



Конституционально-Биологические Факторы, Способствующие Развитию Постинфарктной Депрессии

1. Мухамадиева Н. Б.

Received 2nd Oct 2022,
Accepted 3rd Nov 2022,
Online 20th Dec 2022

¹ Бухарский государственный
медицинский институт, Узбекистан

Аннотация: В статье приводятся данные исследования, направленного на подробный анализ факторов, способствующих развитию депрессивного эпизода у пациентов с сердечно-сосудистой патологией, более комплексная оценка динамических изменений, а также прогнозирование течения депрессивных расстройств в будущем, кроме того, в результате реализации данного способа получена возможность судить об исходе инфаркта миокарда.

Ключевые слова: постинфарктная депрессия, психосоматика, динамические особенности, конституционально-биологические факторы, прогноз.

Введение. «Болезни человека в той или иной степени социально обусловлены» и что «познание этиологии болезней человека вне социальных факторов вообще невозможно», - считает Лисицын Ю.П. (2010). В значительной степени это касается депрессии, формирование и течение которой зависит от социально-экономических, материально-жилищных условий, уровня жизни, профессии, возраста, наличия вредных привычек, наследственной предрасположенности и множества других факторов.

Для определения основных предикторов развития ДС у больных ИМ нами проведен более подробный анализ ряда факторов, которые могли способствовать развитию депрессивных расстройств. С целью выяснения роли как отдельных причин и факторов, так и их комплексов, влияющих на развитие ДС при инфаркте миокарда нами проведен анализ факторов, способствующих возникновению ДС при ИМ в основной и контрольной группах.

Материалы и методы. Для выявления и изучения их значимости были исследованы 2 группы пациентов, находящихся на стационарном лечении по поводу перенесенного острого инфаркта миокарда. В первую, основную, вошли 233 больных с перенесенным острым инфарктом миокарда, у которых в последующем развились депрессивные расстройства, подтвержденные клинически и с помощью диагностических шкал; вторую группу составили 108 больных, также перенесших острый инфаркт миокарда, но не страдавших в последующем симптомами депрессии. Обе группы были идентичны по возрастно-половому составу. Сравнение групповых характеристик проводилось с помощью критерия соответствия (χ^2), сравнения отдельных признаков внутри группы проводилось с помощью критерия Стьюдента (t).

Результаты и обсуждения. При определении роли наследственной отягощенности было использовано распределение пациентов на 4 категории: лица с отягощенной наследственностью по психическим заболеваниям, лица с отягощенной наследственностью по сердечно-сосудистым заболеваниям, лица с отягощенной наследственностью по психическим заболеваниям и сердечно-сосудистой патологией одновременно, лица с неотягощенной наследственностью по указанным группам заболеваний (табл.1).

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от наследственной отягощенности

Наследственная отягощенность	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
По психическим заболеваниям	32	13,7***	0	0
По заболеваниям сердечно-сосудистой системы	159	68,3	75	69,4
По психическим заболеваниям и болезням сердечно-сосудистой системы	21	9,0**	0	0
Не отягощена	21	9,0***	33	30,6
Итого	233	100	108	100

ПРИМЕЧАНИЕ: ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Очевидно, что отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям не играет статистически значимой роли в возникновении постинфарктной депрессии (таковых пациентов было выявлено 68,3% в основной группе и 69,4% в контрольной группе). Среди пациентов контрольной группы не было выявлено ни одного случая с отягощенной наследственностью по психическому заболеванию. В то же время 13,7% пациентов из основной группы указали на наличие родственников, страдающих какой-либо диагностированной и установленной клинически психической патологией, с указанием на аффективные расстройства.

При опросе больных ИМ обеих групп было выявлено наличие тех или иных сопутствующих соматических заболеваний, которые могли усугубить течение основного заболевания и способствовать развитию депрессивного синдрома (таблица 2).

