

ДЕПРЕССИЯНИНГ СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ КЕЧИШИДА ХАВФ ОМИЛИ СИФАТИДАГИ РОЛИ

Адизова Д.Р., Джуроева Н.О., Халилова Ф.А.

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

СЮЕ мавжуд беморларда депрессив бузилишларнинг қўшилиб келиши СЮЕ декомпенсацияси ривожланиши, такрорий госпитализация ва юрак қон томир тизими касалликларидан ўлим хавфини оширади. Беморларда депрессиянинг мавжудлиги касалхона кунлари ошиши, даво харажатларининг ортишига олиб келади.

Калит сўзлар: Сурункали юрак етишмовчилиги, депрессия, декомпенсация, госпитализация, ўлим

РОЛЬ ДЕПРЕССИИ В КАЧЕСТВЕ ФАКТОРА РИСКА В ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Адизова Д. Р., Джуроева Н.О., Халилова Ф.А.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Присоединение депрессии у больных хронической сердечной недостаточности (ХСН) повышает риск развития декомпенсации ХСН, повторной госпитализации и смертности от заболеваний сердечно сосудистой системы. Наличие депрессии приведёт увеличение койка дня, повышение затрат на лечение у больных с ХСН.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, депрессия, декомпенсация, госпитализация, смертность

ROLE OF DEPRESSION AS A RISK FACTOR IN THE COURSE OF CHRONIC HEART FAILURE

Adizova D.R., Djuraeva Y.O., Xalilova F.A.

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

Joining depression in patients with chronic heart failure (CHF) increases the risk of decompensation of heart failure, re-hospitalization and mortality from diseases of the cardiovascular system. The presence of depression will lead to an increase in the bed of the day, an increase in the cost of treatment in patients with heart failure

Keywords: chronic heart failure, depression, decompensation, hospitalization, mortality

Долзарблиги

С татистик маълумотларга қараганда, ҳар йили бош мия қон томир ва юрак қон томир тизими касалликлари тўхтовсиз ўсиши қайд қилинмоқда. Ушбу кўрсаткичларни аниқлаштирувчи омилларни таҳлил қилиш охириги йилларда аҳоли орасида хавф омилларининг тарқалиши (чекиш, гиперхолестеринемия, спиртли ичимликлар ичиш, семизлик) ўзгармаётганлигига гувоҳлик беради. Шу билан бир қаторда кўп марказли илмий текширув натижалари умумий соматик амалиётда хавотирли-депрессив бузилишлар частотаси ошиб бораётганлигидан далолат бермоқда [1,3,]. Бу психопатологик бузилишларнинг юрак қон томир тизими касалликлари кечиши ва оқибатига салбий таъсири натижасида қоринчалар аритмияси бўсағасини пасайиши, юрак тўсатдан тўхтаб қолиши ва депрессия белгилари бўлган юрак қон томир тизими касалликларида ўлим хавфининг ошиши кузатилмоқда.

Депрессив бузилиш ва юрак қон томир тизими патологияси орасида бир-бирини оғирлаштирадиган мураккаб ўзаро боғлиқлик бор: юрак қон томир тизими касалликлари депрессив бузилишлар сонини ошиши билан кечадиган, оғир юрак қон томир тизими касалликларига депрессиянинг қўшилиши оғир асорат-

лар (миокард инфаркти, мия қон айланиши бузилиши) ривожланиши, умумий ўлим ва юрак қон тизими касалликларидан ўлим хавфини оширади. Умумий амалиёт врачлари қабулидаги беморларда депрессив бузилишларни аниқлашга қаратилган КОМПАС клиник-эпидемиологик текшируви натижалари текширилганларнинг ўртача 45,9 % ида депрессив бузилишлар борлигини кўрсатди. Бу текширувларда депрессив бузилишлар учраши ёш ортиши билан ошиб бориши, амбулатор беморларга нисбатан стационар беморларда кўпроқ учраши, юрак қон томир тизими касалликларида эса беморларнинг ярмидан кўпида учраши аниқланди [2].

