,93±2,1**	48,27±2,54*	36,93±2,10**
Середнє значення для чоловіків	42,33±2,1*	49±1,74**	37,18±3,45*	48,45±1,23**
Примітки: * – достовірність різниці, * – достовірність різниці $p < 0,05$; ** – достовірність різниці $p < 0,01$; *** – достовірність різниці $p < 0,001$.				

До лікування середній рівень ОТ склав 44,8±1,34 балів, СТ 44,97±1,5 балів, що за опитувальником Спілбергера-Ханіна відповідає середньому рівню тривожності.

Після проходження курсу базисної терапії у I групі середній рівень ОТ склав $42,68 \pm 3,43$ балів, СТ – $41,41 \pm 2,30$ балів, що відповідає середньому рівню тривожності. Не виявлено достовірної різниці між значеннями ОТ до та після лікування. Достовірної різниці між значеннями СТ до та після лікування не виявлено.

Виявлено достовірну різницю значень ОТ та СТ залежно від статі. Для жінок характерні вищі показники ОТ порівняно з рівнем ОТ в чоловіків ($p < 0,05$). Для чоловіків характерна висока СТ порівняно з жінками ($p < 0,01$).

Результати психологічного тестування у II групі за опитувальником Спілбергера-Ханіна наведено у табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Рівень особистісної та ситуативної тривожності у II групі

Рівень тривожності	До лікування		Після лікування	
	особистісна тривожність	ситуативна тривожність	особистісна тривожність	ситуативна тривожність
	M±SD, балів	M±SD, балів	M±SD, балів	M±SD, балів
Високий	$49,47 \pm 0,62$	$49,22 \pm 0,57$	$48,53 \pm 1,43$	0
Середній	$41,88 \pm 0,88$	$39,71 \pm 0,89$	$40,88 \pm 2,12$	$38,33 \pm 1,25$
Низький	$27,2 \pm 0,66$	$28,2 \pm 0,24$	$26,54 \pm 1,58$	$25,48 \pm 2,58$
Загальне середнє значення	$43,73 \pm 1,56$	$43,5 \pm 1,52^{***}$	$44,25 \pm 1,46$	$28,55 \pm 2,78^{***}$
Середнє значення для жінок	$47,46 \pm 1,62^*$	$39,67 \pm 2,1^{***}$	$46,72 \pm 0,58$	$27,33 \pm 2,12^{***}$
Середнє значення для чоловіків	$40 \pm 2,33^*$	$47,33 \pm 1,74^{***}$	$44,4 \pm 1,28$	$29,15 \pm 0,86^{***}$
Примітки: * – достовірність різниці $p < 0,05$, ** – достовірність різниці $p < 0,01$, *** – достовірність різниці $p < 0,001$.				

На початку дослідження 7 (23,33%) пацієнтів мали високий рівень ОТ, 12 (40%) – середній, 11 (36,67%) – низький. Середнє значення ОТ знаходиться

в межах середнього рівня тривожності. Розподіл пацієнтів за СТ на початку дослідження: 6 (20%) пацієнтів мали високий рівень тривожності, 13 (43,33%) пацієнтів середній, 11 (36,67%) низький. Середнє значення СТ в групі на початку дослідження $43,5 \pm 1,52$ балів, що відповідає середньому рівню тривожності. Серед жінок спостерігався високий рівень ОТ $47,46 \pm 1,62$ балів, а серед чоловіків високий рівень СТ $47,33 \pm 1,74$ балів. Жінки порівняно з чоловіками мали високий рівень ОТ ($p < 0,05$), а чоловіки порівняно з жінками високий рівень СТ ($p < 0,01$).

Після комплексного лікування рівень ОТ суттєво не відрізняється від початкових значень, достовірної різниці між показниками не має. Виявлено достовірну різницю значень показників СТ до та після терапії мебікаром ($p < 0,001$). До початку терапії СТ $43,5 \pm 1,52$ балів (в межах середнього рівня тривожності), після $28,55 \pm 2,78$ балів (низький рівень тривожності). Спостерігається достовірне зменшення рівня СТ у жінок та чоловіків після курсової терапії мебікаром ($p < 0,001$).

Дослідження вихідного рівня тривоги і депресії здійснювалось за Госпітальною шкалою тривоги і депресії HADS. У I групі середнє значення тривоги складає $10,45 \pm 2,68$ балів, що відповідає субклінічному рівню тривоги. Рівень депресії у I групі за опитувальником становить $5,18 \pm 1,15$ балів, що свідчить про відсутність клінічно вираженої депресії (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Рівень тривоги та депресії у I групі за HADS

	Тривога		Депресія	
	N	M \pm SD, балів	n	M \pm SD, балів
Відсутність розладу	8	5,2 \pm 1,25	20	3,8 \pm 2,45
Субклінічний рівень	15	8,6 \pm 1,25	10	8,65 \pm 2,65
Клінічний рівень	7	17,55 \pm 2,91	0	0
Середнє значення	30	10,45 \pm 2,68	30	5,18 \pm 1,15
Примітки: n – кількість хворих.				

У II групі виявлено субклінічний рівень тривоги, що відповідає $10,24 \pm 2,82$ балам HADS. Депресії у II групі за опитувальником не виявлено, що відповідає $5,18 \pm 1,15$ балам (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Рівень тривоги та депресії у II групі за HADS

	Тривога		Депресія	
	N	M \pm SD, балів	n	M \pm SD, балів
Відсутність розладу	6	5,25 \pm 1,48	19	3,1 \pm 0,87
Субклінічний рівень	16	7,8 \pm 2,05	11	9,12 \pm 1,34
Клінічний рівень	8	18,34 \pm 2,15	0	0
Середнє значення	30	10,24 \pm 2,82	30	5,21 \pm 0,75
Примітки: n – кількість хворих.				

