

УДК 616.1:616.127-005.4-089:616.89:616.89-008.454:617-089,163-089.168.1:616-036.82/86

И.М. ФУШТЕЙ, д. мед. н., профессор; И.В. ФИЛИМОНОВА

/ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»/

## Влияние депрессивных и тревожных расстройств в пред- и послеоперационный период у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями после аортокоронарного шунтирования на прогноз выздоровления

### Резюме

Несмотря на достигнутые успехи терапевтического и хирургического направления лечения больных ишемической болезнью сердца (ИБС), независимым предиктором смерти являются депрессивные и тревожные состояния, которые часто развиваются у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и отрицательно влияют на течение заболевания и прогноз выздоровления.

В статье приведены результаты исследований относительно распространенности депрессии среди больных кардиологического профиля, показана взаимосвязь ИБС и депрессии, проведена оценка влияния депрессии на повышение риска развития ССЗ, их течение, а также исход ИБС у пациентов, перенесших инфаркт миокарда и реваскуляризацию. В частности, наличие депрессии влияет на результат хирургического вмешательства – аортокоронарного шунтирования, ухудшает течение периоперационного периода, а также обуславливает возникновение психологических проблем.

В связи с этим лечение аффективных расстройств у пациентов с ССЗ является обязательным, а вопросы разработки новых методов лечения и наблюдения, выбора оптимальных средств для лечения депрессивных расстройств остаются актуальной проблемой медицины.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, депрессия, аортокоронарное шунтирование

Проблема заболеваемости со стороны сердечно-сосудистой системы у населения Украины и вывод ее на первое место в структуре общей смертности свидетельствуют о распространенности данной патологии и являются индикатором состояния здоровья населения. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) составляет около 65,8%, при этом от ишемической болезни сердца (ИБС) – 71,1% [1].

ИБС – наиболее распространенная патология в Украине. В период 2008–2012 годов показатель ее распространенности среди взрослого населения постепенно увеличивался (на 6,7%) и достиг 24 088,1 человек на 100 тысяч населения, в то время как заболеваемость снизилась на 2,2% и составила 1639,9 человек на 100 тысяч населения. В прошлом году количество пациентов увеличилось до 60 332 человек (на 1,0%) – доля работающего населения в распространенности и заболеваемости ИБС среди взрослых составляет соответственно 28,9% и 43,9% [5].

На региональном уровне в Запорожской области смертность от сердечно-сосудистой патологии незначительно снизилась – с 992,3 на 100 тысяч населения в 2010 году до 938 – в 2013 году. Это несколько ниже среднего показателя по Украине (960,2), но по-прежнему значительно выше показателей в европейских

странах (215,7 на 100 тысяч в 2011 году). На 9% снизилась смертность от сердечно-сосудистой патологии среди лиц трудоспособного возраста, однако уровень смертности мужчин трудоспособного возраста в 5 раз выше, чем женщин. Независимо от наметившейся тенденции к снижению общей смертности населения как в Украине, так и в Запорожской области, ее уровень остается высоким и превышает практически в 2 раза аналогичные показатели в европейских странах. В структуре общей смертности первое место занимают ССЗ; показатель смертности от заболеваний органов кровообращения в 3 раза выше среднего показателя в Европе. [7]

За последние годы в нашей стране достигнуты значительные успехи в борьбе с ССЗ. Настоящей революцией в лечении ИБС явилось внедрение в клиническую практику операции прямой реваскуляризации миокарда, которая способствует не только увеличению продолжительности жизни пациентов, снижению риска развития возможных осложнений заболевания, но и улучшает качество жизни. Операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) в настоящее время является одним из наиболее эффективных методов лечения ИБС и позволяет пациентам вернуться к нормальной активной жизни, а также снижает риск

развития инфаркта за счет улучшения кровоснабжения сердечной мышцы [4].