Депрессив бузилишлар ва юрак қон томир тизими касалликларининг бирга келиши клиник амалиётга яхши таниш бўлган ва бир неча марта махсус текширувларда ўз тасдиғини топган ҳақиқатдир. Замонавий маълумотлар тасдиқлашича, коронар ангиография муолажасини ўтказмаётган юрак ишемик касаллиги бўлган беморларнинг 17-27 % ида, миокард инфартидан кейинги даврда 16-45 % беморда депрессия учраши аниқланган. Илмий маълумотлар бўйича депрессия ва артериал гипертензиянинг қўшилиб келиши 30 % ни ташкил этса, диастолик юрак етишмовчилиги билан асоратланган артериал гипертензияда бу

кўрсаткич 63,2 % га ошиши кўрсатилмоқда [2]. Сурункали юрак етишмовчилигида (СЮЕ) депрессив бузилишларнинг аниқланиши умумий популяциядаги шу кўрсаткичга нисбатан анча юқори. Турли муаллифларнинг маълумотлари бўйича депрессив бузилишлар стабил юрак етишмовчилиги бўлган беморларнинг 20 дан 40 % игача тарқалган [4,5,6]. Депрессия симптомлари мавжуд беморларда СЮЕ ва аслида мавжуд бўлган СЮЕ декомпенсацияси ривожланиши, СЮЕ бўлган беморларда ўлим хавфи ошишидан гувоҳлик берувчи маълумотлар йиғилмоқда.

Friedman M.M. и Griffin J.A.[7] СЮЕ билан шифонага ётқизилган 170 беморни текширувдан ўтказишди, бунда эркак ва аёллар сони бир хил нисбатда эди. Депрессив бузилишларни аниқлаш учун Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) усули қўлланди. 10 балдан юқори бўлган кўрсаткич депрессия мавжуд деб ва 16 балдан юқори кўрсаткич катта депрессив бузилиш деб баҳоланди. Текширув натижаларига кўра 30 % дан ортиқ беморлар 10 ва ундан юқори баллга эга бўлишди. Кекса ёшли беморларда кенг тарқалганлиги, сурункали кечиши ва организмга салбий таъсир кўрсатиши туфайли СЮЕда депрессия синчиклаб ўрганилмоқда. Н. Koenig ва муаллифдошлари ўз илмий изланишларида 60 ёшдан кекса, стационарда СЮЕ билан даволанаётган беморларнинг 36,5 % ида катта депрессив бузилишлар борлигини кўрсатишади [6]. К. Freedland ва муаллифдошлари СЮЕ билан касалхонага ётқизилган кекса беморларнинг 17 % ида катта депрессив бузилишлар борлигини аниқлашди [8]. Ресина И.А ишларида 110 та I-IV ФС СЮЕ билан касалланган беморларнинг 47 % ида депрессия (Монтгомер-Асберг MADRS шкаласи бўйича 20-25 балл) аниқланди, шундан 87 % и хавотирли ҳолат билан бирга кечган. СЮЕ босқичи ва хавотирли-депрессив ҳолат учраши орасида ишончли боғлиқлик аниқланмади [9]. Navranek E. P. ва муаллифдошлари CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) усулини қўллаб 45 амбулатор СЮЕ мавжуд беморда назорат гуруҳига нисбатан депрессия даражасининг ишончсиз ($p=0,10$) ошишини аниқлашди ва бу мос ҳолда 24,4% ва 9,7% ни ташкил этди [4]. Яққол ривожланган СЮЕда катта депрессив бузилишлар 19% ва кучсиз ифодаланган депрессив бузилишлар 9% да аниқланди [10].