Після базисного лікування середнє значення тривоги у I групі складає $8,98 \pm 1,98$ балів, що відповідає субклінічній тривозі, середнє значення депресії $5,45 \pm 1,34$ балів, що свідчить про відсутність розладу. На початку дослідження персонально клінічно виражену тривогу мали 7 (23,33%) пацієнтів, під кінець дослідження 4 (13,33%). Достовірної різниці між показниками тривоги у I групі на початку та в кінці спостереження не виявлено. Різниця показників середнього рівня депресії на початку та в кінці спостереження не достовірна (табл.3.5).

Таблиця 3.5

Рівень тривоги та депресії у I групі за HADS після лікування

	Тривога		Депресія	
	N	M \pm SD, балів	n	M \pm SD, балів
Відсутність розладу	12	4,82 \pm 1,15	18	4,2 \pm 2,41
Субклінічний рівень	14	8,2 \pm 1,76	12	8,15 \pm 2,45
Клінічний рівень	4	18,47 \pm 2,12	0	0
Середнє значення	30	8,98 \pm 1,98	30	5,45 \pm 1,34
Примітки: n – кількість хворих.				

Середнє значення тривоги для II групи після лікування $4 \pm 1,25$ балів, що відповідає відсутності розладу. Загальний рівень депресії після терапії мебікаром $4,67 \pm 1,69$ балів, що свідчить про відсутність розладу. Достовірної різниці між показниками загального значення депресії на початку та в кінці спостереження не виявлено. До терапії мебікаром 8 (26,67%) пацієнтів мали клінічно виражену тривогу. Вираженої тривоги після терапії мебікаром не виявлено. Виявлено достовірну різницю загального значення тривоги у II групі на початку дослідження $10,24 \pm 2,82$ балів порівняно із показником наприкінці дослідження $4 \pm 1,25$ балів ($p < 0,05$). Результати тестування за HADS у II групі після лікування наведено у табл.3.6.

Таблиця 3.6

Рівень тривоги та депресії у II групі за HADS після лікування

	Тривога		Депресія	
	N	M \pm SD, балів	n	M \pm SD, балів
Відсутність розладу	26	4,15 \pm 1,18	19	3,9 \pm 1,04
Субклінічний рівень	4	7,8 \pm 0,72	11	9,23 \pm 1,56
Клінічний рівень	0		0	0
Середнє значення	30	4 \pm 1,25	30	4,67 \pm 1,69
Примітки: n – кількість хворих.				

Наявність субклінічної тривоги – це пограничний стан між нормою та патологією. Такі пацієнти потребують уваги з боку лікаря, адже при незначному зміні психологічного стану, виникненні психотравмуючої ситуації, вони мають схильність до психоемоційної реакції в вигляді клінічно вираженої тривоги.

Підсумовуючи результати дослідження у I та II групах хворих, виявлено субклінічний рівень тривоги. У групі хворих, що отримували мебікар тривожних розладів не спостерігалось. У I та II групі в ході дослідження депресивних розладів не виявлено.

Розуміючи, що результат тестування, виражений сумою балів, відображає лише загальну кількість і ступінь вираженості окремих симптомів психічного розладу, проведені тестування являються лише досить приблизною, в певній мірі суб'єктивною оцінкою, котра не може бути прирівняна до клінічного діагнозу, який враховує всю сукупність симптомів психічного розладу. На практиці суб'єктивні методики застосовуються як для попередньої діагностики ТДР, так і для відбору пацієнтів, котрим необхідна консультація спеціаліста.

Усім хворим було проведено біохімічне дослідження крові, результати наведено у табл. 3.7.

Таблиця 3.7

Біохімічні показники крові хворих

Показник	До лікування	Після лікування
	М±SD, од.вим.	М±SD, од. вим.
Загальний білірубін, мкмоль/л	13,4±0,5	12,7±0,6
Креатинін, мкмоль/л	88,9±2,3	86,3±0,5
Сечовина, ммоль/л	4,6±0,2	4,5±0,4
АЛТ, Од/л	27,7±1,2	27,6±1,4
АСТ, Од/л	26,4±0,8	25,3±0,6
Глюкоза крові, ммоль/л	5,1±0,8	4,9±0,9
Загальний холестерин, ммоль/л	5,8±0,89*	3,5±0,67*
Тригліцериди, ммоль/л	2,6±0,42*	1,3±0,45*
* – достовірність різниці показників до та після лікування $p < 0,05$.		

У ході дослідження спостерігалось достовірне зниження рівня загального холестерину та тригліцеридів, що свідчить про адекватно підібрану терапію статинами.

ЯЖ оцінювали за Сіетльським опитувальником стенокардії (SAQ) до та через 2 місяці лікування.