Таблица 2. Наличие сопутствующей соматической патологии

Наличие сопутствующего заболевания	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Гипертоническая болезнь	148	63,5	62	57,4
Ожирение	69	29,6**	10	9,3
Эндокринные заболевания (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и др.)	69	29,6	26	24,0
Заболевания почек	19	8,2	7	6,5
Хронический гепатит	153	65,7**	39	36,1
Другие заболевания	45	19,3*	16	14,8

ПРИМЕЧАНИЕ: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Основной процент больных ИМ страдали гипертонической болезнью (в 63,5% в основной группе и в 57,4% в контрольной группе), которая часто является коморбидной патологией для острого инфаркта миокарда. При оценке величины риска возникновения постинфарктной депрессии, особого внимания заслуживает коморбидность острого инфаркта миокарда с такими заболеваниями, как ожирение, сахарный диабет, церебральный атеросклероз и хронический гепатит. Так, число пациентов, страдающих ожирением, в основной группе превышает такой

же показатель в группе сравнения в 3,2 раза (29,6% и 9,3% соответственно). Пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта в основной группе было больше в 2,2 раза, чем в контрольной группе (39,9% в основной группе и 17,6% в контрольной группе). Необходимо обратить внимание на то, что больные с ИМ очень часто отмечали у себя наличие хронического гепатита, однако в основной группе таких больных было больше почти в 2 раза, чем в группе сравнения (65,7% и 36,1% соответственно). При указанных выше заболеваниях даже при отсутствии их коморбидности с другой патологией часто возникают самостоятельные расстройства аффективного спектра, а перенесенный инфаркт миокарда еще больше провоцирует накопление и утяжеление депрессивной симптоматики.

Во время опроса пациентов было уделено внимание таким вопросам как наличие вредных привычек (курение и употребление алкоголя) и отношение больного к здоровому образу жизни (табл. 3).

Таблица 3. Распределение больных в зависимости от наличия вредных привычек.

Наличие вредных привычек	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Курение	95	40,8***	0	0
Употребление алкоголя	53	22,7	29	26,8
Употребление ПАВ	0	0	0	0
Курение+употребление алкоголя	64	27,5	33	30,6
Нет	21	9,0***	46	42,6
Итого	233	100	108	100

ПРИМЕЧАНИЕ: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Среди обследованных пациентов употребляющих наркотические средства не оказалось. Статистически значимым оказалось отсутствие вредных привычек в 1-группе у 9,0% больных, во 2-группе – у 42,6%. Значительная часть больных в обеих группах имели вредные привычки в виде употребления алкогольных напитков (соответственно 22,7%; 26,8%), сочетание курения и употребления алкоголя (соответственно 27,5%; 30,6%). Необходимо отметить, что стаж курения составил в среднем $28,7 \pm 7,6$ лет, среднее количество выкуриваемых сигарет в день $12 \pm 8,2$. Следовательно, можно предположить, что курение является одним из факторов, который в той или иной мере способствует развитию депрессивного синдрома у больных ИМ. Ни один из обследованных пациентов не страдал хроническим алкоголизмом, употребление алкоголя носило эпизодический бытовой характер. Фактор курения оказался весомым для больных 1 группы (40,8%), что можно считать прогностически неблагоприятным для развития депрессивных расстройств. Сравнительный анализ данных опроса показал, что среди больных с постинфарктной депрессией в 4,2 раза больше курящих и употребляющих алкоголь, чем среди того же контингента без ДС ($P < 0,001$).

Несомненно, что только люди с сильной волей, духовно и физически здоровые могут менее болезненно переносить различные стрессовые ситуации, в том числе и заболевания. В связи с этим мы решили узнать отношение наших респондентов к здоровому образу жизни, ведут ли они сами здоровый образ жизни (ЗОЖ). Отрадно отметить, что среди опрошенных большая часть положительно относится к ЗОЖ и стараются сами вести правильный образ жизни, заниматься спортом, физкультурой, большая часть больных по рекомендации лечащего врача бросили курить, перешли на рациональное питание. Тем не менее, определенная часть больных (27,9% из основной группы и 18,5% из контрольной группы) не придерживаются в полном объеме здорового образа жизни.

