

Поширеність депресії та зв'язок з іншими факторами ризику серцево-судинних захворювань у пацієнтів після інфаркту міокарда на амбулаторному етапі реабілітації

Луцький інституту розвитку людини Університету "Україна" (м. Луцьк)

Постановка наукової проблеми та її значення. Аналіз останніх досліджень. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) в економічно розвинутих країнах світу є найчастішою причиною смертності населення. Україна теж не є винятком. Останнім часом кардіологи все більш уваги звертають на психогенні фактори ризику ССЗ та їхні зв'язки із соматичними факторами розвитку патології. Відомо, що первинні психогенні фактори негативно впливають на серцево-судинну систему (ССС). Зі свого боку, локальні й системні захворювання серцево-судинної системи відображаються на психічному стані людини психогенними розладами внаслідок реакції особистості на хворобу. За даними літературних джерел, саме захворювання ССС найчастіше поєднуються з психічними розладами, такими як депресивно-іпохондричні та тривожні стани, які значно підвищують ризик розвитку ускладнень та обумовлюють тяжкість хвороби [1; 7; 8; 10].

Важлива роль у розвитку, перебігу, лікуванні та реабілітації осіб, котрі страждають на серцево-судинну патологію, зокрема інфаркт міокарда (ІМ), надається психологічним факторам. Майже в 50 % випадків ССЗ психічні зміни впливають на перебіг патологічного процесу і є однією з головних причин, що перешкоджають поверненню пацієнтів до активної праці (від 33 % до 80 %), тому проблема визначення психічного стану хворих після інфаркту міокарда й корекція характеру та ступеня виразності особистої реакції пацієнта на хворобу – невід'ємна складова частина фізичної реабілітації [2; 3].

Завдання дослідження – проаналізувати поширеність депресії за шкалою депресії DEPS та її зв'язок з іншими факторами ризику ССЗ у пацієнтів після інфаркту міокарда на амбулаторному етапі реабілітації.

Дослідження проводилося на базі Волинського обласного центру кардіоваскулярної патології та тромболізишу й науково-дослідної лабораторії функціональної діагностики і реабілітації Луцького інституту розвитку людини Університету "Україна".

Для вивчення обізнаності хворих щодо основних факторів ризику серцево-судинної патології та заходів, які спрямовані на зменшення ризику можливих ускладнень, проведено анкетування хворих, котрі перенесли інфаркт міокарда й перебували на амбулаторному етапі реабілітації.

Вивчення рівня депресії проводилося за шкалою DEPS, згідно з якою визначали наявність депресії за сумою балів від 9 до 30.

Статистичний аналіз здійснювали за допомогою програм STATISTICA v.6.0 (StatSoft, USA) і SPSS 10,0 (SPSS, Inc. USA). Результати подано як середнє значення й стандартне відхилення ($M \pm \sigma$). При нормальному розподілі кількісних перемінних для порівняння двох груп застосовували t-тест Стьюдента для незалежних вибірок. При порівнянні кількох груп достовірність різниці між ними визначали за допомогою дисперсійного аналізу.

Роботу виконано згідно з темою "Комплексна фізична реабілітація після інфаркту міокарда та інсульту" (номер державної реєстрації – 0109U008697).

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. У рамках дослідження в 109 післяінфарктних пацієнтів (80 чоловіків та 28 жінок) проведено анкетування за шкалою депресії DEPS. За даними шкали, у 40,4 % хворих виявлено депресію, причому більший відсоток серед досліджуваних із такою проблемою зафіксовано серед жінок – 64,3 % і 32,1 % серед чоловіків ($p < 0,05$) (рис. 1). Відомо, що жінки, порівняно з чоловіками, мають більший рівень стресу та характеризуються підвищеною реакцією на його дію, тому в них у 1,5–1,8 раза частіше виникають різноманітні психоемоційні розлади [4; 5; 9].

Середній вік усіх пацієнтів із депресією становив $62,82 \pm 9,56$ років (у жінок – $65,61 \pm 7,19$, у чоловіків – $60,88 \pm 10,61$).