При аналізі результатів SAQ встановлено, що через 2 місяці лікування відбулося достовірне покращання ЯЖ хворих у обох групах, але у пацієнтів II

групи, які додатково отримували мебікар спостерігалась більш позитивна динаміка: розширення фізичної активності (збільшення за шкалою Physical limitation на 16,47%, а в I групі на 13,93%; $p < 0,05$), зміни інтенсивності больового синдрому (збільшення за шкалою Anginal Stability на 18,44%, а в I групі 17,44%; $p < 0,05$) та зменшення кількості ангінозних нападів протягом тижня (збільшення за шкалою Anginal Frequency на 16,62%, у I групі на 18,11%; $p < 0,05$). Відбулося також збільшення за шкалою Treatment Satisfaction на 17,32% у II групі та на 15,69% у I групі. У пацієнтів змінилося відношення до своєї хвороби – відмічено збільшення за шкалою Disease Perception у II групі на 18,34%, у I групі на 16,11%; $p < 0,05$. Результати дослідження ЯЖ за опитувальником SAQ наведено у табл.3.8.

Таблиця 3.8

Оцінка якості життя за Сіетльським опитувальником

Шкала опитувальника, %	Групи клінічного дослідження			
	I група		II група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
PL (Physical limitation)	48,74±4,21	62,67±4,89*	48,53±3,89	65±5,78*
AS (Anginal Stability)	44,45±5,78	68,89±6,34*	45,45±4,78	63,89±6,67*
AF (Anginal Frequency)	41,67±6,67	59,78±4,34*	44,27±6,89	60,89±4,34*
TS (Treatment Satisfaction)	54,65±5,18	70,34±5,34*	55,78±5,12	73,10±6,48*
DP (Disease Perception)	47,67±4,69	63,78±6,56*	48,89±5,34	67,23±7,12*

* – достовірність різниці показників до та після лікування $p < 0,05$.

У пацієнтів обох груп в ході дослідження спостерігався позитивний вплив терапії на проаналізовані клінічні показники та якість життя.

Обговорення результатів дослідження

Досліджуючи психологічний стан хворих на ССН в обох групах виявлені середні значення ОТ та СТ за опитувальником Спілбергера-Ханіна. Виявлено достовірну різницю значень ОТ та СТ залежно від статі. Для жінок характерні персонально високі показники ОТ, порівняно з рівнем ОТ в чоловіків. Для чоловіків характерна персонально висока СТ порівняно з жінками.

Очевидно, це може бути пояснено вищим рівнем розвитку адаптивних здатностей у жінок, який виявляється, зокрема, в тому, що навіть при вищому рівні ОТ їм вдається ефективніше і за короткий термін пристосуватися до психотравмуючої ситуації. Ці дані узгоджуються з повідомленнями О.С.Юрценюка «Рівні особистісної та ситуативної тривоги у пацієнтів з ішемічною хворобою серця стабільною стенокардією напруги». D.K Moser., досліджуючи рівень тривоги в хворих на ІХС, що в анамнезі мали ІМ, встановив, що жінки мали достовірно вищі показники тривоги порівняно з чоловіками.

Після лікування у I групі рівні ОТ та СТ знаходилися в межах середніх значень за опитувальником Спілбергера-Ханіна. Достовірної різниці між рівнем тривожності до та після лікування не виявлено.

У II групі після комплексного лікування достовірної різниці між показниками ОТ до та після лікування не виявлено. Виявлено достовірну різницю значень показників СТ до та після терапії мебікаром.

Це можна пояснити тим, що ОТ – це риса, відносно стійка індивідуальна схильність людини реагувати на дію різних стресорів, підповідаючи підвищенням СТ. Саме високі значення СТ пов'язані з клінічно вираженою тривогою, як патологічним станом, невротичністю, внутрішньою напругою.

За опитувальником HADS у обох групах до лікування виявлено субклінічний рівень тривоги та відсутність депресивного розладу. Рівень тривоги у I групі до та після лікування знаходився на субклінічному рівні, різниця не достовірна. У II групі встановлено достовірну різницю між

значенням тривоги до (субклінічний рівень) та після (відсутність тривоги) лікування.

Аналізуючи результати за опитувальником SAQ встановлено, що через 2 місяці лікування відбулося достовірне покращання ЯЖ хворих у обох групах дослідження, $p < 0,05$. В пацієнтів II групи, які додатково отримували мебікар спостерігалась більш позитивна динаміка в порівнянні з пацієнтами I групи.

ВИСНОВКИ

1. У хворих на стабільну стенокардію напруги виявлено: середні значення особистісної та ситуативної тривожності, субклінічний рівень тривоги та відсутність депресії. Показник особистісної тривожності у жінок вищий порівняно з чоловіками, а ситуативної тривожності вищий у чоловіків.

2. У групі хворих, що отримували базисне лікування показники тривожності, тривоги і депресії не змінювались.