О характере личностного реагирования на ситуацию можно было судить на основании типологической клинической оценки личности, проведенной с помощью опросника ММИЛ. По данным литературы, определенную и существенную роль в формировании личностной реакции на сложившуюся ситуацию (тяжелое соматическое заболевание, в нашем исследовании – перенесенный острый инфаркт миокарда) играют факторы личностной предрасположенности, к которым прежде всего стоит отнести волевую и физическую подготовленность, психологическую устойчивость, адекватность эмоционального реагирования. Адаптированный вариант ММИЛ - тест Мини-мульти - позволил по ответам обследуемых судить о приемлемости или неприемлемости для его личностной характеристики утверждений, содержащихся в опроснике, по которым составлялся профиль личности, так как шкалы отражают измеряемые опросником основные психопатологические свойства личности.

Распределение пациентов, вошедших в основную группу и группу сравнения, в зависимости от типа их личности отображено в таблице 4.

Таблица 4. Распределение пациентов в зависимости от типа личности

Тип личности	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Эмоционально неустойчивый	69	29,6***	3	3
Гипертимный	0	0**	23	21,2
Психастенический	98	42,1***	3	3
Демонстративный	16	6,8	7	6,1
Возбудимый	18	7,9	7	6,1
Циклоидный	11	4,5	3	3
Шизоидный	16	6,8	10	9,1
Уравновешенный	5	2,3***	52	48,5
Итого	233	100	108	100

ПРИМЕЧАНИЕ: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Очевидно, что в контрольной группе, то есть среди пациентов, не страдавших депрессией после перенесенного ИМ, преобладали лица уравновешенного и гипертимного типа (48,5% и 21,2% соответственно). В основной группе больные с уравновешенным типом личности составили всего 2,3% от общего числа пациентов в группе, а гипертимные личности вообще не были выявлены. В основной группе по результатам опросника Мини-Мульти к психастеническому (тревожному) типу личности относятся 37 человек, что составило 42,1%. На втором месте по частоте встречаемости оказались лица с преобладанием эмоционально неустойчивых черт личности (29,6%). Таким образом, наиболее адаптированными к изменению собственного состояния и условий жизни после перенесенного острого инфаркта миокарда оказались в нашем исследовании личности с гипертимными чертами и уравновешенные лица, а психастенических лиц чаще регистрировались депрессивные расстройства.

При подробном анализе результатов исследования по опроснику Мини-Мульти с сопоставлением количества набранных баллов по разным шкалам было выявлено следующее. Практически для всех обследованных характерным было повышение баллов по шкалам 1,2,3, свидетельствующее о наличии в той или иной степени выраженных невротических расстройств, а также увеличение набранных баллов по шкале тревожности 7. Применение личностного опросника позволило определить тип невротической симптоматики и выраженность патологии.

Для эмоционально неустойчивых личностей было характерным повышение баллов по шкалам 8, 9 до 70 – 80 баллов, что говорит о повышении связанной с беспокойством активности, агрессивности, некритичного отношения к своим поступкам; повышение по шкалам 1, 4 до 60 – 70 баллов говорит об ипохондричности с трудностями социальной адаптации, антисоциальными чертами поведения.

У гипертимных личностей отмечалось повышение по шкалам 1, 2 до 60 – 70 баллов, а по шкале 3 – до 40 - 60 баллов, что свидетельствует об избыточном контроле над своим поведением на фоне сниженного настроения, повышение до 60 – 75 баллов по шкалам 7, 9, также часто отмечаемое у этого типа личности в нашем исследовании, говорит о наличии беспокойства с выраженной тревожностью и значимыми идеями самообвинения.

