



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

6 (80) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

6 (80)

2025

июнь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.05.2025, Accepted: 10.06.2025, Published: 15.06.2025

УДК 616.89-072.8: 616.127-005.8

ПРОГНОЗ ВЕРОЯТНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ФОНЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Н.Б. Мухамадиева <https://orcid.org/0000-0002-1678-6787>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Определение интеграции между соматической патологией и возникновения аффективных расстройств требует проведения мероприятия по оценке степени риска возникновения депрессивных расстройств с определением тревожных состояний, сниженного настроения. В случае выявления депрессивных расстройств необходимо определить клиническую характеристику (ведущий компонент депрессивной триады, вид аффекта, наличие суицидальных компонентов, степени тяжести) депрессии и назначение соответствующего лечения антидепрессантами при согласовании его кардиологом и психиатром одновременно

Ключевые слова: ИБС, депрессия, факторы риска, коморбидность, интегрированная оценка

ЮРАК-ТОВАР ПАТОЛОГИЯСИ ФОЙДАГИ АФФЕКТИВ БУЗИШЛАРНИНГ ШАКЛЛАНИШ ЭТИЛИМИ БАШОРАТИ

Н.Б. Мухамадиева

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Соматик патология ва аффектив бузилишларнинг пайдо бўлиши ўртасидаги интеграцияни аниқлаш хавотирли ҳолатлар ва тушқун кайфиятни аниқлаш билан депрессив бузилишларнинг пайдо бўлиш хавфи даражасини баҳолаш чораларини ўтказишни талаб қилади. Депрессив бузилишлар аниқланганда, депрессиянинг клиник хусусиятларини (депрессив триаданинг етакчи компоненти, таъсир тури, ўз жонига қасд қилиш компонентларининг мавжудлиги, зўравонлик) аниқлаш ва бир вақтнинг ўзида кардиолог ва психиатрнинг розилиги билан антидепрессантлар билан тегишли даволанишни буюриш керак

Калит сўзлар: юрак ишемик касаллиги, депрессия, хавф омиллари, коморбидлик, интеграцияланган баҳолаш

PROGNOSIS OF THE PROBABILITY OF FORMATION OF AFFECTIVE DISORDERS AGAINST THE BACKGROUND OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

N.B. Mukhamadieva

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Determination of the integration between somatic pathology and the occurrence of affective disorders requires an event to assess the degree of risk of occurrence of depressive disorders with the definition of anxiety states, depressed mood. In case of detection of depressive disorders, it is necessary to determine the clinical characteristics (the leading component of the depressive triad, the type of affect, the presence of suicidal components, the severity) of depression and prescribe appropriate treatment with antidepressants with the approval of a cardiologist and a psychiatrist simultaneously

Keywords: coronary heart disease, depression, risk factors, comorbidity, integrated assessment

Актуальность

Аффективные расстройства (АР) относятся к числу наиболее часто встречающихся видов психической патологии. По разным эпидемиологическим данным, аффективными расстройствами, в частности, депрессиями страдают от 4 до 10 % населения в мире [3, 9]. Широкая распространенность депрессивных расстройств соотносима с наиболее тяжелыми соматическими заболеваниями. Последствия депрессий в отсутствие лечения чрезвычайно тяжелы и включают раннюю смертность от различных соматических заболеваний, нетрудоспособность (инвалидность), которая более значительна, чем вызываемая такими распространенными хроническими заболеваниями, как сахарный диабет или хронические коллагенозы. Доклады ВОЗ указывают на то, что депрессивные расстройства входят в число заболеваний, вызывающих наиболее значимую потерю — активных лет жизни за счет болезни и инвалидизации. Депрессивные расстройства также значительно повышают риск суицида и суицидальных попыток.