3. Доповнення терапії мебікаром, сприяло вірогідному зниженню ситуативної тривожності, рівня тривоги та підвищення якості життя.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Рекомендовано застосовувати опитувальники Спілбергера-Ханіна та Госпітальну шкалу тривоги та депресії у хворих на стабільну стенокардію напруги для визначення психологічного стану, виявлення тривожно-депресивних розладів та вчасної їх корекції за потребою. В якості анксиолітика можна використовувати мебікар, як безпечний та ефективний засіб корекції тривожно-депресивних розладів у хворих на стабільну стенокардію напруги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Лущик У.Б. Чому сьогодні не зменшуються показники захворюваності та смертності пов'язані із серцево-судинною патологією / У.Б. Лущик, Т.С. Алексєєва, В.В. Новицький // Практична ангіологія. – 2010. – №3. – С. 3 – 8.
2. Амеліна Т. М. Дисфункція ендотелію як основна ланка патогенетичних перетворень при стабільній стенокардії / Т.М. Амеліна, О.С. Полянська, С.І.Гречко // Український кардіологічний журнал. – Матеріали XV Національного конгресу кардіологів України. – 2014. – Додаток 4. – С. 3 – 8.
3. Марута Н.А. Депрессии в общесоматической практике. Справ.пособие для врачей первичной медико-санитарной сети / Н.А. Марута, Л.Н. Юрьева, А.И. Мамчур. – Киев, 2009. – С. 30 – 32.
4. Михайлов Б.М. Соматоформные расстройства: клиника, диагностика, принципы терапии / Б.М. Михайлов, Е.И. Кудинова // Архів психіатрії. – 2010. Т.1. вип. 3. – С. 8 – 13.
5. Табачников С.І. Актуальні проблеми психічного здоров'я населення України // Міжнародний психіатричний журнал. – 2007. –Т1. №1. С. 5.
6. Хобзей М.К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М.К Хобзей, П.В. Волошин, Н.О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т.18, вип. 3. – С. 10 – 14.
7. Чабан О.С. Діагностика та лікування психосоматичних розладів в загальній медичній практиці: методичні рекомендації / О.С.Чабан, О.О. Хаустова, О.Ю. Жабенко. – К. : Знання, 2009. – С. 40 – 41.
8. Маркова М.В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М.В. Маркова // Неврология и психиатрия. – 2008. – № 243. – С. 71 – 74.
9. Напреенко О.К. Депресія і тривога. В кн.: Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я: Посібник для поліпшення якості роботи / За наук. ред. проф. І.П.Смирнової. – К., 1999. – С. 135 – 142.

10. Напреєнко О.К. Депресії та тривога в загально медичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. - № 1. – 2002. – С. 7 – 12.
11. Напреєнко О.К. Психическая саморегуляція / О.К. Напреєнко, К.А. Петров. – К. : Здоров'я, 1995. – 224 с.
12. Напреєнко О.К. Депрессивные расстройства в амбулаторной общесоматической практике // Журнал психиатрии в медицинской психологии / О.К. Напреєнко, О.Н. Латчман. – 2002. № 1. – С. 48 – 49.
13. Оганов Р.Г. Депресія в загально медичній практиці // Р.Г. Оганов, К.М. Ольбінська / Кардіологія. – 2004. – Т. 1. ч. 1. – С. 48 – 54.
14. Heminqway H. Psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary hearth disease: systematic review of prospective cohort studies / H. Heminqway, M. Marmot // BMJ. – 2011. – P. 1460-1467.
15. Kawachi I. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease / The Normative Aging Study // I. Kawachi, D. Sparrow. – Ibid. 2011. – P. 2212-2218.
16. Критерії діагностики та лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: Клінічний посібник / За ред. проф. П.В. Волошина, проф. В.М. Пономаренко, проф. О.К. Напреєнка. – Х.: Аріс, 2000. – С. 303.
17. Ballenger J. C. Consensus statement on depression, anxiety and cardiovascular disease // J. C Ballenger, R. T. Davidson / Clin. Psychiatry. — 2001. – P. 24—47.
18. Simon J. Somatic symptoms and psy- chiatric disorder: an international primary care study // J. Simon, Y. Lecrubier, T. Ustun / Rev. Contemp. Pharmacotherapy. — 1996. – P. 279—285.
19. Wittchen H. U. Depressive episodes – evidence for a causal role of primary anxiety disorders? // H. U. Wittchen, K. V. Beesdo / Eur. Psychiatry. — 2003. – № 18. – P. 384—93.
20. Коваленко В.М. Атеросклероз і асоційовані з ним хвороби внутрішніх органів: загальна стратегія профілактики та етапність спеціалізованого лікування // Український кардіологічний журнал. – 2007. – №5. – С. 8 –11.

21. Психосоматическая медицина. Руководство для врачей: [под ред. П.И. Сидорова]. – М.: МЕДпресс-информ. – 2006. – С. 568.
22. Беялов Ф.И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов : учебное пособие / Ф.И. Беялов. – Часть 2. Клин. медицина. – 2007. – № 4. – С. 23.
23. Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease // *Cardiol.* – 1996. – P. 613 – 619.
24. Rieckmann N. Course of depressive symptoms and medication adherence after acute coronary syndromes: an electronic medication monitoring study. –N. Rieckmann, W. Gerin, I. Kronish. – *Cardiol.* 2011. – № 42. – P. 1024 –1036.
25. Kuyken W. Therapist competence, comorbidity and cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy and Psychosomatics.* W. Kuyken, D. Tsvirikos. – 2012. – №18. P. 56 – 59.
26. Yusuf S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case–control study. S. Yusuf, S. Hawken, S. Ounpuu. – 2004. – P. 937 – 952.
27. Frasure-Smith N. Recent evidence linking coronary heart disease and depression / N. Frasure-Smith, F. Lespérance. – *Psychiatry.* – 2006. – №5. – 730–737.
28. Frasure-Smith N. Depression and anxiety as predictors of year cardiac events in patients with stable coronary artery disease / N. Frasure-Smith, F. Lesperance. – *Arch. Gen. Psychiat.* – 2008. – P. 62 – 71.
29. Lespérance F. CREATE Investigators. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in atients with coronary artery disease: the Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) / F. Lespérance, N. Frasure-Smith, D. Koszycki. – *JAMA.* – 2007. – P. 367–379.
30. Thombs BD. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction / B.D. Thombs, E.B Bass, D.E Ford. – *Gen. Intern. Med.* – 2006. –№21. – P. 30 – 38.