Несмотря на успехи хирургического и терапевтического направления лечения больных ИБС, независимым предиктором смерти являются депрессивные и тревожные состояния, часто сопутствующие ССЗ, а также возникающие как до, так и после АКШ. Необходимо обследование и контроль наличия тревожного и депрессивного состояния и при необходимости – своевременное назначение соответствующих лечебных мероприятий [17–19, 28]. У больных с инвалидизирующими заболеваниями депрессия встречается с частотой 20–60% [15]. Депрессии ассоциированы с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, синдромом приобретенного иммунодефицита человека и другими состояниями, влияние которых из-за многофакторности невозможно оценить в полной мере. Примером последних является действие психосоциальных факторов. Тем не менее, в кардиологической практике депрессии встречаются с частотой 15–38% [30].

В настоящее время доказано, что риск развития депрессии повышен у больных ИБС, кардиомиопатиями, недавно перенесших инфаркт миокарда [19, 22, 23, 25]. Приблизительно у каждого четвертого больного, перенесшего острый инфаркт миокарда (ОИМ), в течение 18–24 месяцев от момента коронарной катастрофы разовьется «большая» депрессия [19].

Возрастание интереса к проблеме взаимосвязи депрессивных, тревожных нарушений и ССЗ связано с широкой распространенностью этих расстройств, их социальной значимостью, влиянием на трудоспособность, с высокой степенью их коморбидности и обусловлено результатами многочисленных клинических, нейробиохимических, нейрофизиологических исследований последних лет, свидетельствующих об общности их патогенетических механизмов [25].

В глобальном популяционном исследовании INTERHEART (участие принимало 52 страны) было показано, что различные психосоциальные факторы (в том числе депрессия) повышают риск развития ОИМ более чем в 2,5 раза [14]. Депрессия является часто встречаемым аффективным расстройством, истинная распространенность которого среди населения остается до конца неизвестной. Так, А.Б. Смулевич, А.А. Сыркин и соавторы (2005) опубликовали данные о том, что заболеваемость депрессией на сегодняшний день составляет 3%, а риск заболеть депрессией в течение всей жизни – 20% [11]. Наличие депрессивной симптоматики и витального изнеможения влияют не только на возникновение и течение ССЗ, но и на исход оперативного лечения. В этой области проведено не так много исследований, тем не менее, взаимосвязь наличия депрессии у больного и течения периперационного периода считается доказанной [27, 31].

Распространенность депрессии среди пациентов кардиохирургического стационара в предоперационный период колеблется в пределах 27–47% [32]. Ее наличие предсказывает возникновение психологических проблем в постоперационный период и существенно влияет на процесс выздоровления [12]. Существуют предикторы возникновения депрессии в послеоперационный период. К ним относятся отсутствие социальной поддержки, хотя бы одно стрессовое событие за последний год, низкий уровень образования. Нахождение более двух дней

в палате интенсивной терапии повышает риск развития постоперационной депрессии [27, 31].

При исследовании 416 пациентов кардиохирургического стационара установлено, что наличие депрессии в периперационный период коррелирует с повторной госпитализацией в течение 6 месяцев после операции [31].

И. Конерней, П. Шапиро и соавторы в проспективном исследовании, проводимом в течение 1 года, принимали участие 207 мужчин и 102 женщины, которым было проведено АКШ. Наличие депрессии оценивалось по шкале Бека перед выпиской. Пациенты наблюдались в течение 12 месяцев после выписки, в этот период оценивалось наличие приступов стенокардии или сердечной недостаточности, по поводу которых была необходима госпитализация, развитие инфаркта миокарда, остановка сердца, коронарная ангиопластика, повторное АКШ.

У 63 (20%) пациентов из повторно госпитализированных накануне выписки встречались нарушения психики в виде большого депрессивного расстройства. В течение 12 месяцев у 17 (27%) данных пациентов отмечены сердечные приступы по сравнению с 25 из 246 (10%), у которых не была диагностирована депрессия ( $p < 0,0008$ ). По результатам проведенного исследования можно сделать выводы, что депрессия является важным независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений после операции АКШ [29].

