

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**ЗБІРНИК ТЕЗ**

**міжвузівської конференції молодих вчених та  
студентів**

**МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ**

**(Харків – 16-17 січня 2017 р.)**

**Харків - 2017**

**Фельдман Д.А.Михайлов В.Б.<sup>1</sup>**

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА  
ПРИ НАЯВНОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ**

**Харківський національний медичний університет,  
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології<sup>1</sup>,  
Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та  
алергології<sup>2</sup>, м. Харків, Україна**

**Наукові керівники: проф., д.мед.н. Кожина Г.М., проф., д.мед.н.**

Актуальність. Інфаркт міокарда (ІМ) є однією з найпоширеніших причин смертності та інвалідизації населення. Поширеність ІМ становить близько 500 випадків на 100 тис. чоловіків та 100 випадків на 100 тис. жінок. Госпітальна летальність хворих з гострим ІМ (ГІМ) становить 7-11% при неускладненому перебігу ГІМ. Зв'язок депресії та тривоги з перебігом і прогнозом ІМ доведений сучасними дослідженнями. Психічні порушення можуть передувати ІМ, а можуть розвиватися як ускладнення ІМ [Frasure - Smith і Lesperance, 2005; Freedland et al., 2003].

Мета дослідження: вивчити частоту виникнення психічних розладів при ГІМ та їх наслідки на перебіг захворювання.

Матеріали і методи дослідження: обстежено 45 хворих з ГІМ. Обстеження проводилося на базі Харківської міської клінічної лікарні №27 та Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3. Використовувалися клініко-психопатологічні (клінічні, лабораторні, інструментальні методи та обстеження психологічного статусу), психодіагностичні (шкала депресії Гамільтона, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна, шкала якості життя) та статистичні методи дослідження. Хворі були розподілені на 2 групи за формами ГІМ. Q-позитивний (великовогнищевий) ГІМ (Q-ГІМ) зустрічався у 71,1% випадків (32 людини), Q-негативний (дрібновогнищевий) ГІМ (не Q-ГІМ) - 28,9% випадків (13 осіб). Найбільш часто діагностували ГІМ передньобічної стінки - у 68,9% випадків (31 пацієнт).

Результати дослідження. Найбільш частими скаргами на етапах обстеження у осіб, які перенесли ІМ, були різні больові прояви, частіше - кардіалгії (86,6%), коливання артеріального тиску (86,6%), почуття нестачі повітря і задишка (76,6%), порушення серцевого ритму (73,3%).

Клініко-психологічне обстеження через 10-15 днів від розвитку ГІМ показало, що у 27 хворих (60%), окрім кардіологічних скарг, спостерігалася тривожно-депресивна симптоматика. В рамках виділеного нами тривожно-депресивного синдрому в якості основної скарги хворими відзначався знижений фон настрою, який не доходив, однак, до ступеня туги. Песимістичне ставлення хворого до навколишнього обмежувалося в основному зоною власного соматичного захворювання і актуальною психотравмуючою ситуацією. Висловлювалася невіра в можливість одужання, звільнення від страхів, думки про нібито неминуче наставало при ГІМ, «фізична неспроможність», в деяких випадках мав місце *raptus melancholicus* («вибух туги»). На перший план виступали побоювання, що належать до

сфери соматичного здоров'я. У даних осіб в порівнянні з пацієнтами, які не мали психічних порушень, при дослідженні варіабельності серцевого ритму виявлявся більш виражений вегетативний дисбаланс, що полягав у підвищенні симпатичної та зниженні вагусної активності.

Частота розвитку гострих психозів (ГП) у хворих становила 8,5% (3 особи). У пацієнтів з Q-ГІМ ГП зустрічався у 3-х хворих (9,4%), з не Q-ГІМ у 1-ого хворого (7,7%). Ці відмінності статистично достовірні ( $p \leq 0,05$ ).

При аналізі рівнів летальності людей з ГІМ було виявлено, що летальність при розвитку ГП була значно вище (26%), ніж без ОП (9,8%).

Висновки. Таким чином, результати дослідження свідчать про важливість даної проблеми для сучасної кардіології, бо у 60% обстежуваних

хворих на ГІМ мала місце тривожно-депресивна симптоматика. Тому, окрім стандартної терапії ГІМ, такі пацієнти повинні проходити консультацію психологів та психіатрів для подальшої фармакологічної та психотерапевтичної (особистісно – орієнтована та раціональна психотерапія, аутотренінги) корекції.