

СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, КОМОРБІДНУ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ**І.І. Вакалюк**ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний диспансер**Ключові слова:***стабільна ішемічна хвороба серця, неалкогольна жирова хвороба печінки, тривожно-депресивні розлади**Буковинський медичний вісник. Т.22, № 1 (85). С. 3-8***DOI:***10.24061/2413-0737.XXII.1.85.2018.1***E-mail:***ivakal5@gmail.com*

Мета роботи — оцінити стан психічного здоров'я хворих на стабільну ішемічну хворобу серця (ІХС) залежно від наявності та прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП). **Матеріал і методи.** Об'єктом дослідження стали 300 хворих на стабільну ІХС, серед яких виділяли 160 осіб без НАЖХП (І група) та 140 осіб із НАЖХП (ІІ група). Оцінку стану психічного здоров'я пацієнтів проводили за допомогою українських версій Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та опитувальника здоров'я PHQ-15.

Результати. Аналіз отриманих результатів виявив чіткі закономірності змін стану психічного здоров'я обстежених хворих залежно від наявності та перебігу НАЖХП. При НАЖХП виявлено переважання ознак депресивних психічних порушень. При цьому, найбільш значимі прояви як у відсотковому значенні, так і за клінічною симптоматикою спостерігали у групі осіб із неалкогольним стеатогепатитом (НАСТ). Більше того, загальний бал оцінки здоров'я пацієнтів зростає із прогресуванням проявів тривоги та депресії.

Висновки. За умов коморбідності стабільної ішемічної хвороби серця та неалкогольної жирової хвороби печінки сумарна частка психічних порушень становить 80-88% та характеризується домінуванням депресивних розладів, найбільш виражених у хворих на неалкогольний стеатогепатит.

Ключевые слова:*стабильная ишемическая болезнь сердца, неалкогольная жировая болезнь печени, тревожно-депрессивные расстройства.**Буковинский медицинский вестник. Т.22, № 1 (85). С. 3-8***СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, КОМОРБИДНОЙ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ****И.И. Вакалюк**

Цель работы - оценить состояние психического здоровья больных со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) зависимо от наличия и прогрессирования неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Материал и методы. Объектом исследования стали 300 больных со стабильной ИБС, среди которых выделяли 160 больных без НАЖБП (I группа) и 140 больных с НАЖБП (II группа). Оценку состояния психического здоровья пациентов проводили с помощью украинских версий Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и опросника здоровья PHQ-15.

Оригінальні дослідження

Результаты. Анализ полученных результатов выявил четкие закономерности изменений состояния психического здоровья обследованных больных зависимо от наличия и течения НАЖБП. При НАЖБП выявлено преобладание признаков депрессивных психических нарушений. При этом, наиболее значимые проявления как в процентном значении, так и по клинической симптоматике наблюдали в группе лиц с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ). Более того, общий балл оценки здоровья пациентов увеличивался по мере прогрессирования проявлений тревоги и депрессии.

Выводы. В условиях коморбидности стабильной ишемической болезни сердца и неалкогольной жировой болезни печени суммарная доля психических нарушений составляет 80-88% и характеризуется доминированием депрессивных расстройств, наиболее выраженных у больных с неалкогольным стеатогепатитом.

Key words: stable coronary heart disease, nonalcoholic fatty liver disease, anxiety and depressive disorders

Bukovinian Medical Herald. V.22, № 4 (84). P. 3-8

MENTAL HEALTH STATUS IN PATIENTS WITH STABLE CORONARY HEART DISEASE COMBINED WITH NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

I.I. Vakalyuk

Abstract. Objective. To assess the mental health status of the patients with stable coronary heart disease (CHD) based on the presence and progression of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD).

Material and methods. 300 patients with stable CHD were observed. Among them 160 patients without NAFLD (Group I) and 140 patients with NAFLD (Group II) were observed. Assessment of mental health status was conducted by the Ukrainian versions of Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and health questionnaire PHQ-15.

Results. Analysis of the results revealed clear patterns of modifications of the patient's mental health depending on the availability and duration of NAFLD. In the case of NAFLD the prevalence of depressive mental disorders was found. However, the most important manifestations as in percentage and clinical symptoms were observed in patients with nonalcoholic steatohepatitis (NASH). Moreover, the total assessment score of patient health increased due to progression of anxiety and depression manifestations.