31. Van der Kooy K. Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis / K. Van der Kooy, H. Marwijk. – *Int. Geriatr. Psych.* – 2007. – №22. – P. 613 – 626.
32. Whang W. Depression and risk of sudden cardiac death and coronary heart disease in women: results from the Nurses' Health Study / W. Whang, L.D. Kubzansky, I. Kawachi. – *Coll. Cardiol.* 2009. – №5. – P. 950 – 958.
33. Rieckmann N. Course of depressive symptoms and medication adherence after acute coronary syndromes: an electronic medication monitoring study / N. Rieckmann, W. Gerin, M. Kronish. – *Coll. Cardiol.* – 2006. – №4. – P. 2218–2222.
34. Lichtman J.H. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association / J.H. Lichtman, T. Bigger, A. Blumenthal. – *Circulation.* – 2008. – P. 1768 – 1775.
35. Taylor C.B. ENRICHD Investigators. Effects of antidepressant medication on morbidity and mortality in depressed patients after myocardial infarction / C.B. Taylor, M.E. Youngblood, D. Catellier. – *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2010. – P. 59 .
36. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. М . : 2010. – С. 25 – 42.
37. Смулевич А.Б. Психокардиология / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев. – М . : МИА. – 2005. – С. 654 – 663.
38. Зарецкий М.М. Тревожные расстройства в общей медицинской практике и подходы к их терапии / М.М. Зарецкий, А.П. Черникова // *Здоров'я України.* – 2009. – № 17. С. 52 – 53.
39. Booth-Kewley S. Psychological predictors of heart disease: a quantitative review / S. Booth-Kewley, H. S. Friedman // *Psychol Bull.* – 1987. – Vol. 101. – P. 343 – 362.

40. Bankier B. The high prevalence of multiple psychiatric disorders in stable outpatients with coronary heart disease / B. Bankier, A.V. Littman // *Psychosom. Med.* – 2004. – Vol.66. – P. 645 – 650.
41. Гагулин И.В. Личностная тревожность и ИБС (эпидемиологическое исследование) / И.В. Гагулин // *Актуальные проблемы кардиологии Севера Сибири: Тезисы докладов конференции.* – Красноярск. – 1991. – С. 16 – 17.
42. Никитина Ю. Психосоматические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний / Ю. Никитина, Ф. Копылов, А. Сыркин // *Врач.* – 2009. – № 12. – С. 21 – 25.
43. Ибатов А.Д. Влияние тревожных расстройств на течение ишемической болезни сердца / А.Д. Ибатов // *Рус.мед.ж.* – 2007. – № 20. – С. 1443 – 1447.
44. Беялов Ф.И. Тревога, депрессия и качество жизни у пациентов со стенокардией и хронической обструктивной болезнью легких / Ф.И. Беялов, А.А. Хамаева // *Псих. расстройства в общей медицине.* – 2010. – №3. – С. 47.
45. Погосова Н.В. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы / Н.В. Погосова, И. Х. Байчоров, Ю. М. Юферева // *Кардиология.* – 2010. – Т.50. – №4. – С. 66 – 78.
46. Степанова Н.М. Особливості психоемоційного стану пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця / Н.М. Степанова // *Медична психологія.* – 2010. – Т. 5. № 1. – С. 49 – 54.
47. Denissen A. H. Anxiety and information need of myocardial infarction patients and their spouses / A. H. Denissen, T. Jaarsma // *Eur. Heart J.* – 1996. – P. 133.
48. Гафаров В.В. Популяционное исследование социально–психологических факторов риска ишемической болезни сердца в мужской популяции Новосибирска / В. В. Гафаров, И. В. Гагулин // *Тер. Архив.* – 2000. –Т. 7. №5 – С. 40 – 43.
49. Березин Ф.Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний / Ф. Б. Березин, Е.В. Безносюк, Е.Д. Соколова // *Рос. мед. журн.* – 1998. – №2. – С. 43 – 49.

50. Moser D.K. An international perspective on gender differences in anxiety early after acute myocardial infarction / D. K. Moser, K. Dracup // *Psychosom Medicine*. – 2003. – Vol. 65. – P. 511 – 516.
51. Малацківська О.В. Зв'язок між традиційними факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань та тривожно-депресивними станами у жінок / О. В. Малацківська, І. М. Горбась // *Укр. кардіол. журн.* – 2005. – № 6. – С. 97 – 99.
52. Schenck-Gustafsson K. Risk factors for cardiovascular disease in women / K.Schenck-Gustafsson // *Heart Beat*. – 2000. – № 1. – P. 1 – 3.
53. Ибатов А.Д. Тревога и ишемическая болезнь сердца / А.Д. Ибатов, А. Сыркин, А. Вейн // *Врач*. – 2003. – №9. – С. 8 – 11.
54. Ибатов А. Д. Влияние тревожных расстройств на течение ишемической болезни сердца / А. Д. Ибатов, // *Рус. мед. журн.* – 2007. – № 20. – С. 1443 – 1447.
55. Ladwig Kh. Extracardiac contributions to chest pain perception in patients 6 months after acute myocardial infarction / Kh. Ladwig, G. Roll, G. Breithardt, M.Borggreffe // *Am. Heart J.* – 1999. – Vol. 137, №3. – P. 528 – 535.
56. Kawachi I. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study / I. Kawachi, D. Sparrow // *Circulation*. – 1994. – Vol.90. №5 – P. 2225 – 2229.
57. Strik J. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction / J.Strik, J. Denollet // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2003. – Vol. 10. – №5. – P. 1801 – 1807.
58. Малацківська О.В. Зв'язок між традиційними факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань та тривожно-депресивними станами у жінок / О. В. Малацківська, І. М. Горбась // *Укр. кардіол. журн.* – 2005. – № 6. – С.97 – 99.
59. Великанов А.А. Сравнительное исследование эмоциональных состояний у больных с различными формами ишемической болезни сердца / А.