Для психастенических личностей было свойственно повышение баллов по шкале 3 до 70 – 80, свидетельствующее об эмоциональной лабильности при показателе по шкале 9 ниже 60 баллов (это говорит о вытеснении психологического конфликта, плохом самочувствии с выраженностью симптоматики при отсутствии раскованности и повышенной требовательности к себе (повышение баллов по шкалам 2, 6, 7 от 60 до 75 при F 55 – 65 баллов)). При этом при высоких показателях шкалы 4 часто регистрировались низкие по шкале 6, что свидетельствует о состоянии тревоги, обилии навязчивых мыслей, внутреннем конфликте и нарушениях социальной адаптации; общие невысокие баллы по шкалам 4, 6, 8, 9 при F от 65 до 80 баллов, встречающиеся у данного типа личности, могут свидетельствовать о неуверенности в себе и собственных силах в борьбе с болезнью, навязчивых опасениях с чувством вины и возможности ситуационной аутоагрессии; в целом, естественно, это говорит о преобладании в структуре личности тревожно-мнительных черт.

У демонстративных личностей отмечалось повышение баллов по шкалам 3, 9 до 70 – 80, что говорит о выраженном эгоцентризме, склонности к истерическому типу реагирования с различными функциональными расстройствами при желании показать себя лучше (L от 65 и выше).

Для возбудимых личностей свойственно было повышение баллов по шкалам 4, 6 до 60 – 75 и по шкале 8 - до 80, при K ниже 40, а F - выше 70 баллов, что свидетельствует о конфликтности с агрессивными тенденциями, ригидности, напряженности, гневливости, импульсивности с низкой социальной адаптацией при резком снижении контроля над эмоциями.

Для циклоидных личностей было характерно повышение баллов до 67 – 75 по шкалам 2, 8 при показателе ниже 60 баллов по шкалам 4, 9, что говорит об инертности, пассивности, склонности к переменам настроения, трудностях социальной адаптации, повышение баллов свыше 70 по шкале 3 при снижении ниже 60 по шкале 9 свидетельствует о вытеснении психологического конфликта, плохом самочувствии, при K ниже 50 баллов – снижении контроля над эмоциями.

У шизоидных личностей наблюдалось повышение баллов по шкале 8 до 70 – 80, свидетельствующее о некоторой эмоциональной холодности, снижении продуктивности, абстрактном мышлении, трудности социальной адаптации при повышении баллов 70 – 80 по шкалам 1, 2 – симптомы депрессии с раздражительной слабостью, уходом в болезнь.

У уравновешенных личностей отмечено повышение баллов по шкалам 1, 2 до 60 – 70 при невысоких баллах по шкале 3, что говорит об избыточном контроле над поведением, повышении тревожности на фоне сниженного настроения с неврастеноподобными проявлениями, некоторое повышение по шкалам 8, 9 до 60 – 70 баллов свидетельствует о

повышении активности, беспокойстве, недостаточно критичном отношении к своим поступкам.

При формировании усредненного профиля ММРІ для исследуемой группы больных с перенесенным острым инфарктом миокарда важно обратить внимание на умеренное повышение количества баллов по отдельным шкалам, в целом же профиль практически соответствует выборке здоровых, т.е. профильное количество баллов расположено в границах 40-60 баллов. Следует выделить повышение баллов по шкалам 6 («ригидность аффекта») и 1 («соматизированная тревога»). Эти показатели свидетельствуют о наличии ригидных, трудно корригируемых установок и концепций в отношении себя, своего здоровья и в восприятии окружающих. Сочетание сенситивности с тенденцией к самоутверждению порождает критическое, враждебное, нередко агрессивное восприятие окружающих, что блокируется нормативными установками. Аффективное, нередко ошибочное восприятие окружающих, представляющихся некомпетентными, обуславливают легкое возникновение экстрапунитивных реакций. Лица с повышением профиля по 1 и 6 шкалам не способны к вытеснению отрицательных сигналов и для удовлетворения честолюбия нуждаются в реальных достижениях, подтверждающих их значимость и престиж. У таких лиц фрустрирующая ситуация, в роли которой выступает, в частности, болезнь, сопровождается повышением тревожности. Последнее эмоциональное состояние элиминируется защитными механизмами в виде проекции или реактивных образований. Сочетание повышения профиля на шкалах 2 («склонность к пониженному настроению») и 6 («аффективная ригидность») свидетельствует о дисгармоничности, поскольку выявляет депрессивные тенденции (при которых высокая симбиотичность приводит к блокаде гетероагрессии), и аффективной ригидности (при которой механизм переноса вины предполагает реализацию гетероагрессивных тенденций).