Conclusions. Under conditions of stable CHD and NAFLD comorbidity, the total proportion of mental disorders is 80-88% and is characterized by the predominance of depressive disorders, that are most pronounced in patients with NASH.

Вступ. Серцево-судинна патологія залишається провідною причиною смертності та інвалідації населення світу та України зокрема [1, 2]. Існує цілий ряд чинників, які сприяють зростанню кардіоваскулярного ризику. Серед них провідне місце посідають психоемоційні розлади [3]. У рекомендаціях Європейського товариства кардіологів (2012) визначено, що конфлікти та хронічний стрес підвищують серцево-судинний ризик у 2,7-4 рази. При цьому, депресія зумовлює

зростання ризику кардіоваскулярних ускладнень у 1,9 раза та погіршує прогноз у 2,4 раза [4]. Більше того, доведено, що тривожні розлади мають місце у 20-25% населення Європи, а патологічна тривога виникає у 30-40% пацієнтів терапевтичного профілю. Зокрема, дослідження КООРДИНАТА виявило наявність клінічно значимої тривожної та депресивної симптоматики у 30-38% хворих на ІХС. При цьому, депресія зумовлювала зростання ризику виникнення карді-

оваскулярних подій в 1,6 раза [5]. У дослідженні Т.А. Hanssen et al. доведено, що 15-20% хворих, які перенесли інфаркт міокарда, мають субклінічні прояви депресії, що суттєво впливає на якість їхнього життя [6]. В.М. Корнацький та співавтори у своєму дослідженні (2015) дійшли висновку, що в 61,61% пацієнтів із серцево-судинною патологією мають місце тривожні, депресивні та поєднані розлади, які, в сукупності, знижують загальну оцінку якості життя [1].

Таким чином, оцінка якості життя є невід'ємною складовою частиною комплексного підходу до лікування хворих у сучасній медичній практиці, а наявність серцево-судинного захворювання, особливо в умовах коморбідності патології, зумовлює необхідність розробки комплексного підходу до надання медичної допомоги таким хворим.

Мета роботи — оцінити стан психічного здоров'я хворих на стабільну ІХС залежно від наявності та прогресування НАЖХП.

Матеріал і методи. Об'єктом дослідження стали 300 хворих на стабільну ІХС, які перенесли гострий коронарний синдром більше трьох місяців тому. За даними детального клініко-діагностичного обстеження, хворі були розподілені

за наявністю НАЖХП. Зокрема, виділено 160 осіб без НАЖХП (І група) та 140 осіб із НАЖХП (ІІ група). Серед осіб із НАЖХП у 89 пацієнтів виявляли неалкогольний жировий гепатоз (НАЖГ) (ІА група); у 51 пацієнта — НАСГ (ІІБ група).

Діагноз стабільної ІХС був верифікований за даними електрокардіографії, результатами коронарографії та наявності в анамнезі перенесеного інфаркту міокарда відповідно до уніфікованого клінічного протоколу "Стабільна ішемічна хвороба серця" (Наказ МОЗ України № 152 від 02.03.2016 року) [7]. Діагноз НАЖХП встановлювали відповідно до уніфікованого клінічного протоколу "Неалкогольний стеатогепатит" (Наказ МОЗ України № 826 від 06.11.2014 року) [8], Адаптованої клінічної настанови "Неалкогольна жирова хвороба печінки" [9], згідно з рекомендаціями Європейської асоціації з вивчення печінки (EASL), Європейської асоціації з вивчення діабету (EASD), Європейської асоціації з вивчення ожиріння (EASO) [10].

Оцінку стану психічного здоров'я пацієнтів проводили за допомогою українських версій Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та

Таблиця 1

Оцінка стану психічного здоров'я хворих на стабільну ішемічну хворобу серця залежно від наявності та прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки за опитувальником HADS, (M±m)

Показник, бали	І група (n=160)		ІІ група (n=140)			
			ІА група (n=89)		ІІБ група (n=51)	
	Число осіб	Частка, %	Число осіб	Частка, %	Число осіб	Частка, %
<i>Шкала тривоги</i>						
Норма	56	35,00	26	29,21 * #	10	19,61**
Субклінічна тривога	58	36,25	34	38,20 #	23	45,10**
Клінічно виражена тривога	46	28,75	29	32,59 *	18	35,29**
<i>Шкала депресії</i>						
Норма	65	40,63	23	25,84 * #	6	11,76**
Субклінічна депресія	53	33,12	35	39,33 * #	22	43,14**
Клінічно виражена депресія	42	26,25	31	34,83 * #	23	45,10**

Примітки: * – достовірність різниці порівняно з пацієнтами І групи (p<0,05);

– достовірність різниці порівняно з пацієнтами ІІБ групи (p<0,05).

