

**Рисунок 1 — Факторы риска АГ**

**Таблица 1 — Неуправляемые факторы АГ**

Мужской пол старше 55 лет	38 %
Женский пол старше 60 лет	17,3 %
Наследственная предрасположенность	38 %

### **Выводы**

1. В результате проведенного исследования были выявлены наиболее распространенные факторы развития артериальной гипертензии. К данным факторам относятся: стрессовые ситуации — 82 %, потребление избыточного количества соли — 51 %, курение — 45 %, малоподвижный образ жизни, выявленный у 44,7 %, избыточная масса тела (ИМТ) — 43,3 %.

2. По результатам исследования к менее распространенным факторам развития артериальной гипертензии относятся: мужской пол старше 50 лет — 38 %, а женский пол старше 60 лет — 17,3 %, чрезмерное потребление продуктов с высоким содержанием жира и углеводов (сахара) — 39 %, употребление алкогольных напитков — 27,3 %. Наследственная предрасположенность к артериальной гипертензии выявлена у 28,7%, а также наличие эндокринных — 21,3 %, почечных заболеваний у 12 % пациентов.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Европейское общество кардиологов [Электронный ресурс]. Режим доступа : <https://www.escardio.org>. Дата доступа: 26.08.2018.
2. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа : <https://www.who.int/ru>. Дата доступа: 25.08.2021.

**УДК 616.12-005.4:616.891.6**

## **ОЦЕНКА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Гущенко К. Ю., Сальников Д. С.**

**Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Ковальчук**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — острое или хроническое поражение миокарда, возникает в результате дисбаланса между потребностью миокарда в

кислороде и его доставкой по венечным артериям в следствие атеросклеротического сужения просвета венечных артерий, в результате которого поражается миокард. Патология широко распространена и является одной из ведущих причин летального исхода и нетрудоспособности в мире.

Рост психосоциального неблагополучия в мире в немалой степени влияет на увеличение заболеваемости и смертность от ишемической болезни сердца. Депрессия — один из факторов риска развития ИБС, которая значительно отягощает клиническое течение ИБС, а также влияет на течение заболевания. Результаты исследований свидетельствуют, что больные ИБС с депрессией чаще предъявляют жалобы на приступы стенокардии, снижение физической активности, имеют низкое качество жизни [3]. Проблема коморбидности ишемической болезни сердца (ИБС) и тревожно-депрессивных расстройств широко обсуждается в современной научной литературе.

По данным ВОЗ, в мире более чем у 110 млн человек, что составляет 3–6 %, выявлены клинически значимые тревожно-депрессивные расстройства. Риск заболевания депрессией в течение жизни у женщин составляет 18–25 %, у мужчин — 7–12 % [4].

### **Цель**

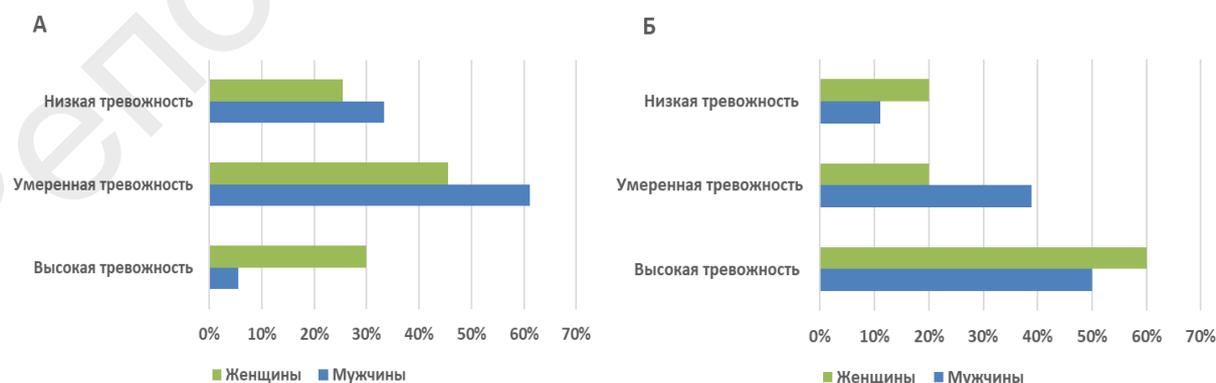
Изучить частоту встречаемости тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с ИБС.

### **Материал и методы исследования**

Исследование было проведено на базе кардиологического отделения У «ГОККЦ». Для диагностики уровня тревожных расстройств использовалась шкала тревоги Спилберга — Ханина. Шкала самооценки состоит из двух частей. Первая часть оценивает реактивную (номер 1–20) тревожность, вторая часть личностную (номер 21–40) тревожность. При интерпретации результат оценивался следующим образом: до 30 баллов — низкая тревожность; 31–44 — умеренная тревожность; 45 и более — высокая тревожность. В качестве скринингового инструмента для выявления у пациентов депрессивного расстройства применялась наиболее часто используемая в мире шкала-опросник CES-D (Center of Epidemiological Studies of USA-Depression) [1]. Интерпретация результатов в баллах: 0–17 — норма, 18–26 — легкая депрессия, 27–30 — депрессия средней степени тяжести, 31 и выше — тяжелая депрессия.