Интеркорреляционный анализ шкал ММРІ при остром инфаркте миокарда свидетельствует, что центральное место в плеяде связей занимает шкала 1 - соматизация тревоги. Именно эта шкала имеет наибольшее количество корреляций.

Выводы. Таким образом, после анализа конституционально-биологических факторов можно вывести ряд следующих положений:

- а) У лиц с отягощенной наследственностью по психической патологии частота развития постинфарктной депрессии несколько выше.
- б) Риск развития постинфарктной депрессии повышается у курящих и употребляющих алкоголь пациентов и значительно (в нашем исследовании в 4,7 раз) снижается у лиц, не имеющих вредных привычек.
- в) Коморбидность острого инфаркта миокарда и хронического гепатита, заболеваний ЖКТ, ожирения повышают риск формирования у пациента депрессивных расстройств после перенесенного инфаркта миокарда.
- г) Реже всего постинфарктная депрессия встречалась у личностей с преобладанием гипертимных черт и у уравновешенных лиц, а у пациентов с выраженными психастеническими чертами чаще регистрировались депрессивные расстройства.
- д) Важное значение в структуре личностного реагирования на болезнь имеют формируемые тревожные механизмы, находящие значительное отражение в соматизированных проявлениях тревоги, что, безусловно, ухудшает течение основного заболевания.

Литература.

1. N.B. Mukhamadieva, Sh.A. Tuksanov. Priorities of mental and physical health problems in internist's practice // *International Multidisciplinary Research Journal*. – 2022. - №12/5. – P.533-537.
2. N.B. Mukhamadieva. Assessment Of Factors Of Vascular Wall Damage In Depressive Disorders In Patients With Myocardial Infarction // *The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research*. – 2020/ - №2/12. – P.103-110.
3. Pogosova N. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology / N. Pogosova, H. Saner, S.S. Pedersen [et al] // *Eur J Prev Cardiol*. – 2015. – Vol. 22, № 10. – P. 1290–1306.
4. Regan K.L. Depression treatment with selective serotonin reuptake inhibitors for the postacute coronary syndrome population: a literature review // *J. Cardiovasc. Nurs.* — 2008. — Vol. 23, № 6. — P. 489-496.
135. Richards S.H. Psychological interventions for coronary heart disease / S.H. Richards, L. Anderson, C.E. Jenkinson [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2017. – № 4. – P. CD002902.
5. Roberge M.A., Dupuis G., Marchand A. Post-traumatic stress disorder following myocardial infarction: prevalence and risk factors // *The Canadian Journal of Cardiology*. – 2010. – Vol. 26, № 5. – e170–e175.
6. Roest A.M. Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis / A.M. Roest, E.J. Martens, J. Denollet [et al.] // *Psychosom Med*. – 2010. – Vol. 72, № 6. – P. 563–569/
7. Ronaldson A. Optimism and Recovery After Acute Coronary Syndrome: A Clinical Cohort Study / A. Ronaldson, G.J. Molloy, A. Wikman [et al.] // *Psychosomatic Medicine*. – 2015. – Vol. 77, № 3. – P. 311–318.
8. Tilavov, M. T. ., & Kuchkorov, U. I. . (2022). Cognitive Disorders in Different Forms of Schizophrenia and Tactics of Differentiated Therapy. *Research Journal of Trauma and Disability Studies*, 1(4), 17–23. Retrieved from <http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/view/64>
9. Tilavov M.T, Kuchkorov U.I, & Barzhakova G.R. (2022). Evaluation of Neurotic Disorders in the Post-Covid Period and Treatment Tactics. *Eurasian Medical Research Periodical*, 7, 147–150. Retrieved from <https://www.geniusjournals.org/index.php/emrp/article/view/1179>