Оригінальні дослідження

опитувальника здоров'я PHQ-15, які хворі заповнювали власноруч, відповідно до уніфікованого клінічного протоколу "Депресія" (Наказ МОЗ України № 1003 від 25.12.2014 року) [11].

Шкала HADS включала 14 запитань, що були згруповані у дві шкали — тривоги та депресії. Пацієнт давав відповідь на запропоноване питання, кожне з яких оцінювалось від 0 до 3 балів. Загальний бал підраховували окремо по кожній шкалі. При цьому виділяли три рівні значень: 0-7 балів — норма; 8-10 балів — субклінічна тривога/депресія; 11 балів та вище — клінічно виражена тривога/депресія. Опитувальник PHQ-15 містив 15 питань щодо стану здоров'я пацієнта. Хворий давав відповідь на запропоноване питання, кожне з яких оцінювалось від 0 до 2 балів. При інтерпретації результатів оцінювали загальний бал. Опитування пацієнтів проводили на базі обласного клінічного кардіологічного диспансеру та центральної міської клінічної лікарні м. Івано-Франківська.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програмного забезпечення — табличного процесора «Microsoft Excel» та пакета прикладних програм «Statistica» v. 10.0 StatSoft, USA. Оцінку вірогідності розходження середніх величин проводили за допомогою парного t-критерію Стьюдента. Середні величини

подані у вигляді ($M \pm m$), де M — середнє значення показника, m — стандартна похибка середнього. Результати вважали статистично достовірними при значенні $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз отриманих результатів виявив чіткі закономірності змін стану психічного здоров'я обстежених хворих залежно від наявності та перебігу НАЖХП, як за шкалою тривоги HADS, так і за шкалою депресії HADS (табл.). Зокрема, у пацієнтів I групи сумарна частка тривожних розладів становила 65%. Із них субклінічну тривогу спостерігали у понад 36% пацієнтів, натомість, клінічно виражена симптоматика тривоги мала місце майже у 29% хворих. У свою чергу, депресивні розлади у пацієнтів I групи були менш вираженими та становили, у цілому, 59,37% випадків.

За умов наявності НАЖХП відзначено переважання ознак депресивних психічних розладів. Зокрема, у пацієнтів ІА групи субклінічну тривогу спостерігали майже в 38% випадків. Натомість субклінічна депресія виникала в понад 39% осіб, що на 18,8% перевищувало рівень у I групі ($p < 0,05$). У свою чергу, клінічно виражені прояви тривоги були лише в 32,59% пацієнтів ІА групи, а клінічно виражену депресію виявляли майже в 35% осіб, що було вище на 13,4% та 32,7% порівняно з I групою ($p < 0,05$) відповідно.