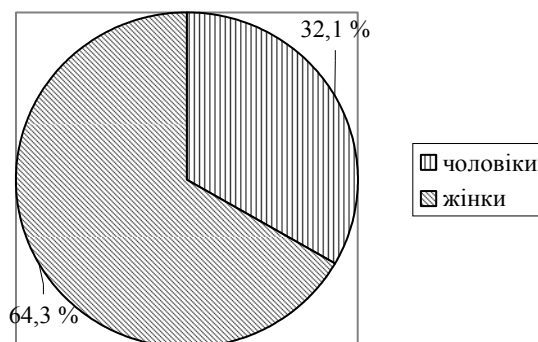


Рис. 1. Наявність депресії у хворих після ІМ за даними шкали депресії DEPS

За даними літературних джерел, чітко прослідковується зв'язок між найбільш поширеними факторами ризику розвитку ССЗ та тривожно-депресивними станами (ТДС) [6].

Ураховуючи величину індексу маси тіла (ІМТ) як важливого показника контролю факторів ризику в осіб, які перенесли ІМ, у 70,5 % хворих із депресією реєстрували надмірну масу тіла (76,9 % чоловіків і 61,1 % жінок) ($p < 0,05$).

Ожиріння різного ступеня у хворих із депресією фіксували в 38,6 % випадків, причому 50 % – у жінок та 30,8 % – у чоловіків. Крім того, у 56,8 % осіб із депресією (у 72,2 % жінок і 46,2 % чоловіків) відзначено абдомінальний тип ожиріння, про що свідчить показник коефіцієнта об'єму талії / стегон.

Отже, у жінок із депресією надмірну масу тіла фіксували рідше, ніж у чоловіків, проте ожиріння, у тому числі його абдомінальний тип як важливий фактор ризику виникнення ускладнень кардіоваскулярної патології, частіше спостерігали серед осіб жіночої статі (рис. 2).

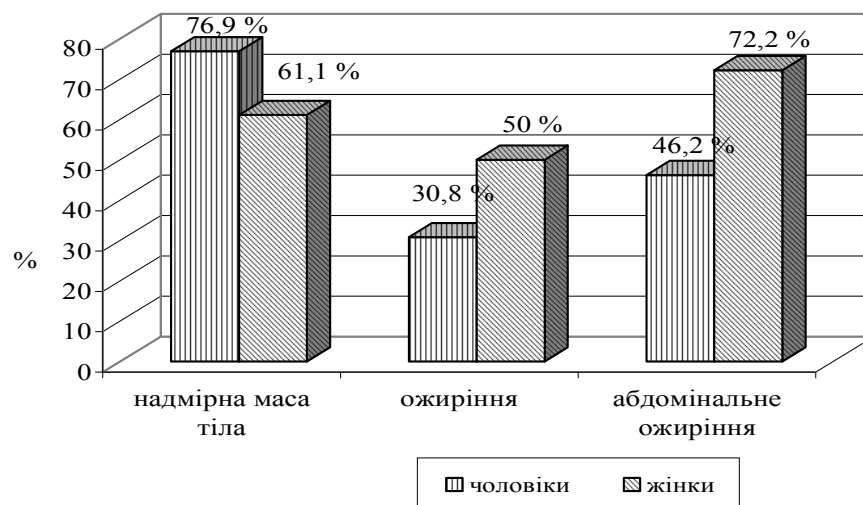


Рис. 2. Поширеність надмірної маси тіла та ожиріння у хворих із депресією

У 91,3 % хворих (100 % жінок і 84,6 % чоловіків) із депресією відзначено підвищений рівень загального холестерину ($\geq 4,5$ ммоль / л). Середній показник загального холестерину в цієї категорії хворих становив $5,7 \pm 0,94$ ммоль / л, що значно вище цільових рівнів.

Під час проведення аналізу залежності поширеності артеріальної гіпертензії від наявності / відсутності психоемоційних розладів встановлено, що на момент обстеження підвищений артеріальний тиск фіксували в 72,7 % хворих (76,9 % чоловіків і 66,7 % жінок) із депресією. Крім того, у 88,6 % післяінфарктних хворих із такою проблемою (92,3 % чоловіків та 83,3 % жінок) діагностовано артеріальну гіпертензію.

Аналізуючи відповіді пацієнтів на запитання анкети "Скільки часу Вам доводиться ходити пішки на вулиці протягом дня?", встановлено, що 45,5 % респондентів відповіли, що ходять пішки протягом дня менше 30 хв, 39,1 % – більше 30 хв ($p > 0,05$). При аналізі гендерних особливостей взаємозв'язку рухової активності та наявності депресії можна зазначити, що серед осіб обох статей суттєвих особливостей не виявлено.