В ретроспективном исследовании Daniel E. Ford, Lucy A. и соавторы изучили связь симптомов депрессии, тревоги и риском смертельного исхода у пациентов после АКШ. Результаты показали, что предоперационная депрессия и тревога являются предиктором смертности. Дооперационные симптомы тревоги связаны с повышенным риском смертности после выписки пациента из стационара. В последующих исследованиях необходимо дополнительно изучить одновременное влияние тревоги и депрессии на смертность после АКШ. Также были сделаны выводы, что клиническая депрессия может влиять на прогрессирование атеросклероза [18].

Патофизиологические механизмы, лежащие в основе высокой распространенности депрессии у коронарных больных, до сих пор остаются неизвестными. Предполагается, что у части больных развитие депрессий обусловлено приемом блокаторов  $\beta$ -адренорецепторов. Однако депрессивное расстройство, вызываемое приемом этих препаратов, не настолько клинически выражено, чтобы соответствовать современным критериям «тяжелой» депрессии. Ведущие позиции в возникновении и развитии депрессии после ОИМ отводятся анамнезу заболевания или такому событию, как АКШ [16]. Прогноз больных, перенесших АКШ, зависит от ряда обстоятельств:

- во-первых – это «технические» особенности проведенного оперативного вмешательства. Так, аутоартериальное шунтирование по сравнению с аутовенозным характеризуется лучшей проходимостью шунтов и меньшим риском повторных обострений ИБС [20];
- во-вторых – наличие сопутствующих заболеваний до проведения операции (перенесенный ранее инфаркт миокарда, сахарный диабет, сердечная недостаточность, возраст и т.д.);

- в-третьих – прямая зависимость от усилий пациента и врача, направленных на предупреждение и профилактику ранних осложнений АКШ (мерцательная аритмия, сердечная недостаточность, венозные тромбозы и тромбоемболии, медиастинит, инфекция), предупреждение дальнейшего прогрессирования атеросклероза и ИБС [9, 12]. С этой целью должна проводиться медикаментозная, физическая и психологическая реабилитация больных, направленная на скорейший возврат к привычному образу жизни [8].

Психологическая реабилитация больных после АКШ крайне необходима, так как вследствие обширной травмы грудной клетки, которая служит источником болевого синдрома, послеоперационной гипоксии головного мозга, почти у всех больных после АКШ выявляются функциональные нарушения нервной системы [3]. Эти больные раздражены, часто фиксированы на болевом синдроме, тревожны, плохо спят, жалуются на головную боль, головокружение.

Выявить патологическую реакцию на заболевание, особенно депрессию, не всегда просто ввиду различных характерологических особенностей личности больного. Тщательное наблюдение за пациентом во время бесед, бытовых контактов может дать много информации для диагностики патологических состояний. Во многих клиниках для выявления расстройств психологического характера проводят целый ряд тестов. По данным Научного центра сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева у оперированных пациентов наиболее часто встречаются следующие типы личностных реакций:

- адекватные (нормальные);
- патологические (невротические, кардиофобические, тревожно-депрессивные, ипохондрические, истерические).

Реакция на кардиохирургическое вмешательство расценивается как адекватная, если поведение пациента, его переживания и концепция заболевания соответствуют полученной от врача информации об оперативном лечении ИБС, прогнозе его жизни и трудоспособности, возможных осложнениях. Больной соблюдает режим, следует советам врача, выполняет рекомендации по медикаментозной терапии и физической активности, в состоянии контролировать свои эмоции. При выявлении психопатологической симптоматики диагностируется одна из перечисленных патологических реакций. Для кардиофобической реакции наиболее характерен страх смерти, развития инфаркта миокарда, возврата стенокардии. При депрессивных реакциях (снижение настроения, пессимистическая оценка прогноза) медикаментозная терапия включает как противотревожные лекарственные средства, так и антидепрессанты [8]. Относительно выбора антидепрессивных препаратов не существует единого мнения. Профессор С.В. Иванов (Научный центр психологического здоровья РАМН) рекомендует для лечения депрессии у больных после АКШ пирлиндол гидрохлорид. Пирлиндол гидрохлорид не обладает кардиотоксичностью, не влияет на сократимость миокарда, не вызывает РС ортостатической гипотензии [2].

