

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Таблица 1

Частота распространения различных уровней тревожности у больных с ОИМ

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

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

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

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

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

Таблица 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Л и т е р а т у р а

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

ХУЛОСА

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

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

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

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

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

SUMMARY

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

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

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

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

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

Адрес для корреспонденции:

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТАЛЕЙКИНА У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

З.С.Гуломов

Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования, Россия

Автор изучил эффективность препарата «Беталейкин» у 82 больных с гнойными заболеваниями околоносовых пазух путём оценки состояния мукоцилиарного транспорта. Динамика восстановления мукоцилиарного клиренса у больных хроническим гнойным риносинуситом при лечении беталейкином была более выраженной по сравнению с группой сравнения.

Ключевые слова: околоносовые пазухи, хронические гнойные риносинуситы, восстановление мукоцилиарного клиренса, «Беталейкин»

Актуальность. В последние годы наблюдается неуклонный рост хронических воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей [2-4], поэтому значительное внимание уделяется вопросам рациональной терапии этих заболеваний [1-6]. Решающая роль в формировании воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух принадлежит нарушениям мукоцилиарной системы [1,5,6]. Длительно протекающие воспалительные процессы в околоносовых пазухах приводят к вторичным иммунодефицитным состояниям и угнетению местных защитных механизмов (снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, снижение секреторного IgA) [1-3,7]. Устойчивость слизистых оболочек к микробному заражению обеспечивается «колонизационным иммунитетом», который уменьшает доступность рецепторов эпителия за счёт блокирования их микробами сапрофитной флоры, антимикробными факторами секретов слизистых оболочек (лизоцим, лактоферрин, лактопероксидаза, секреторные антитела и др.), мукоцилиарным клиренсом. Ослабление антиколонизационных ресурсов открывает путь агрессивным агентам, вынуждая к подключению следующих эшелонов защиты.

В настоящее время в задачи иммунокоррекции входит регуляция деятельности иммунной системы, изыскание путей воздействия не только в целом, но и на дискретные звенья иммунитета, лечение изменённой иммунной системы, исправление дефектов её функционирования.

Среди средств иммунокоррекции значительное место занимают медиаторы иммунитета - продукты иммунной системы и вспомогательных клеток - гормоны тимуса, лимфо- и монокины. Из числа этих препаратов большие перспективы имеет применение интерлейкинов, в первую очередь, интерлейкинов 1 и 2 и гамма-интерферона [1,2,4,7].

Имеющиеся в доступной нам литературе сведения о применении беталейкина при хроническом гнойном риносинусите, рассматривают преимущественно, иммунологические механизмы нарушений. Данный препарат был разработан в НИИОЧБ (Санкт-Петербург) и является безопасным, эффективным и весьма современным российским иммуномодулятором [1]. При этом отсутствуют сведения о функциональном состоянии воздухопроводящих путей больных ХГРС непосредственно после проведённого курса и в отдалённые сроки наблюдения.

Цель исследования: изучение эффективности беталейкина у больных с гнойными заболеваниями околоносовых пазух путём оценки состояния мукоцилиарного транспорта.