АР часто являются коморбидным другим, соматическим, заболеваниям, и в таких случаях заболевания двух разных сфер - психической и соматической - усугубляют друг друга, порой приводя к тяжелым последствиям. Среди больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями частота сопутствующей депрессии составляет 22–33%. У 17-27% пациентов с ишемической болезнью сердца, проходящих процедуру коронарной ангиографии, выявляются депрессии, а у больных в постинфарктном периоде депрессии обнаруживаются в 16-45% случаев. Наличие депрессии у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями не только осложняет течение и терапию этих расстройств, но и сокращает продолжительность жизни больных. Понятно и прогнозируемо, что наиболее выраженные эмоциональные расстройства наблюдаются у больных, перенесших инфаркт миокарда, так как даже при удовлетворительном самочувствии диагноз инфаркт миокарда ассоциируется у человека с угрозой для жизни. Наряду с тревожными опасениями за здоровье, появляются мрачные мысли о будущем, подавленность, страх перед возможной инвалидностью, тревожные мысли о благополучии семьи. Без соответствующего вмешательства эти нарушения закрепляются и сохраняются в течение одного года у 25% выживших. По другим данным, психические нарушения констатировались в 28% случаев. У 50% больных наблюдалась интенсификация невротических черт [6-8].

Развитие и течение психических расстройств зависит от многих факторов: условия жизни больного, вредные привычки, повторные ишемические эпизоды, степень поражения миокарда, провоцирующие факторы, поддержка соматического здоровья в динамике, поддержка близких. Сложные взаимоотношения указанных факторов объясняют многообразные проявления психических расстройств, развивающихся на фоне инфаркта миокарда [1-4].

Каскад патофизиологических изменений, характерный для развития депрессивного расстройства, сопоставим с метаболическими изменениями при развитии кардиоваскулярной патологии, в частности инфаркта миокарда. Следовательно, не исключена возможность обратного влияния острого нарушения коронарного кровообращения как острого стрессорного воздействия, активирующего симпатoadреналовую систему, в качестве фактора, провоцирующего развитие аффективной симптоматики. Кроме того, как при депрессии, так и при инфаркте миокарда возрастает уровень каспазной активности плазмы крови, с одной стороны, отражающий выраженность процессов апоптоза, а с другой - уровень эндогенной интоксикации. Помимо этого, в процессе развития инфаркта миокарда апоптотической гибели подвергается часть кардиомиоцитов ишемизированной зоны (Saraste A., Pulkki K., Kallajoki M. et al., 1997). Развивающиеся при ИМ апоптоз и медиаторные нарушения способны влиять на метаболизм биологически активных веществ в головном мозге [5-9].

В экономически развитых странах ежедневно внезапно умирает около 2500 человек, причем, только в 2-5% случаев смерть наступает в медицинских учреждениях (Бойцов С.А. и соавт. 2011 г). В мире ежегодно около 3 млн. человек умирает внезапно при возможности выживания не более 1% [6]. По данным Американской Ассоциации сердца (2018 г), в течение 6 лет после инфаркта миокарда (ИМ), несмотря на оптимальное лечение, 18% мужчин и 35% женщин переносят повторный ИМ, 7% мужчин и 6% женщин внезапно умирают, 22% мужчин и 46% женщин становятся инвалидами из-за развития тяжелой сердечной недостаточности (СН). Вероятность успешной реанимации внезапно умерших вне стационара даже в экономически

развитых странах составляет не более 5% случаев. На сегодняшний день результаты многочисленных исследований позволили выделить три основных момента, определяющих прогноз жизни больных, перенесших ИМ: резидуальная ишемия миокарда, левожелудочковая дисфункция и электрическая нестабильность миокарда [2-4].

Дифференцированная психофармакотерапия аффективных расстройств у больных ССЗ приводит к более ранней и значимой нормализации психологического состояния, потенцирует эффект антигипертензивных средств и улучшает клиническое течение ССЗ [11, 12, 14].

Цель исследования: настоящего исследования явилось интегрированная оценка факторов риска возникновения аффективных расстройств и разработка алгоритма по оценке степени риска возникновения депрессии.