А.Великанов // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2008. – № 61. – С. 364 – 368.

60. Moser D. K. Comparison of prevalence of symptoms of depression, anxiety, and hostility in elderly patients with heart failure, myocardial infarction, and a coronary artery bypass graft / D. K Moser, L. S. Dracup // Heart Lung. – 2010. – № 5. – P. 378 – 385.

61. Гафаров В.В. Популяционное исследование социально–психологических факторов риска ишемической болезни сердца в мужской популяции Новосибирска / В. В. Гафаров, И. В. Гагулин // Тер. Архив. – 2000. – Т. 72. – №4. – С. 40 – 43.

62. Roy-Byrne P.P. Anxiety disorders and comorbid medical illness / P.P Roy-Byrne, K.W. Davidson, R.C. Kessler / Gen. Hosp. Psychiatry. – 2008. – №30. С. 208 – 225.

63. B.J. Shen. Anxiety characteristics independently and prospectively predict myocardial infarction in men: the unique contribution of anxiety among psychologic factors / B.J. Shen, Y.E. Avivi, F.J. Todaro. – J. Am. Coll. Cardio. – 2008. – С. 113–119.

64. Zafar M.U. Anxiety is a better predictor of platelet reactivity in coronary artery disease patients than depression / M.U. Zafar Paz-Yepes, M. D. Eur.Heart J. – 2010. – №13. – С. 1573 – 1582.

65. Saver B.G. A qualitative study of depression in primary care: missed opportunities for diagnosis and education. The Journal of the American Board of Family Medicine / B.G. Saver, V. Van-Nguyen Keppel. – 2007. №20. – С. 28 – 35.

66. Обучение врачей навыкам в сфере психического здоровья. Образовательная программа по депрессивным расстройствам ВПА/ПТД. Модуль 4. / под ред. Н.А. Корнетова. – К.: Сфера, 2002. – С. 34.

67. NICE Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. Clinical Guideline 23. London: NICE, 2004. – P.16.

68. NICE Clinical Guideline 23 (amended) Depression: management of depression in primary and secondary care. – 2007. – P. 67.

69. Балуківа Е.В. Тревожніе расстройтва у больніх терапевтїческого профїля / Е.В. Балуківа, Ю.П. Успенскїй, Е.И. Ткаченко. – Терапевтїческий архїв. – 2007. – №6. С. 85 – 88.
70. Зарецкїй М.М. Тревожніе расстройтва в общемедїцинской практике и подходы к их терапїи / М.М. Зарецкїй, А.П. Чернікова /Здоров'я України. – 2009. – № 17. – С.15.
71. Коваленко І.В. Психосоматїчні розлади: діагностика та лікування / І.В. Коваленко. – Вінниця: Тов. «Консоль». – 2005. – С. 45.
72. NICE The treatment and management of depression in adults (updated edition). National Clinical Practice Guideline 90. London: British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2010. – P. 705.
73. Lichtman J.H. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association / J.H. Lichtman, J.T. Bigger, A.H. Blumenthal / Circulation. – 2008. – С. 1768 – 1775.
74. Чабан О.С. Дїагностика та лікування психосоматїчних розладів в загальній медїцинській практиці: метод. рекомендації / О.С. Чабан, О.О. Хаустинова, О.Ю. Жабенко. – К. : 2009. – С. 40.
75. Юзвішина О.В. Клінічні рекомендації для лікарів загальної практики щодо лікування супутніх депресій, тривожних станів і серцево-судинних захворювань. Навчально-методичний посібник / О.В. Юзвішина. – Хмельницькїй. – 2007. – С. 28.
76. Richardson R. Self-help books for people with depression: a scoping review / R. Richardson, D.A. Richards, M.Barkham. – Journal of Mental Health. – 2008. №17. P. 543 – 552.

77. Психоэмоциональные расстройства у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – №5. – С. 94 – 99.
78. Spertus J.A. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease / J.A. Spertus J.A. Winder, T.A. Dewhurst. – J. Am. Coll. Cardiol. – 1995. P. 333 – 341.
79. Rumsfeld J.S. Health Status and Clinical Practice: When Will They Meet? / J.S Rumsfeld. – Circulation . – 2002. – P. 5 – 7.
80. Spertus J.A. Health status predicts long-term outcome in outpatients with coronary disease. / J.A. Spertus, P.A. Jones, M. McDonell. – Circulation. – 2002. – P. 106.

ДОДАТКИ

Додаток 1. Опитувальник Спілбергера-Ханіна

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень і закресліть цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як ви почуваетесь на даний момент. Над запитаннями довго не задумуйтеся, оскільки правильних і неправильних відповідей немає (табл. 1.1).

Таблиця 1.1.