Ураховуючи наявність у пацієнтів після інфаркту міокарда депресії та шкідливих звичок, зокрема паління, виявлено, що 53,9 % хворих палили (із них 55 % – чоловіки та 50 % – жінки) ($p > 0,05$).

Отже, відповідно до синергічного взаємозв'язку психологічного й соматичного компонентів у статусі хворих після інфаркту міокарда на амбулаторному етапі реабілітації та значного негативного впливу депресивних станів на прогноз хвороби [6], актуальним є пошук поєднаного комплексного психофізичного впливу на перебіг і прогноз хвороби в цієї групи хворих, що, імовірно, стане гарантом успішності застосування комплексних реабілітаційних програм.

Висновки. Результати нашого дослідження свідчать про обтяженість загального стану осіб після інфаркту міокарда з ознаками депресії наявністю в них найбільш поширених факторів ризику серцево-судинних захворювань, таких як надмірна маса тіла та ожиріння, артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія.

Патогенетичний зв'язок між наявністю депресії й серцево-судинними захворюваннями підтверджує факт достовірно більшої поширеності психоемоційних розладів у жінок з ожирінням, зокрема його абдомінальним типом і гіперхолестеринемією.

Для підвищення ефективності реабілітаційних програм і заходів вторинної профілактики серцево-судинних захворювань потрібно контролювати не лише добре відомі фактори ризику, а й виявляти й корегувати психоемоційні розлади в пацієнтів після інфаркту міокарда.

Перспективи подальших досліджень. Ураховуючи очевидну значущість психологічного аспекту фізичної реабілітації, у подальшому планується розробка комплексної домашньої програми реабілітації для пацієнтів після інфаркту міокарда на амбулаторному етапі, яка дасть змогу сформулювати активну усвідомлену мотивацію хворих, спрямовану на відновлення психосоматичного здоров'я, що, без сумніву, позитивно позначиться на загальному результаті реабілітації.

Список використаної літератури

1. Агеенкова Е. К. Психологические факторы в развитии сердечно-сосудистых заболеваний / Е. К. Агеенкова // Психотерапия и клиническая психология. – 2002. – № 3 (5). – С. 19–23.
2. Белялов Ф. И. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца (обзор) / Ф. И. Белялов // Кардиология. – 2002. – № 8. – С. 63–80.
3. Зайцев В. П. Психологические методы исследования в кардиологии : [руководство по кардиологии] / Зайцев В. П. – М. : Медицина, 1982. – С. 609–620.
4. Копина О. С. Популяционное исследование психо-социального стресса как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний / О. С. Копина, Е. А. Сулова, Е. В. Заикин // Кардиология. – 1996. – № 3. – С. 53–56.
5. Оганов Р. Г. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р. Г. Оганов, Л. И. Ольбинская, А. Б. Смулевич [и др.] // Кардиология. – 2004. – № 1. – С. 48–54.
6. Оздоева Л. Д. Взаимосвязь факторов риска атеросклероза и тревожно-депрессивных состояний у мужчин из неорганизованной популяции / Л. Д. Оздоева, Д. В. Небиеридзе, Г. В. Погосова, В. А. Выгодина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2003. – № 1. – С. 59–64.
7. Погосова Г. В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти / Г. В. Погосова // Кардиология. – 2002. – № 4. – С. 86–90.
8. Frasure-Smith N. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction / N. Frasure-Smith, F. Lesperance, M. Talajic // Circulation. – 1995. – Vol. 91. – P. 999–1005.
9. Schenck-Gustafsson K. Risk factors for cardiovascular disease in women / K. Schenck-Gustafsson // Heart Beat. – 2000. – № 1. – P. 1–3.
10. Sullivan M. D. Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease / M. D. Sullivan, A. Z. Lacroix, J. A. Spertus [et al.] // Am. J. Cardiol. – 2000. – Vol. 86. – P. 1135–1138.

Анотації

У статті викладено результати дослідження поширеності депресії в пацієнтів після інфаркту міокарда на амбулаторному етапі реабілітації та її зв'язок із найбільш розповсюдженими факторами ризику серцево-судинних захворювань, таких як надмірна маса тіла й ожиріння, артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія. У цьому дослідженні підтверджується факт достовірно більшої поширеності психоемоційних розладів саме в жінок з ожирінням. Отже, для успішної реалізації реабілітаційних програм після інфаркту міокарда потрібен комплексний підхід з урахуванням соматичного компонента, факторів ризику серцево-судинних захворювань та психоемоційного стану пацієнтів.