Материал и метод

Объектом исследования были больные с ИБС, госпитализированные в стационар (754 больных). Для достижения поставленной цели из этой когорты были отобраны больные с наличием депрессивных расстройств. Из всего числа больных у 31% (233) были обнаружены симптомы депрессии (основная группа). Для сравнительного анализа в контрольную группу были включены больные с ИБС без депрессивных расстройств - 108 единиц наблюдения. Было осуществлено клинико-динамическое наблюдение за больными после выписки из стационара с контролем состояния через 1, 3, 6 месяцев и через 1 год.

Статистическую обработку данных осуществляли в два этапа:

- 1) подготовка к статистическому анализу;
- 2) собственно статистический анализ.

Подготовка к статистическому анализу включало изучение типов анализируемых переменных (учетных признаков), вида распределения каждого признака и формулировку задачи.

На втором этапе осуществляли выбор конкретного статистического метода в зависимости от трех основных факторов, изученных на первом этапе:

- типа анализируемых учетных признаков;
- характера распределения анализируемых признаков;
- числа и типа изучаемых выборок (зависимые или независимые).
- Критериями нормального распределения были следующие параметры:
- среднее значение, мода и медиана признака примерно равны;
- около 68% значений признака находится в интервале $M \pm \sigma$, 95% - в интервале $M \pm 2\sigma$, 99% - в интервале $M \pm 3\sigma$.
- Нормальное распределение признака симметрично относительно своего значения.

Поскольку более 80% анализируемых количественных признака были нормально распределенными, в основу статистического анализа были положены методы параметрической статистики.

Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке с помощью методов вариационной параметрической и непараметрической статистики с расчетом средней арифметической изучаемого показателя (M), среднего квадратического отклонения (σ), стандартной ошибки среднего (m), относительных величин (частота, %), статистическая значимость полученных измерений при сравнении средних величин определялась по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P) при проверке нормальности распределения (по критерию эксцесса) и равенства генеральных дисперсий (F – критерий Фишера). За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $P < 0,05$. Статистическая значимость для качественных величин вычислялась с помощью χ^2 критерий (хи-квадрат) и z -критерий (Гланц С., 1998) по следующей формуле:

$$z = (p_1 - p_2) \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{p(1-p) \cdot (n_1 + n_2)}}$$

где $p_1 = \mu_1/n_1$ и $p_2 = \mu_2/n_2$ сравниваемые опытные частоты, а $p = (\mu_1 + \mu_2)/(n_1 + n_2)$ средняя частота появления признака по обоим группам.

Первым и важным этапом, анализа рисков, является построение таблицы сопряженности. Схематично таблица сопряженности выглядит таким образом:

Схема таблицы сопряженности

Фактор риска	Исследуемый эффект (исход)		Всего
	есть	нет	
Есть	a	b	A
Нет	c	d	B
Всего	C	D	Q

Относительный риск, ОР (англ. *relative risk, RR*) – отношение частоты наблюдаемого исхода у лиц, подвергавшихся и не подвергавшихся воздействию факторов риска. Относительный риск не несет информации о величине абсолютного риска (заболеваемости). Даже при высоких значениях относительного риска абсолютный риск может быть совсем небольшим, если заболевание редкое. Относительный риск показывает силу связи между воздействием и заболеванием. При $OR > 1$ вероятность развития неблагоприятного исхода в основной группе выше, а при $OR < 1$ ниже, чем в контрольной.

Определение факторов и прогнозирования риска возникновения ДС у больных ИБС проводилось с помощью вероятностного метода Байеса – нормированных интенсивных показателей (Маматкулов Б., Искандаров Т.И.1994).

Для определения силы влияния различных факторов на развитие ДС и его прогрессирование среди обследованного контингента, были вычислены показатели «относительного» риска. Относительный риск – это отношение показателей заболеваемости в группе лиц, подвергавшихся влиянию изучаемого фактора, к тем же показателям у лиц, не подверженных влиянию этого фактора.

Статистический анализ материала осуществлялся путем вычисления интенсивных, экстенсивных показателей, средних величин.