Шкала ситуативної тривожності

Судження	Ні, це не так	Мабуть, так	Правильно	Зовсім правильно
Я спокійний	1	2	3	4
Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
Я знаходжуся в напрузі	1	2	3	4
Я внутрішньо скутий	1	2	3	4
Я відчуваюся вільно	1	2	3	4
Я розстроєний	1	2	3	4
Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
Я відчуваю душевний спокій	1	2	3	4
Я стривожений	1	2	3	4
Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
Я упевнений у собі	1	2	3	4
Я нервую	1	2	3	4
Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
Я напружений	1	2	3	4
Я не відчуваю скутості, напруги	1	2	3	4
Я задоволений	1	2	3	4
Я заклопотаний	1	2	3	4
Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
Мені радісно	1	2	3	4
Мені приємно	1	2	3	4

Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень і закресліть цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як ви почуваетесь на даний момент (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Шкала особистісної тривожності

Судження	Ні, це не так	Мабуть, так	правильно	но зовсім правильно
У мене буває піднесений настрій	1	2	3	4
Я буваю дратівливим	1	2	3	4
Я легко розстроююся	1	2	3	4
Я хотів би бути таким само щасливим, як і інші	1	2	3	4
Я сильно переживаю неприємності	1	2	3	4
Я відчуваю прилив сил і бажання працювати	1	2	3	4
Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
Мене тривожать можливі труднощі	1	2	3	4
Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
Я буваю цілком щасливий	1	2	3	4
Я все приймаю близько до серця	1	2	3	4
Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
Я відчуваюся беззахисним	1	2	3	4
Я намагаюся уникати критичних ситуацій	1	2	3	4
У мене буває нудьга	1	2	3	4
Я буваю задоволений	1	2	3	4
Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють	1	2	3	4
Буває, що я відчуваюся невдахою	1	2	3	4
Я врівноважена людина	1	2	3	4
Мене охоплює занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація

Результати тесту обробляються за допомогою ключа

СТ: (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) – (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) + 50 = результат.

ОТ: (2,3,4,5,8,9,11,12,14,15,17,18,20) – (1,6,7,10,13,16, 19) + 35 =результат.

Під час аналізу результатів самооцінки треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник за шкалами ситуативної й особистісної тривожності може знаходитися в діапазоні від 20 до 80 балів. При цьому чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної чи особистісної). Орієнтовні оцінки рівня тривожності: від 0 до 30 балів – низька тривожність; від 31 до 45 балів – помірна тривожність; від 46 і більше – висока тривожність.

Додаток 2. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Інструкція. Ця анкета розроблена для того, щоб допомогти Вашому лікарю зрозуміти, як Ви себе відчуваєте. Прочитайте уважно кожне твердження і виберіть ту відповідь, що найбільше відповідає тому, як Ви відчували себе на минулому тижні. Ваша перша реакція буде завжди найвірнішою (табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Опитувальник HADS

Твердження	Варіант відповіді	Кі-ть балів	Шкали: депресії Д, тривоги Т
Відчуття напруженості, мені не собі	Постійно	3	Т
	Часто	2	
	Час від часу, іноді	1	
	Зовсім не відчуваю	0	
Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене такі самі почуття	Це так	0	Д
	Напевно, це так	1	
	У дуже малій мірі це так	2	
	Це зовсім не так	3	
Я відчуваю страх, здається, що ось-ось може статися щось жахливе	Це так, страх дуже сильний	3	Т
	Страх не дуже сильний	2	
	Іноді	1	
	Зовсім не відчуваю	0	

Продовження таблиці 2.1.

Здатний розсміятися та угледіти у тій чи іншій події смішне	Це так	0	Д
	Напевно, це так	1	
	У дуже малій такак	2	
	Це зовсім не так	3	
Метушливі думки крутяться у мене в голові	Постійно	3	Т
	Більшу частину часу	2	
	Час від часу і це не так часто	1	
	Тільки іноді	0	
Я відчуваю бадьорість	Зовсім не відчуваю	3	Д
	Дуже рідко	2	
	Іноді	1	
	Практично весь час	0	
Я можу легко сісти та розслабитись	Це так	0	Т
	Напевно, це так	1	
	Зрідка це так	2	
	Зовсім не можу	3	
Я не слідкую за своєю зовнішністю	Це так	3	Д
	Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно	2	
	Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги	1	
	Я слідкую за собою так, як і раніше	0	
Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись	Це так	0	Т
	Напевно, це так	1	
	Деякою мірою це так	2	
	Не відчуваю	3	

Продовження таблиці 2.1.

Мені здається, що я став робити все дуже повільно	Практично весь час	3	Д
	Часто	2	
	Іноді	1	
	Зовсім ні	0	
Я відчуваю внутрішнє напруження чи тремтіння	Зовсім не відчуваю	0	Т
	Іноді	1	
	Часто	2	
	Дуже часто	3	
Я вважаю, що мої справи (заняття, хобі) можуть принести мені відчуття задоволення	Точно так, як і звичайно	0	Д
	Так, але не в тій мірі, як і раніше	1	
		2	
	Значно менше	3	
	Зовсім так не вважаю		
У мене буває раптове відчуття паніки	Дуже часто	3	Т
	Досить асто	2	
	Зрідка	1	
	Зовсім не буває	0	
Я можу отримати задоволення від цікавої книги, телепрограми	Часто	0	Д
	Іноді	1	
	Зрідка	2	
	Дуже рідко	3	

Критерії оцінки за HADS: 0-7 балів – норма; 8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 і більше – клінічно виражена тривога/депресія.

Примітка. Для анкетування пацієнта не слід надавати шкали оцінювання (стовпчики 3-й та 4-й таблиці) та критерії оцінки.