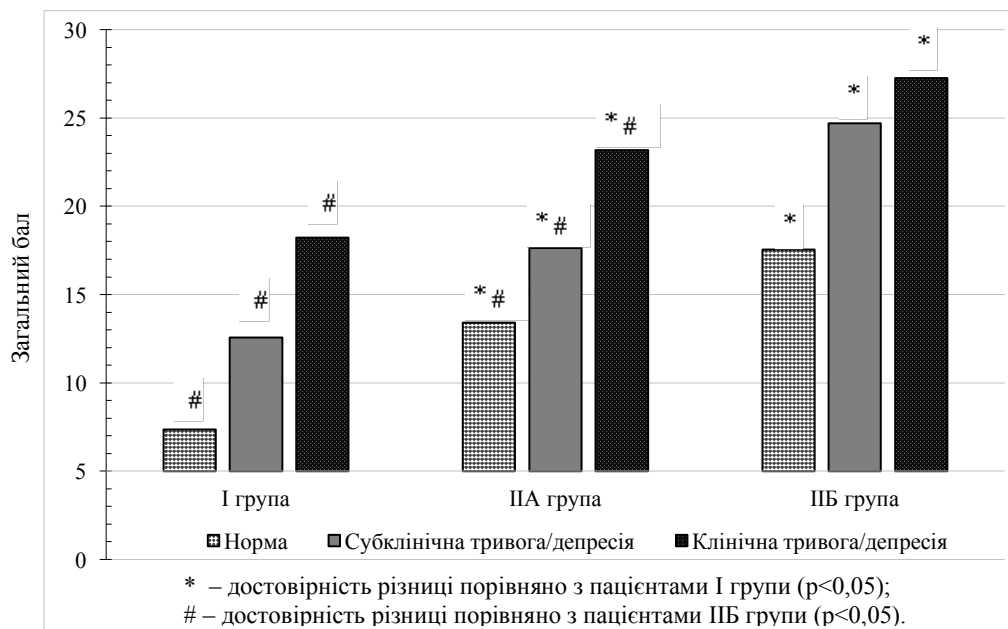


Рис. Стан здоров'я обстежених хворих за загальним балом за опитувальником PHQ-15

Висновки

1. Психічне здоров'я хворих на стабільну ішемічну хворобу серця достовірно залежить від наявності та прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки.

2. Для хворих на стабільну ішемічну хворобу серця без супутньої неалкогольної жирової хвороби печінки характерним є наявність тривожно-депресивних психічних розладів із переважанням тривожного компонента в 65% випадків.

3. За умов коморбідності стабільної ішемічної хвороби серця та неалкогольної жирової хвороби печінки сумарна частка психічних порушень становить 80-88% та характеризується домінуванням депресивних розладів, найбільш виражених у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки.

Перспективи подальших досліджень. Розробка ефективних підходів до медикаментозної корекції та немедикаментозного впливу на стан здоров'я хворих на стабільну ІХС, поєднану з НАЖХП, з метою підвищення якості та тривалості життя таких пацієнтів.

Список літератури

1. Корнацький ВМ, Мороз ДМ. Вплив тривоги та депресії на якість життя хворих із серцево-судинною патологією. Буковинський медичний вісник. 2015;4(76): С 84-8.
2. Соломенчук ТМ, Слаба НА, Климкович ОЮ, та ін. Тривожно-депресивні розлади і контроль артеріальної гіпертензії: можливості фітотерапії. Ліки України. 2014; (183-184): 90-6.
3. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Heart J. 2013. [Інтернет]. Доступно: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23817082>.
4. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur. Heart J. 2012; 33(13): 1635-1701.
5. Оганов АД, Деев ГВ. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. Кардиология. 2011; 2:59-66.
6. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE. Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population. Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. 2009; 16(6):651-9.
7. Кравченко ВВ, Соколов МЮ, Талаєва ТВ, та ін. Уніфікований клінічний протокол "Стабільна ішемічна

на хвороба серця". Наказ МОЗ України № 152 від 02.03.2016 року. [Інтернет]. Доступно: http://www.moz.gov.ua/docfiles/dn_20150716_1dod.pdf.

8. Хобзей МК, Харченко НВ, Ліщишина ОМ, та ін. Уніфікований клінічний протокол "Неалкогольний стеатогепатит". Наказ МОЗ України № 826 від 06.11.2014 року. [Інтернет]. Доступно: http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20141106_0826_dod_ukr_nsg.pdf.
9. Харченко НВ, Ліщишина ОМ, Г.А. Анохіна Г.А, та ін. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах "Неалкогольна жирова хвороба печінки". [Інтернет]. Доступно: http://www.moz.gov.ua/docfiles/dod_akn_dn_20140616_2.pdf.
10. EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. J. Hepatol. 2016; 64 (6):1388-1402.
11. Хобзей МК, Пінчук ІЯ, Марценковський ІА, та ін. Уніфікований клінічний протокол "Депресія". Наказ МОЗ України № 1003 від 25.12.2014 року. [Інтернет]. Доступно: http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20141225_1003dod.pdf.