Результат и обсуждение

Изучение отдельных конкретных факторов, способствующих развитию АР, не позволяет в целом оценить степень их влияния. Поэтому необходимо проведение интеграции факторов и оценки влияния их в комплексе на развитие ДС.

Нами проведена интегрированная оценка факторов развития ДС с учетом степени риска. Для чего был использован метод нормированных показателей (НИП) – вероятностный метод Байеса.

Исходные данные для интегрированной оценки риска развития ДС по каждому фактору представлены в виде прогностической таблицы (табл.2). Она включает в себя все отобранные на основании критерия Стиюдента для прогнозирования факторы и их градации и значения (X), показатели интегрированной оценки риска в зависимости от силы влияния отдельного фактора (X'), показатели относительного риска по каждому фактору (R) и сумму их по комплексу факторов ($\sum R_n$), а также нормирующую величину которая принята за 1. Как видно из таблицы, наиболее значимыми факторами, способствующими развитию ДС, являются наличие семейных проблем (ОР -16,3) такие как материальная ответственность в семье, смерть близкого человека, родительское насилие, разводы. Следующими по значимости факторами, являются семейный статус больного (ОР-10,5), наличие сопутствующих заболеваний (8,1), употребление алкоголя (4,1), социальный статус больного (ОР-3,6), уровень образования (ОР-2,8). Среди эмоционально неустойчивых пациентов риск развития ДС в 3,3 раза выше, чем среди эмоционально устойчивых, наличие психотравмирующих факторов также могут способствовать развитию ДС (ОР-2,6), у больных с отягощенной наследственностью по психическим заболеваниям риск развития ДС в 2,2 раза выше, чем среди тех, у кого наследственность не отягощена. Чем позже оказывается первичная медицинская помощь, тем выше риск развития ДС (ОР-1,6), относительно выше риск развития ДС у больных, ведущих пассивный образ жизни (ОР-1,6), а также среди, перенесших ИБС повторно (ОР-1,4)

Выявив наиболее значимые факторы риска развития ДС у больных с ИБС, мы определили возможный диапазон риска по комплексу вышеуказанных факторов. Диапазон риска в нашем случае находится в пределах 9,7 – 49,23, отсюда следует, что чем выше будет величина интегрированного показателя в результате воздействия комплекса исследуемых факторов (P),

тем выше вероятность риска развития ДС у больного ИБС, и больше оснований для выделения его в группу неблагоприятного прогноза.

Для выделения лиц с разной вероятностью риска диапазон разделен на три интервала: наименьший, средний, наибольший. Соответственно по диапазонам выделены также и группы прогноза: группа относительно благоприятного прогноза, группа внимание, группа неблагоприятного прогноза (табл.3).

Таблица 2

Факторы	Градации факторов	НИП (X)	показатель OR риска (R)	Интегрированный показатель риска (X')
Пол	мужчины	64,4	1,8	115,9
	женщины	35,6		64,1
Возраст	До 50 лет	25,7	1,7	43,7
	51-60 лет	44,7		76,0
	Старше 60 лет	29,6		50,3
Социальное положение	рабочие	19,7	3,6	70,9
	служащие	15,0		54,0
	работники села	19,7		70,9
	предприниматели	9,9		35,6
	члены семьи	35,6		128,1
Образование	среднее	47,6	2,8	133,2
	среднее специальное и нез.	35,2		98,5
	высшее	17,2		48,2
Характер труда	преимущественно физический	70,4	2,3	162,0
	преимущественно умственный	29,6		68,0
Занимаемая должность	Руководящая	39,0	1,6	62,4
	Исполняющая	61,0		97,6
Семейный статус	Женат/замужем	35,6	10,5	373,8
	Вдова/ец, разведен/а	58,8		617,4
	Не женат/ незамужем	5,6		58,8
Отношение в семье	доброжелательные	39,8	1,5	59,7
	недоброжелательные	60,2		90,3
Отношения вне семьи, на работе, с друзьями	доброжелательные	40,0	1,5	60,0
	недоброжелательные	60,0		90,0
Тип личности	Эмоционально устойчивый	23,2	3,3	76,6
	Эмоционально неустойчивый	76,8		253,4
Психотравмирующие факторы	нет	27,9	2,6	72,5
	есть	72,1		187,5
Наследственность по	Отягощена	21,4	2,2	47,1
	Не отягощена	9,9		21,8