В динамике нервно-психического состояния послеоперационных больных выделяются 3 периода.

1. Астено-невротический период (2–4-е сутки после операции). Больные вялы, заторможены. Основные жалобы в этот период на боль в грудной клетке, сердцебиение, усиливающееся при дыхании, движении.
2. Неврозоподобный (4–15-й день после операции). В этот период отмечается повышение активности, исчезновение вялости, сонливости. Растет число жалоб, которые становятся разнообразными, обусловлены, в основном, опасениями за состояние своего здоровья. Часто выявляется синдром раздражительной слабости с общей гиперестезией, повышенной раздражительностью, капризностью, склонностью к слезам.
3. Период обратного развития неврозоподобных нарушений (1–3 месяца после операции). Динамика психического состояния в этот период тесно связана с изменениями соматической сферы. Наблюдается уменьшение количества жалоб, у ряда больных отмечаются нарушения памяти, внимания, расстройство сна [6].

Основными задачами реабилитации на этих этапах является формирование у пациента адекватного отношения к своему состоянию, снятие психоэмоционального стресса, обусловленного операцией, формирование оптимистических социальных установок. Снятию психоэмоционального стресса, успокоению и расслаблению способствуют прием седативных препаратов, антидепрессантов, массаж, физиотерапевтические процедуры (электросон, электрофорез и др.), физическая реабилитация. Проведение психологической реабилитации требует от врача постоянно формировать у больного оптимистический взгляд в будущее, выработать установку на возвращение к полноценной активной жизни [8].

Многолетние наблюдения за проведением комплексных мероприятий по реабилитации больных после АКШ позволяют утверждать, что они способствуют более полному и быстрому улучшению качественных показателей кардио-респираторной системы и восстановлению трудоспособности. Восстановление трудоспособности – основной социальный критерий, определяющий эффективность того или иного метода лечения [10, 13]. Однако, несмотря на несомненно высокий эффект операции АКШ, существует значительный диссонанс между клинико-функциональным состоянием пациента и социальной значимостью операции, поскольку процент инвалидизации после оперативного лечения остается неоправданно высоким.

А. Var, L. Кор провели исследование, в котором пытались выяснить, снижают ли психотерапевтические мероприятия (групповые обсуждения, методы релаксации, техники контроля над раздражительностью и гневом) уровень витального изнеможения и его влияния на риск повторного возникновения ССЗ после успешной ангиопластики. Выяснилось, что уровень изнеможения значительно снизился через 18 месяцев терапии. Снизился также риск возникновения повторного ССЗ: лишь 10% больных, прошедших терапию, имели повторный эпизод заболевания против 23% в контрольной группе (терапию не проходили) [33].

Депрессия, развивающаяся после ОИМ, является причиной повышенной заболеваемости и смертности [19].

Сapney и соавторы (1993) предположили, что психологический стресс, включая депрессию, может усилить эктопическую актив-

ность желудочков сердца и, следовательно – повысить риск развития фибрилляции последних [34]. Кроме того, у пациентов с депрессией имеет место уменьшение высокочастотного компонента вариабельности ритма сердца (BPC) за счет снижения тонуса парасимпатической нервной системы. Снижение активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы понижает порог возникновения желудочковых нарушений ритма и фибрилляции желудочков, что ведет к росту риска развития внезапной сердечной смерти (BCC) [21, 24, 26].

Депрессия является признанным независимым прогностическим фактором смертности и повторных сердечных событий, повлекших к госпитализации после операции АКШ. Тем не менее, существуют ограниченные данные о влиянии депрессии на функциональные результаты после АКШ.