Депрессия йўлдош бўлган соматик касалликларни даволаш учун кетадиган маблағ депрессиясиз кечаётган касаллик учун кетадиган харажатдан икки-уч марта қиммат туради. Депрессия белгилари қўшилиб келган касалликларни даволаш учун кетадиган харажат барча тиббий бўгин даражасида, қайси турда бўлишидан қатъий назар, кўп маблағни талаб этади. М. Sullivan ва муаллифдошлари СЮЕ бўлган беморларда депрессив бузилишлар қўшилиши туфайли юзага келадиган харажатлар ортишини ўз илмий изланишларида кўрсатишди, яъни депрессия ва СЮЕ мавжуд беморларни даволаш депрессиясиз беморларга нисбатан 30% ортиқча маблағ талаб этади. [10]. G. Fulop ва бошқа муаллифдошларнинг проспектив текширувларида ҳам шунга ўхшаш натижалар олинди [11]. Кўпгина муаллифлар СЮЕ билан депрессия белгиларининг бирга учраши такрорий госпитализация сонининг ошишига сабаб бўлишини кўрсатишади [12,13]. Rozzini R ва бошқа муаллифлар [14] 800 кекса беморларда (ўртача ёш $78,6 \pm 7,3$) 6 ойлик яшаш ва такрорий госпитализацияни баҳолашди. Депрессия GDS (Geriatric

Depression Scale) сўровномаси орқали баҳоланди. Тўрт гуруҳ орасида қиёслаш ўтказилди, гуруҳлар оғир СЮЕ (III ва IV функционал синф) ва депрессия бор ёки йўқлигига боғлиқ ҳолда танланди: 1) депрессия ҳам ва СЮЕ ҳам йўқ гуруҳ, 2) сурункали юрак етишмовчилиги йўқ, лекин депрессия мавжуд 3) сурункали юрак етишмовчилиги депрессия белгиларисиз гуруҳ 4) ҳам юрак етишмовчилиги ва ҳам депрессия белгилари бўлган гуруҳ. Ҳаммаси бўлиб 6 ойлик кузатув давомида ўлим 8%ни, такрорий касалхонага ётиш 29% ни ташкил этди. Бу кўрсаткичларни ҳар бир гуруҳ бўйича ҳисоблаб чиққанда ўлим мос равишда 4%, 7%, 15% ва 21% ни ($p<0,01$), такрорий касалхонага тушиш сони 35%, 38%, 44%, 67% ни ташкил этди. Депрессия юрак етишмовчилиги мавжуд гуруҳда ҳам ва мавжуд бўлмаган гуруҳ беморлари орасида ҳам ўлим хавфини оширади.

Jiang W. ва муаллифдошлари [15] СЮЕ мавжуд беморларда депрессия аниқлангандан 3 ой ва 1 йилдан сўнг умумий ўлим ва такрорий госпитализацияда депрессиянинг ўрнини баҳолашди. Депрессияни аниқлаш ва даражасини баҳолаш мақсадида Beck Depression Inventory (BDI) усули қўлланди. Катта депрессив бузилишни тасдиқлаш учун National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule (DIS) шкаласидан фойдаланилди. Тадқиқотларга NYHA таснифи бўйича СЮЕ II ва ундан катта функционал синф(ФС), чап қоринча чиқарув фракцияси (фракция выброса) 35%дан паст бўлган беморлар жалб этилди. BDI бўйича 10 ва ундан юқори баллга эга беморлар DIS шкаласи билан баҳоланди. BDI орқали сўровномадан ўтказилган 357 беморнинг 35,3% да депрессив белгилар кузатилган, катта депрессив бузилишлар 13,9% да учраган. 3 ойдан сўнг ўлим ўртача депрессив бузилишлар гуруҳида 7,4% ни, катта депрессив бузилишлар гуруҳида 13% ни, депрессив бузилишлар бўлмаган гуруҳда 5,6% ни ташкил этди. Ўлим ва такрорий госпитализация сонининг ишончли ошиши фақат катта депрессив бузилишлар учраган беморларда кузатилди: бир йилдан сўнг бу гуруҳдаги ўлим депрессиясиз гуруҳдагига нисбатан 2,23 марта ($p=0,04$), такрорий касалхонага тушиш сони эса 3,07 марта ($p=0,005$) юқори бўлди. Катта депрессив бузилишлари мавжуд СЮЕ бўлган беморларда депрессиясиз беморларга нисбатан нисбий ўлим хавфи 1,44ни (95% конфиденциал интервал: 1,033-2,011 $p=0,03$) ташкил этди. Кичик депрессия ва депрессиясиз СЮЕ бўлган беморлар солиштирилганда ўлим хавфининг ишончли ошиши аниқланмади. Чап қоринча чиқарув фракцияси (фракция выброса) ўлчами ўлим ва такрорий касалхонага ётқизилиш кўрсаткичига таъсир қилмади. СЮЕ мавжуд беморларда депрессиянинг ўлим ва такрорий госпитализация сонига таъсирини ўрганишда СЮЕ генезида ишемия ётиши ва бир йилдан сўнг юқорида кўрсатилган кўрсаткичлар ошиши орасида ишончли боғлиқлик аниқланди (мос ҳолда $p<0,003$ ва $p<0,02$).