Ключові слова: інфаркт міокарда, фактори ризику, депресія, пацієнти.

Светлана Индыка. Распространенность депрессии и связь с другими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов после инфаркта миокарда на амбулаторном этапе реабилитации. В статье изложены результаты исследования распространенности депрессии у пациентов после инфаркта миокарда на амбулаторном этапе реабилитации и её связь с наиболее распространенными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, таких как чрезмерная масса тела и ожирение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия. В данном исследовании подтверждается факт достоверно большей распространенности психоэмоциональных расстройств именно у женщин с ожирением. Итак, для успешной реализации реабилитационных программ после инфаркта миокарда нужен комплексный подход с учетом соматического компонента, факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и психоэмоционального состояния пациентов.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, факторы риска, депрессия, пациенты.

Svitlana Indyka. Prevalence of Depression and Relationship with Other Risk Factors for Cardiovascular Diseases Among Patients After Myocardial Infarction in Ambulatory Stage of Rehabilitation. The paper presents results of a study of prevalence of depression among patients after myocardial infarction in ambulatory stage of rehabilitation and its relationship with the most common risk factors for cardiovascular diseases, such as excessive weight gain and obesity, hypertension, hypercholesterolemia. The study acknowledges the significantly higher prevalence of psycho-emotional disorders affecting women with obesity. Thus, for successful implementation of rehabilitation program after myocardial infarction it is needed a comprehensive approach taking into account physical component, the risk factors for cardiovascular diseases and emotional condition of patients.

Key words: myocardial infarction, risk factors, depression, patients.

УДК 796.035+615.82

Konrad Kraszewski

Zasady postępowania w urazach sportowców wyczynowych

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach filia w Piotrkowie Trybunalskim

Mnogość urazów powstałych w czasie treningu lub zawodów, szczególnie w takich dyscyplinach jak piłka nożna, lub inne kontaktowe gry zespołowe, wymusiła konieczność zdefiniowania czym jest uraz sportowy. Niektóre definicje przyjmują za uraz sportowy zdarzenie mające miejsce w czasie treningu lub zawodów, w wyniku którego zawodnik jest zmuszony szukać pomocy medycznej. Inne za konsekwencje urazu sportowego uznają obniżenie możliwości trenowania, poprzez skrócenie czasu treningu lub zmniejszenie jego obciążenia. To powiązanie urazu z możliwościami treningowymi jest częścią większości definicji urazu sportowego. National Athletic Injury Registration System (NAIRS) określa uraz sportowy następująco:

Urazem sportowym jest taki uraz, który uniemożliwia zawodnikowi udział w treningu lub grze co najmniej jeden dzień po zdarzeniu, które uraz wywołało. Zdarzenie to musi mieć miejsce w czasie treningu lub zawodów.

Urazy sportowe powstają najczęściej w grach zespołowych, szczególnie piłce nożnej, narciarstwie, sportach walki, sportach motorowych. Najczęstszymi rodzajami urazów są złamania, zwichnięcia, uszkodzenia więzadeł krzyżowych kolana i więzadeł łokcia.

Postępowanie po urazie podzielić można na trzy etapy: działania w fazie ostrej, także bezpośrednio po zdarzeniu, leczenie i rehabilitację

Postępowanie w urazach sportowych, szczególnie w fazie ostrej, nie odbiega zasadniczo od postępowania w każdym innym urazie. Różnice wynikają, między innymi z okoliczności, w jakich do urazów dochodzi. Okoliczności te mogą działać na korzyść pacjenta np.: obecność lekarzy sportowych na zawodach pozwala na udzielenie szybkiej, fachowej pomocy. Szczególne znaczenie ma to przy zwichnięciach stawu barkowego i łokciowego, ponieważ nastawienie zwichniętego stawu w pierwszych minutach po urazie, gdy napięcie mięśni i obrzęk otaczających tkanek miękkich są niewielkie, jest w miarę łatwe i bezbolesne [2]. Lekarze sportowi są oczywiście obecni tylko na zawodach odpowiedniej rangi, jednak większość trenerów i innych pracowników klubów sportowych ma odbyte przeszkolenie w zakresie pierwszej pomocy i co ważniejsze doświadczenie w sytuacjach prowadzących do kontuzji, co pozwala im uniknąć stresu i podjąć prawidłowe działania. Na niekorzyść pacjenta działa fakt, iż urazy powstają przy użyciu znacznych sił