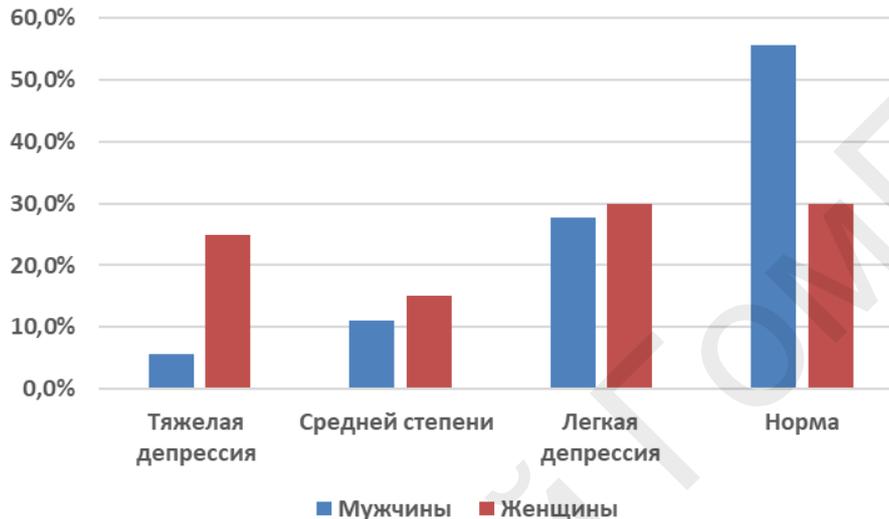
### **Результаты исследования и их обсуждение**

В исследование приняли участие 38 пациентов из них 18 мужчин и 20 женщин. Возраст пациентов варьировался от 37–80 лет (средний возраст составил  $50 \pm 8,9$  лет): из них 20 (52,6 %) женщин, средний возраст которых составил  $66,8 \pm 11$  лет и 18 (47,4 %) мужчин, средний возраст —  $51 \pm 13$  лет.



**Рисунок 1 — Распределение участников групп в зависимости от пола и уровня ситуационной (А) и личностной (Б) тревожности (по данным теста на тревожность Спилберга — Ханина)**

Высокая ситуативная тревожность наблюдается у 1 мужчины и 5 женщин, что составило 5,6 и 30 % соответственно; умеренная ситуативная тревожность — 11 мужчин и 9 женщин, 61,1 и 45,5 %, низкая ситуативная тревожность — 6 мужчин и 5 женщин, 33,3 и 25,5 %. Высокая личностная тревожность в соответствии с тестом Спилбергера — Ханина у 9 мужчин и 12 женщин (50 и 60 %), умеренная личностная тревожность — 7 мужчин и 4 женщины (38,9 и 20 %), низкая личностная тревожность — у 2 мужчин и 4 женщин (11,1 и 20 %).



**Рисунок 2 — Распределение участников групп в зависимости от уровня депрессии (по данным теста CES-D)**

У 5,6 % мужчин и 25 % женщин имеется тяжелая депрессия, у 11,1 % мужчин и 15 % женщин депрессия средней степени тяжести, у 27,8 % мужчин и 30 % женщин тяжелая депрессия и 55,5 % мужчин и 30 % женщин наблюдается норма.

### **Выводы**

1. Развитие высокой ситуативной тревожности наблюдается в большей степени у мужчин с диагнозом ишемическая болезнь сердца, в то время как высокая личностная тревожность наблюдается чаще у женщин 60 %

2. Исходя из шкалы-опросника CES-D депрессия тяжелой и средней степени чаще встречалась у женщин.

3. Учитывая высокие уровни тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ишемической болезнью сердца, целесообразно использование шкалы тревожности Спилбергера — Ханина, шкалы CES-D в клинической практике с целью их своевременной диагностики и профилактики, а также повысить контроль за психоэмоциональным состоянием пациентов.

Знание особенностей клиники и механизмов возникновения депрессивного эпизода у пациентов с ишемической болезнью сердца, помогает кардиологу в выявлении пациентов с психопатологическими состояниями, что позволяет назначить оптимальную терапию и улучшить прогноз заболевания.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Андрющенко, А. В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS в диагностике депрессий общей медицинской практики / А. В. Андрющенко, М. Ю. Дробижев, А. В. Добровольский // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 2003. Т. 103, № 5. С. 11–18.
2. Карандашев, В. Н. Изучение оценочной тревожности: рук-во по использованию методики Ч. Спилбергера / В. Н. Карандашев, М. С. Лебедева, Ч. Спилбергер. СПб. : Речь, 2004. 80 с.
3. Корнетов, Н. А. Депрессивные расстройства у пациентов, перенесших инфаркт миокарда / Н. А. Корнетов, Е. В. Лебедева // Психиатрия и психотерапия. 2003. Т. 5, № 5. С. 10–15.
4. Психіатрична допомога в Україні у 2001 році та перспективи її розвитку / Н. Г. Гойда [та ін.] // Український вісник психоневрології, 2002. Т. 10, Вип. 2. С. 9–12.