60 ёшдан катта 4538 кўнгиллиларда ўтказилган SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program) илмий тадқиқот ишларида изоляцияланган систолик артериал гипертония билан касалланган беморларда депрессия сурункали юрак етишмовчилиги ривожланиши учун хавф омилли сифатида аҳамиятли ёки йўқлиги баҳоланди [16], бунда текширувга жалб этилган беморларда тадқиқотлар бошланишида ЮИК ва сурункали юрак етишмовчилиги белгилари йўқлигига аҳамият берилди. Депрессив бузилишлар Эпидемиоло-

гик Текширувлар Маркази депрессия шкаласи орқали баҳоланди (Center for Epidemiological Studies Depression Scale - CES-D). Беморларнинг 221 (5%дан ортиқ) тасида депрессия борлиги аниқланди. 4,5 йил давомида улардан 8,1% ида СЮЕ белгилари ривожланди. Депрессия белгилари бўлмаган гуруҳда шу давр мобайнида фақат 3,2% беморда СЮЕ белгилари ривожланди. Муаллифлар томонидан қуйидагича хулосага келинди: изоляцияланган систолик артериал гипертензия билан касалланган беморларда депрессив бузилишларнинг бўлиши депрессив ҳолат бўлмаган гуруҳга нисбатан СЮЕ ривожланиш хавфини 2,6 мартага оширади ($p < 0.001$).

G. Clary ва муаллифдошлари изланиш натижалари 674 нафар СЮЕ билан касалланган беморларни йил давомида кузатиб, нафақат депрессия ва декомпенсациядан юқори ўлим орасида ишончли боғлиқлик борлигини тасдиқлашди, балки депрессия белгилари мавжуд СЮЕ бўлган беморларда антидепрессантлар билан самарасиз даво олиб борилганда психотроп воситалар билан самарали даво олиб борилган гуруҳга нисбатан ўлим кўрсаткичи анча юқори эканлигини кўрсатишди [17]. Интенсив терапия блоки базасида ўтказилган текширувларда СЮЕ декомпенсацияси билан госпитализация қилинган беморлар анамнезида депрессиянинг бўлиши бошқа хавф омиллари бўйича коррекция ўтказилгандан сўнг ҳам ўлим ва ўпка-юрак реанимацияси хавфи 3,3 марта ортиши кўрсатилган [18]. Катта депрессив бузилишлар СЮЕ да ўлим ва такрорий госпитализация сонига сезиларли таъсир кўрсатади. Бу беморларда ўлим 3 ой давомида 7,9 % ва 12 ой давомида 16,2 % ни ташкил этди. Депрессия мавжуд беморлар депрессив бузилишлар бўлмаган беморларга нисбатан 2 марта кўп касалхонага ётқизилади ёки ўлади. Ёш, СЮЕ функционал синфи ва чиқарув фракцияси (фракция выброса) каби одатдаги хавф омиллари ҳисобга олинган ҳолатда ҳам яшаш кўрсаткичи ва госпитализация частотасига депрессиянинг негатив таъсири сақланади [19]. Шундай қилиб, катта депрессив бузилишлар ўлим ва госпитализация частотасини оширувчи мустақил хавф омилли ҳисобланади. Депрессия СЮЕ да шошилиш госпитализация частотасига таъсир кўрсатувчи омилдир [20]. Депрессия нафақат СЮЕ оқибатига, балки унинг клиник кечишига ҳам таъсир кўрсатади [21]. Бундан ташқари, чарчаш ошади, ҳаёт сифати пасаяди, ижтимоий кўмак ва касалликни енгишга бўлган интилиш бузилади [22,23].