психическим заболеваниям				
Курит	да нет	55,0 45,0	1,2	66,0 54,0
Употребление алкоголя	да нет	80,3 19,7	4,1	329,2 80,7
Образ жизни	пассивный активный	61,5 39,5	1,6	98,4 63,2
Наличие сопутствующих их заболеваний	Гипертоническая болезнь Эндокринные заболевания Ожирение Заболевания почек Заболевания ЖКТ Хронический гепатит Цереброваскулярные заболевания ЧМТ Другие заболевания	62,6 28,7 29,2 7,7 38,6 65,6 18,9 12,9 21,5	8,1	507,1 232,5 236,5 62,4 312,7 531,4 153,1 104,5
Кратность ИМ	Первичный повторный	41,2 58,8	1,4	57,7 82,3
Время оказания специализиро ванной помощи	До 1 часа Более 1 часа	39,1 60,9	1,6	62,6 97,4
Нормирующая величина (М) =1,0		Сумма показателей относительного риска (Rn)=79,8		

Таблица 3

Диапазон риска развития ДС

Вероятность риска	Диапазон	Прогноз
Наименьшая	9,7 – 22,87	Относительно благоприятный
Средняя	22,88 – 36,05	Внимание
Наибольшая	36,06 – 49,23	Неблагоприятный

Таким образом, использование прогностической таблицы позволяет выявить степень вероятности риска развития ДС среди больных ИБС. Она позволит кардиологам, а также врачам первичного звена выявлять симптомы ДС на более ранних стадиях ИБС.

Разработка критериев для оценки риска развития ДС среди больных ИБС позволит своевременно выявлять ДС и корректировать лечение больных ИБС с учетом ДС.

Результат и обсуждение

После ишемической кардиальной атаки, принявшей характер ИБС, пациент госпитализируется в стационар. Так как депрессия является частым состоянием, возникающем в послеинфарктном периоде, и во многом осложняет период лечения и реабилитации, то целесообразно уже в первые часы после поступления пациента в клинику провести мероприятия, по оценке степени риска возникновения депрессивных расстройств. Важно, что это могут осуществить даже врачи-непсихиатры.

При первичном сборе анамнестических сведений у самого пациента или его близких необходимо сделать акцент на таких моментах, как отсутствие высшего образования, отсутствие собственной семьи, пристрастие к вредным привычкам (в частности, курение), плохие условия

жизни, наличие в качестве сопутствующих заболеваний хронического гепатита, церебрального атеросклероза и/или ожирения, отягощенность семейного анамнеза психическими заболеваниями, длительность ишемической атаки более 15 минут, наличие попыток самостоятельно безуспешно купировать болевой синдром. Выявление перечисленных факторов позволяет отнести пациента в группу риска по возникновению экзогенной депрессии.

В таком случае целесообразно уже в условиях реанимации начинать проведение антидепрессивной терапии для превенции развития депрессии. Вероятно, с учетом того, что наиболее часто встречается тревожно-заторможенный вариант депрессии, препаратами выбора в превентивных целях должны стать антидепрессанты с выраженным анксиолитическим действием.

Следующим шагом является использование опросника Мини-Мульт для определения типа личности пациента, и шкал Гамильтона и/или Монтгомери Асберга для выявления, возможно, уже развившейся депрессии и определения степени ее тяжести. Понятно, что этот шаг становится возможен лишь при состоянии пациента, позволяющем ему отвечать на вопросы исследователя. Поводом для отнесения пациента в группу риска по возникновению постинфарктной депрессии служит преобладание в структуре его личности тревожных и психастенических черт. В этом случае также целесообразно проведение превентивной антидепрессивной терапии антидепрессантами с выраженным анксиолитическим действием.