Висследования, проведенные С. Маллик и соавторами, были обследованы 963 пациента, перенесших АКШ в период с февраля 1999 года по февраль 2001 года. В начале исследования и через 6 месяцев после АКШ пациентов тестировали с применением гериатрической шкалы депрессии (GDS), а также проводили исследование физиологических функций, используя краткую форму sf-36 (анкета качества жизни). По результатам данного исследования был сделан вывод, что депрессивные симптомы являются независимым предиктором в развитии рецидива стенокардии, инфаркта миокарда, которые приводят к повторным госпитализациям и смертности.

При показателях шкалы GDS  $\geq 10$  функциональные показатели, а именно PCS – «физический компонент качества жизни по шкале SF-36», балл увеличился  $\geq 5$  очков в течение 6 месяцев) после АКШ были гораздо лучше, чем у пациентов с GDS  $< 10$ , несмотря на предшествующий инфаркт миокарда, сердечную недостаточность при поступлении, наличие сахарного диабета и низкую фракцию выброса левого желудочка.

Результаты данного исследования свидетельствуют о том, что наличие депрессивных симптомов на момент АКШ являются важным фактором риска для отсутствия функционального улучшения через 6 месяцев после АКШ [28].

## Выводы

Вследствие широкой распространенности депрессии среди кардиологических больных, а также в связи с ростом заболеваемости и смертности, причиной которой является депрессия, лечение данных аффективных расстройств у пациентов с ССЗ является обязательным. До настоящего времени актуален вопрос: применение какого антидепрессанта наиболее безопасно у данной категории лиц? Во многочисленных клинических исследованиях была продемонстрирована относительная безопасность антидепрессантов в лечении больных без ССЗ. Следует заметить, что исследования по изучению применения препаратов этих групп у кардиологических пациентов проводились в очень малом количестве.

В связи с этим, изучение влияния существующих реабилитационных программ, разработка новых методов лечения и наблюдения остаются актуальным разделом медицины. С учетом эффективности кардиохирургических операций в лечении ИБС

созрела необходимость пересмотра существующих инструкций по наблюдению, установлению группы инвалидности и контролю выполнения индивидуальных программ реабилитации больных после АКШ на амбулаторном этапе.