Депрессиянинг СЮЕ оқибатига салбий таъсиридан ташқари, СЮЕда бемор умрини узайишига таъсир кўрсатиши исботланган β -блокаторлар депрессия мавжуд беморларга жуда кам қўлланилади [24]. Қатор муаллифлар депрессиянинг фақат ўлимга таъсиринигина эмас, балки депрессия симптомлари сонига боғлиқ ҳолда бемор функционал статуси ва ҳаёт сифатини бузишини кўрсатишди [25,26]. Клиник ифодаланган СЮЕ мавжуд 119 нафар амбулатор беморларни 6 йиллик кузатувлари натижасида Зунг депрессия шкаласи бўйича кўрсаткичларнинг бир баллга ортишида ўлимнинг 1,05 марта ошиши аниқланди [27].

СЮЕда депрессив бузилишлар сони кўп ҳолларда қайси усул билан аниқланганлиги, қайси сўровнома танланганлигига боғлиқлигини таъкидлаб ўтиш керак. S.Gottlieb ва муаллифдошлари изланишларида II-IV функционал синф ва чиқарув фракцияси (фракция выброса) 40% дан юқори СЮЕ мавжуд 155 беморда Бек сўровномаси ёрдамида текширувлар ўтка-

зилди ва бундан депрессия сони 48%ни (сўровнома бўйича 10 баллдан юқори) ташкил этди [28]. Murberg T.A ва муаллифдошлари текширувларида ўз-ўзини баҳолаш Цунг шкаласи қўлланган бўлиб, СЮЕ мавжуд 119 нафар кекса амбулатор беморларнинг 13%да депрессия белгилари аниқланди [29].

Хулоса қилиб айтиладиган бўлсак, СЮЕ мавжуд беморларда депрессив бузилишларнинг қўшилиб келиши СЮЕ декомпенсацияси ривожланиши, такрорий госпитализация ва юрак қон томир тизими касалликларидан ўлим хавфини оширади. Депрессиянинг мавжудлиги касалхона кунлари ошиши, даво харажатларининг ортишига олиб келади. Юқоридаги илмий изланишлар асосида депрессияни юрак қон томир тизими касалликларида алоҳида хавф омилли сифатида эътироф этиш мумкин. Шундай экан, депрессия соматик касалликлар давосида коррекцияда ахамиятга олинishi керак бўлган хавф омиллидир.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Yankovskaya V. L. Depressiya i xronicheskaya serdechnaya nedostatochnost // Molodoy uchenyy. 2014; 17: 223-227. (In Russ)
2. Oganov R.G. Materiali simpoziuma "Depressiya v kardiologii: bolshe, chem faktor riska", Rossiyskiy natsionalniy kongress kardiologov. M., 2003; s. 1-4. (In Russ)
3. Tyuvina N.A., Lyusov V.A., Molchanov S.N., Gaeva D.B., Depressii u bolnix arterialnoy gipertenzii, oslojnennoy xronicheskoy serdechnoy nedostatochnostyu. Nevrologiya, neyropsixiatriya, psixosomatika. 2011; 3(2): 56-60. (In Russ)
4. Havranek E.P., Ware M.G. and Lowes B.D. Prevalence of depression in congestive heart failure. Am J Cardiol 1999; 84: 348-350.
5. Skotzko C.E., Krichten C. and Zietowski G. et al. Depression is common and precludes accurate assessment of functional status in elderly patients with congestive heart failure. J Card Fail 2000; 6: 300-305.
6. Koenig H.G. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. Gen Hosp Psychiatry 1998; 20: 29-43.
7. Friedman M.M., Griffin J.A. Relationship of physical symptoms and physical functioning to depression in patients with heart failure. Heart Lung. 2001; 30: 98-104.
8. Freedland KE, Carney RM, Rich MW et al. Depression in elderly patients with congestive heart failure. Int J Geriatr Psychiatry 1991; 24: 59-71.
9. Resina I.A. Viyavlenie sostoyaniy depressii i trevogi, kachestvo jizni u bolnix s xronicheskoy serdechnoy nedostatochnostyu Aktualnie voprosi voennoy i prakticheskoy meditsini. Sb. trudov II nauchno-prakticheskoy konferentsii vrachey Privoljsko-Uralskogo voennogo okruga. Orenburg 2001. (In Russ)
10. Sullivan M.D., Levy W.C., Russo JE et al. Depression and health status in patients with advanced heart failure: a prospective study in tertiary care. J Card Fail 2004; 10 (5): 390-6.
11. Fulop G. Congestive heart failure and depression in older adults: clinical course and health services use 6 months after hospitalization.
12. Vinson J.M., Rich M.W., Sperry J.C., et al. Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. J Am Geriatr Soc. 1990; 38: 1290-1295.
13. Rich M.W., Beckham V., Wittenberg C., Leven C.L., Freedland K.E., Carney R.M. A multi-disciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. N Engl Med. 1995; 333: 1190-1195.
14. Renzo Rozzini, Tony Sabatini, Giovanni B. Frisoni, Marco Trabucchini. Depression and major outcomes in older patients with heart failure. Archives of Internal Medicine February 2002 162(11): 362-363.
15. Jiang W., Alexander J., Christopher E., Kuchibhatla M., Gaudlen L.H., Cuffe M.S., Blazing M.A., Davenport C., Califf R.M., Krishnan R.R., O'Connor C.M. Relationship of Depression to Increased Risk of Mortality and Rehospitalization in Patient With CHF Archives of Internal Medicine August 13-27 2001; 161(15): 1849-56.
16. Abramson J., Berger A., Krumholz H.M., Vaccarino V. Depression and risk of heart failure among older persons with