Заключение

Так как наибольшее число манифестов депрессии приходится на первую неделю после перенесенной ишемической атаки, использование шкалы Монтгомери-Асберга целесообразно, на наш взгляд, ежедневно в течение первой недели для своевременного выявления депрессивных расстройств у всех без исключения пациентов, перенесших ИБС. В случае выявления депрессивных расстройств необходимо определить степень их тяжести (также по шкале Монтгомери-Асберга) и клиническую характеристику (ведущий компонент депрессивной триады, вид аффекта, наличие суицидальных компонентов), для чего необходимо приглашать консультанта-психиатра. С учетом клинической картины постинфарктной депрессии необходимо назначение соответствующего лечения при согласовании его кардиологом и психиатром одновременно.

В случае обнаружения у пациента легкого или умеренного депрессивного эпизода необходима в плановом порядке консультация врача-психиатра для согласованного решения о назначении адекватной терапии. В дальнейшем необходимо производить клиническое наблюдение и продолжать использовать шкалу Монтгомери-Асберга для определения глубины депрессии. Это может в ежедневном порядке осуществляться палатным врачом-кардиологом с возможностью вызова врача-психиатра в случае необходимости.

В случае обнаружения у пациента тяжелого депрессивного эпизода необходим срочный вызов врача-психиатра, курирование этого больного консультантом-психиатром ежедневно, возможно установление круглосуточного медицинского поста около него для предупреждения аутоагрессивных действий и разрушительных действий, направленных вовне, а также решение вопроса о переводе в психиатрический стационар. При этом необходимо с помощью клинического наблюдения и шкалы Монтгомери-Асберга продолжать оценивать степень тяжести депрессивного эпизода. При редукции симптоматики и приобретения черт легкого или умеренного депрессивного эпизода допустимо наблюдение лишь врача-кардиолога, вызов консультанта-психиатра производится только в случае необходимости и для согласования терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. 336 с.
2. Колесников Д.Б., Рапопорт С.И., Вознесенская Л.А.// Современные взгляды на психосоматические заболевания// Клиническая медицина, №7. 2014

3. Коцюбинский А.П. Холистический подход к диагностике психических расстройств// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2015. — №4. — С.22-32.
4. Краснов В.Н. Проблема современной диагностики депрессий// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012;11(2):3–10.
5. Краснов В.Н., Палеев Н.Р. Психосоматика в контексте развития интегративной медицины// Альманах клинической медицины. 2014, 35, 84-88.
6. Козлова С.Н., Марченко А.А., Краснов А.А., Язенок А.В. Сердечно-сосудистая патология при психических расстройствах // Монография. Санкт-Петербург. -ООО «Издательство «СпецЛит». - 2019. – 110 с.
7. Малыгин, Я.В. Многофакторная модель поведения пациентов по обращаемости за медицинской помощью при депрессивных и невротических расстройствах // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119. – № 1-2. – С. 17-21.
8. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология. М.: Медицинское информационное агентство; 2005.
9. G. Jarilkasinova, N. Mukhamadiyeva Correlation analysis of clinical and dynamic features of psychopathological conditions of patients in a multidisciplinary hospital. BIO Web of Conferences 121, 03021 (2024).
10. N. B. Mukhamadiyeva, European Journal of Molecular and Clinical Medicine 7(11), 418-426 (2020)
11. Mukhamadiyeva N.B., Tuksanov Sh.A. [Priorities of mental and physical health problems in internist's practice](#). ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal 12 (5), 533-537
12. Mukhamadiyeva N.B. [Development of an algorithm for assessing the risk of depression after ischemic attack](#)// European Journal of Molecular & Clinical Medicine 7 (11), 2020.
13. Wittchen H.U., Jacobi F. Et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010// Eur Neuropsychopharmacol. — 2011. — Vol.21. — № 9. — P. 655-679.

Поступила 20.05.2025