References

1. Kornats'kyi VM, Moroz DM. Vplyv tryvohy ta depresiyi na yakist' zhyttya khvorykh iz sertsevo-sudynnoyu patolohiyeyu [Influence of anxiety and depression on life quality of the patients with cardiovascular pathology]. Bukovyns'kyi medychnyy visnyk. 2015;4(76):84-8. (in Ukrainian).
2. Solomenchuk TM, Slaba NA, Klymkovych OYu, ta in. Tryvozhno-depresyivni rozlady i kontrol' arterial'noyi hipertenziyi: mozhlyvosti fitoterapiyi [Anxiety-depressive disorders and control of arterial hypertension: the possibilities of phytotherapy]. Liky Ukrayiny. 2014; 7-8(183-184):90-6. (in Ukrainian).
3. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Heart J. 2013. [Internet]. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23817082>.
4. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur. Heart J. 2012;33(13):1635-1701.
5. Oganov AD, Deev GV. Depressivnaya simptomatika uhudshaet prognoz serdechno-sosudistykh zabolevaniy i snizhaet prodolzhitel'nost' zhizni bolnykh arterial'noy gipertoniei i ishemicheskoy boleznuyu serdtsa [Depressive symptoms worsen the prognosis of cardiovascular diseases and reduce the life expectancy of the patients with arterial hypertension and coronary heart disease]. Kardiologiya. 2011;2:59-66. (in Russian).
6. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE. Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population. Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. 2009;16(6):651-9.
7. Kravchenko VV, Sokolov MYu, Talayeva TV, ta in.

Оригінальні дослідження

- Unifikovanyy klinichnyy protokol "Stabil'na ishemichna khvoroba sertsya". Nakaz MOZ Ukrainy № 152 vid 02.03.2016 roku [Unified clinical protocol "Stable coronary heart disease". Order of the Ministry of Health of Ukraine № 152 from 02.03.2016]. [Internet]. Retrieved from: http://www.moz.gov.ua/docfiles/dn_20150716_1dod.pdf (in Ukrainian).
8. Khobzey MK, Kharchenko NV, Lishchyshyna OM, ta in. Unifikovanyy klinichnyy protokol "Nealkohol'nyy steatohepatyt". Nakaz MOZ Ukrainy № 826 vid 06.11.2014 roku [Unified clinical protocol "Non-alcoholic steatohepatitis". Order of the Ministry of Health of Ukraine №826 from 06.11.2014]. [Internet]. Retrieved from: http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20141106_0826_dod_ukp_nsg.pdf (in Ukrainian).
9. Kharchenko NV, Lishchyshyna OM, Anokhina HA, ta in. Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh "Nealkohol'na zhyrova khvoroba pechinky" [Adapted clinical guidance, based on the evidence "Non-alcoholic fatty liver disease"]. 2014. [Internet]. Retrieved from: http://www.moz.gov.ua/docfiles/dod_akn_dn_20140616_2.pdf (in Ukrainian).
10. EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. J. Hepatol. 2016;64(6):1388-1402.
11. Khobzey MK, Pinchuk IYa, Martsenkovs'kyi IA, ta in. Unifikovanyy klinichnyy protokol "Depresiya". Nakaz MOZ Ukrainy № 1003 vid 25.12.2014 roku [Unified clinical protocol "Depression". Order of the Ministry of Health of Ukraine №1003 from 25.12.2014]. [Internet]. Retrieved from: http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20141225_1003dod.pdf (in Ukrainian).

Відомості про автора:

Вакалюк І. І. — кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини стоматологічного факультету імені професора М. М. Бережницького ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", м. Івано-Франківськ, Україна. Ел. пошта: ivakal5@gmail.com

Сведения об авторе:

Вакалюк И. И. — кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренней медицины стоматологического факультета имени профессора Н. Н. Бережницкого ДВНЗ "Ивано-Франковский национальный медицинский университет", г. Ивано-Франковск, Украина. Эл. почта: ivakal5@gmail.com

Information about the author:

Vakalyuk I. I. — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Internal Medicine of Stomatological Faculty Department named by Professor M. M. Berezhnitskyi of SHEI "Ivano-Frankivsk National Medical University", Ivano-Frankivsk, Ukraine. E-mail: ivakal5@gmail.com

Надійшла до редакції 02.01.2018

Рецензент – проф. Тащук В.К.

©. І.І. Вакалюк, 2018