- isolated systolic hypertension. Archives of Internal Medicine, 2001 Jul 23;161(14):1725-30.
17. Clary GL, Davenport C, Biracree D et al. J Am Coll Cardiol 2002; 39 (Suppl. A): 1134-56.
 18. Deanfield JE, Shea M, Kensett M et al. Lancet 1984; 2: 1001-9.
 19. Wei Jiang, Jude Alexander, Eric Christopher et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. Arch Intern Med 2001; 161: 1849-56.
 20. Himelhoch S, Weller WE, Wu AW et al. Chronic medical illness, depression, and use of acute medical services among Medicare beneficiaries. Med Care 2004; 42 (6): 512-21.
 21. Rumsfeld JS, Havranek E, Masoudi FA et al. Depressive symptoms are the strongest predictors of short term declines in health status in patients with heart failure. J Am Coll Cardiol 2003; 42 (10): 1811-7.
 22. Carels RA. The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. Qual Life Res 2004; 13 (1): 63-72.
 23. Sullivan MD, Newton K, Hecht J et al. Depression and health status in elderly patients with heart failure: a 6month prospective study in primary care. Am J Geriatr Cardiol 2004; 13 (5): 252-60.
 24. Gottdiener JS, Krantz DS, Howell RH et al. J Am Coll Cardiol 1994; 24: 1645-51.
 25. Murberg TA, Bru E, Aarsland T et al. Functional status and depression among men and women with congestive heart failure. Int J Psychiatry Med 1998; 28: 273-91.
 26. Vaccarino V, Kasl S, Abramson J et al. Krumholz depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. J Am Coll Cardiol 2001; 38: 199-205.
 27. Murberg TA, Furze G. Depressive symptoms and mortality in patients with congestive heart failure: a sixyear followup study. Med Sci Monit 2004; 10 (12): CR643-8.
 28. Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E et al. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. J Am Coll Cardiol 2004; 43: 1542-9.
 29. Murberg T.A., Bru E., Svebak S., Tveteras R., Aarsland T. Depressed mood and subjective symptoms as predictors of mortality in patients with congestive heart failure: a two-years follow-up study. Int J Psychiatry Med.1999; 29: 311-326.

Поступила 09.09. 2019