Додаток 3. Сієтльський опитувальник стенокардії (SAQ)

1. Нижче представлений список видів діяльності, котрі люди здійснюють на протязі дня. І хоча для деяких людей, страждаючих одразу від декількох хвороб, буде складно визначити, що саме обмежує їх діяльність, ми

просимо Вас продивитись весь список і відмітити ту ступінь обмеження, яка пов'язана з болем, відчуттям стиснення в грудній клітці, стенокардією за останні 4 тижні:

Наскільки сильно Ви обмежені в здійсненні указаних дій, а саме:

- Самостійне одягання: череззвичайно, достатньо сильно, не дуже сильно, злегка, не обмежений (а), обмеження пов'язані з іншими причинами.
 - Ходьба в приміщенні на одному поверсі: череззвичайно, достатньо сильно, не дуже сильно, злегка, не обмежений (а), обмеження пов'язані з іншими причинами.
 - Прийняття душу: череззвичайно, достатньо сильно, не дуже сильно, злегка, не обмежений (а), обмеження пов'язані з іншими причинами.
 - Самостійне одягання: череззвичайно, достатньо сильно, не дуже сильно, злегка, не обмежений (а), обмеження пов'язані з іншими причинами.
 - Підйом вгору по східцях без зупинки: череззвичайно, достатньо сильно, не дуже сильно, злегка, не обмежений (а), обмеження пов'язані з іншими причинами.
 - Праця на присадибній ділянці, прибирання приміщення пылесосом, купівля продуктів: череззвичайно, достатньо сильно, не дуже сильно, злегка, не обмежений (а), обмеження пов'язані з іншими причинами.
 - Підняття або переміщення тягаря (наприклад, меблів, дитини): череззвичайно, достатньо сильно, не дуже сильно, злегка, не обмежений (а), обмеження пов'язані з іншими причинами.
 - Заняття активним спортом (наприклад, плавання, теніс): череззвичайно, достатньо сильно, не дуже сильно, злегка, не обмежений (а), обмеження пов'язані з іншими причинами.
2. Як часто при максимальному для Вас фізичному навантаженні в порівнянні з тим, що було 4 тижні тому, виникає біль, відчуття стиснення в грудній клітці або стенокардія?

Значно частіше. Ненабагато частіше. З тією частотою. Ненабагато рідше. Значно рідше.

3. Як часто за останні 4 тижні у Вас в середньому виникали напади стенокардії, відчуття стиснення в грудній клітці?
4 і більше разів на день. 1-3 рази на день. 3 рази на тиждень і частіше, але не кожний день. 1-2 рази на тиждень. Рідше ніж один раз в тиждень. За останні 4 тижні не виникали.
4. Як часто за останні 4 тижні Вам треба було приймати нітрогліцерин (таблетки, дози спрея) для зняття присупа стенокардії, болю, відчуття стиснення в грудній клітці?
4 і більше разів на день. 1-3 рази на день. 3 рази на тиждень і частіше, але не кожний день. 1-2 рази на тиждень. Рідше ніж один раз в тиждень. За останні 4 тижні не виникали.
5. Наскільки сильно Вас турбує необхідність приймати ліки з приводу стенокардії болю, відчуття стиснення в грудній клітці?
Дуже сильно. Відчутно. Незначно. 1-2 рази на тиждень. Рідше ніж один раз в тиждень. За останні 4 тижні не виникали.
6. Чи задоволені Ви тими зусиллями, котрі здійснюються для того, аби позбавити Вас від приступів стенокардії, болю, відчуття стиснення в грудній клітці?
Ні. В цілому ні. Частково. В цілому так. Повністю задоволений (а).
7. Чи задоволені Ви тими поясненнями, які дає Вам лікар з приводу приступів стенокардії, болю, відчуття стиснення в грудній клітці?
Ні. В цілому ні. Частково. В цілому так. Повністю задоволений (а).
8. Чи задоволені Ви тим лікуванням, яке назначене Вам з приводу приступів стенокардії, болю, відчуття стиснення в грудній клітці?
Ні. В цілому ні. Частково. В цілому так. Повністю задоволений (а).
9. Наскільки сильно приступи стенокардії, біль, відчуття стиснення в грудній клітці в останні 4 тижні заважали Вам отримувати задоволення від життя?

Дуже сильно. Достатньо сильно. Не дуже сильно. Злегка. Зовсім не заважали.

10. Якби решту життя у Вас були такі, як зараз, приступи стенокарді, болю, відчуття стиснення в грудній клітці, як би Ви на це реагували?

Крайне негативно. Це засмучувало мене. Це засмучувало мене лише злегка. Я був (ла) налаштований(а) в цілому позитивно. Все було би добре.

11. Як часто Ви турбуєтесь відносно того, що можете перенести серцевий приступ або померти раптово?

Із-за цього я постійно переживаю. Я часто думаю або переживаю із-за цього. Я періодично переживаю через це. Я рідко думаю або не переживаю при через це. Це мене не хвилює.

PL (Physical limitation) запитання 1. AS (Anginal Stability) запитання 2. AF (Anginal Frequency) запитання 3-4. TS (Treatment Satisfaction) 5-8. DP (Disease Perception) запитання 9-11.

Якість життя, обумовлену стенокардією, дідили на дуже низьку (0-24 %), помірно знижену (25-49 %), незначно знижену (50-74 %), хорошу чи відмінну (75-100 %).