## Список использованной литературы

1. Гандзюк В.А. Анализ заболеваемости ишемической болезнью сердца в Украине / В.А. Гандзюк // Укр. кардиол. журн. – 2014. – №3. – С. 45–52.
2. Замотаев Ю.Н. Клинические и психодинамические аспекты реабилитации больных после АКШ / Ю.Н. Замотаев: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2000. – С. 36–38.
3. Иванов С.И. Пиразидол при лечении депрессии у больных ишемической болезнью сердца / С.И. Иванов // РМЖ. – 2003. – Т. 11, №9. – С. 14–18.
4. Иванова В.Д. Избранные лекции по оперативной хирургии и клинической анатомии / В.Д. Иванова. – Самара: Офорт, 2009. – С. 194.
5. Коваленко В.М., Корнацкий В.М. Региональные медико-социальные проблемы болезней системы кровообращения. Динамика и анализ. – К., 2013. – 239 с.
6. Кремнев Ю.А. Влияние санаторного этапа реабилитации на показатели психосоциальной дезадаптации у военнослужащих после кардиохирургических вмешательств / Ю.А. Кремнев // Хирургия сердца и сосудов. – 2004. – №4. – С. 36–38.
7. Лашкул З.В. Влияние реформирования здравоохранения Украины на показатели заболеваемости и смертности от артериальной гипертензии / З.В. Лашкул // Журнал Медицинские новости. – 2014. – №3. – С. 32–35.
8. Лядова К.В., Преображенский В.Н. Реабилитация кардиологических больных / К.В. Лядова, В.Н. Преображенский // ГЭОТАР-Медиа. – 2005. – С. 288.
9. Никоненко А.С. Показания к проведению кардиохирургических вмешательств и ведение больных после операций на сердце / А.С. Никоненко // Методические рекомендации для семейных врачей, терапевтов, кардиологов. – Запорожье, 2005. – 31 с.
10. Особенности течения ишемической болезни сердца после проведения операции аортокоронарного шунтирования у больных, перенесших инфаркт миокарда / Следзевская И.К., Бабий Л.Н., Савицкий С.Ю., Малидзе Д.Т. // Укр. кардиол. журн. – 2003. – №5. – С. 18–23.
11. Психокardiология / А.Б. Смуглевич, А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев, С.В. Иванов // Мед. информ. агентство. – 2005. – С. 784.
12. Рекомендации Европейского кардиологического общества по проведению перкутанных коронарных вмешательств / Allender S., Scarborough P., Peto V. et al. // Eur. Cardiovascular Disease Statistics. – 2005. – С. 1213–1216.
13. Руководство по реабилитации больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования / Маликов В.Е., Рогов С.В., Виноградов С.В. и др. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 1999. – С. 106.
14. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial RT infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEA study): case-control study / A. Rosengren, S. Hawken, S. Ounpuu et al. // Lancet. – 2004. – Vol. 364. – P. 953–962.
15. Comorbidity of depression with other medical diseases in elderly / Krishnan K.R., Delong M., Kraemer H. et al. // Biol. Psychiatry. – 2002. – Vol. 52. – P. 559–588.
16. Depression and cognitive decline after coronary artery bypass grafting / McKhann G.M., Borowicz L.M., Goldberg M.A. et al. // Lancet. – 1997. – Vol. 349. – P. 1282–1284.
17. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery / Blumenthal J.A., Address E. et al. // Lancet. – 2003. – Vol. 362, Issue 9384. – P. 604–609.
18. Depression Is a Risk Factor for Coronary Artery Disease in Men / Ford D.E., Mead L.A. et al. // JAMA INTERNAL MEDICINE. – 1998. – Vol. 158, №13. – P. 58–64.
19. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans / Ariyo A.A., Haan M., Tangen C.M. et al. // Circulation. – 2000. – Vol. 102. – P. 1773–1779.
20. Domanski M.J. Prognostic factors for atherosclerosis progression in saphenous vein grafts the Post coronary artery bypass graft (Post-CABG) trial / M.J. Domanski // Am. Coll. Cardiol. – 2000. – Vol. 36. – P. 1877–1983.
21. Dynamics of low-frequency R-R interval oscillations preceding spontaneous ventricular tachycardia / Shusterman V., Aysin B., Weiss R. et al. // Am. Heart J. – 2000. – Vol. 139. – P. 126–133.
22. Fraticelli A. Congestive heart failure in the elderly requiring hospital admission / A. Fraticelli // Arch. Gerontol. Geriatr. – 1996. – Vol. 23. – P. 225–238.
23. Functional status and depression among men and women with congestive heart failure / Murberg T.A., Bru E., Aarstrand T. et al. // Int. J. Psychiatry Med. – 1998. – Vol. 28. – P. 273–291.
24. Klingenheben T., Rapp U., Hohnloser S.H. Circadian variation of heart rate variability in postinfarction patients with and without life-threatening ventricular tachyarrhythmias / T. Klingenheben, U. Rapp, S.H. Hohnloser // J. Cardiovasc. Electrophysiol. – 1995. – Vol. 6. – P. 357–364.

25. Koenig H.G. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure / H.G. Koenig // Gen. Hosp. Psychiatry. – 1998. – Vol. 20. – P. 29–43.
26. Major depression and cardiac autonomic control / Lehofer M., Moser M., Hoehn-Saric R. et al. // Biol. Psychiatry. – 1997. – Vol. 42. – P. 914–919.
27. Parati G., Molinary E. Clinical Psychology and Heart Disease/ G. Parati., E. Molinary. – Milan: Springer, 2010. – P. 48–59.
28. Patients With Depressive Symptoms Have Lower Health Status Benefits After Coronary Artery Bypass Surgery / Susmita Mallik, M. Harlan Krumholz, Zhen Qiu Lin et al. // Circulation. – 2005. – Vol. 111. – P. 271–277.
29. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study / I. Connerney, P.A. Shapiro, J.S. McLaughlin et al. // Lancet. – 2001. – Vol. 358. – P. 1766–1771.
30. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure / Jiang W., Alexander J., Christopher E. et al. // Arch. Intern. Med. – 2001. – Vol. 161. – P. 1849–1856.
31. Rozanski A., Blumenthal J.A., Kaplan J. Impact of Psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy / A. Rozanski, J.A. Blumenthal, J. Kaplan // Circulation. – 1999. – Vol. 99. – P. 2192–2217.
32. Rymaszewska J., Kiejna A. Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients / J. Rymaszewska, A. Kiejna // Eur. Psychiatry. – 2003. – Vol. 18. – P. 155–160.
33. The effect of a psychological intervention program on the risk of a new coronary event after angioplasty: A feasibility study / A. Appels, F. Bar, J. Lasker et al. // J. Psychosom. Res. – 1997. – Vol. 43. – P. 209–217.
34. Ventricular tachycardia and psychiatric depression in patients with coronary artery disease / Corney R.M., Freedland K.E., Rich M.W. et al. // Am. J. Med. – 1993. – Vol. 95. – P. 23–28.

## Резюме

### Вплив депресивних і тривожних розладів у перед- і післяопераційний період у хворих із серцево-судинними захворюваннями після аортокоронарного шунтування на прогноз одужання

I.M. Фуштей, I.B. Філімонова

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Незважаючи на прогрес хірургічного і терапевтичного напруження хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), незалежним предиктором смерті є депресивні і тривожні стани, які часто розвиваються у хворих із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) і чинять негативний вплив на перебіг захворювання і прогноз одужання.

У статті наведено результати досліджень щодо поширеності депресії серед хворих кардіологічного профілю, показано взаємозв'язок ІХС і депресії, проведено оцінку впливу депресії на підвищення ризику розвитку ССЗ, їх перебіг та результат ІХС у пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда і реваскуляризацію. Зокрема, наявність депресії впливає на результат хірургічного втручання – аортокоронарного шунтування, чинить негативний вплив на перебіг післяопераційного періоду та зумовлює виникнення психологічних проблем.

Тому лікування афективних розладів у пацієнтів із ССЗ є обов'язковим, а питання розробки нових методів лікування і спостереження, вибору оптимальних засобів для лікування депресивних розладів залишаються актуальною проблемою медицини.

**Ключові слова:** серцево-судинні захворювання, депресія, аортокоронарне шунтування

## Summary

### Influence of Depressive and Anxiety Disorders During the Pre- and Postoperative Period on recovery Prognosis of Cardiovascular Patients after the Aortocoronary Bypass Grafting

I.M. Fushthey, I.V. Filimonova

SI "Zaporizhzhya Medical Academy of Post-Graduate Education of Ministry of Health of Ukraine"

Despite the achievements of therapeutic and surgical treatment approach for patients with ischemic heart disease, depressive and anxiety states are the independent predictor of death, frequently developing in cardiovascular patients and having a negative influence on disease course and recovery prognosis.

The article presents the results of research, concerning prevalence of depression among the patients of cardiological profile. The relation between the ischemic heart disease and depression is shown, the influence of depression on increasing of cardiovascular disease risk and its clinical course is evaluated, and also the outcome of ischemic heart disease in patients after the myocardial infarction and revascularization is represented. In particular, presence of depression has an influence on result of surgical intervention – the aortocoronary bypass grafting, complicates the course of preoperative period, and also generates the psychological problems.

In this connection, the treatment of affective disorders in patients with cardiovascular diseases is compulsory, the questions of development of new treatment and monitoring methods, the choice of best treatment for depressive disorder is an urgent medical problem.

**Key words:** cardiovascular diseases, depression, aortocoronary bypass grafting

**Додаткова інформація.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.