

ОСОБЛИВОСТІ СКРИНІНГУ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ НА ЕТАПІ КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД ФАКТОРА КУРІННЯ

Т.М. Соломенчук,
В.Л. Луцька, І.М. Бігун

Львівський національний медичний
університет імені Данила
Галицького, м. Львів

УДК: 616.89-008.19-06:616.132.2-008.64-
036.11-038:613.84]-08

Резюме. У статті проведено порівняльну оцінку динаміки показників тривоги і депресії за допомогою скринінгової шкали HADS у пацієнтів, які перенесли гострий коронарний синдром (ГКС), на етапі санаторного лікування залежно від статусу курця. Залежно від звички куріння всі пацієнти були розподілені на дві групи. До першої (I) групи увійшли пацієнти з фактором куріння (курці, $n=64$, середній вік — $54,94 \pm 1,6$ року), до другої (II) групи — хворі без фактора куріння (некурці, $n=50$, середній вік — $58,64 \pm 1,4$ року). Наприкінці санаторно-курортної реабілітації для оцінки динаміки досліджуваних показників група I була розподілена на дві підгрупи: IA — курці ($n=36$), які відмовились від куріння в процесі КР, та IB — курці ($n=28$), які продовжували курити. У курців, які відмовились від куріння в процесі кардіореабілітаційного лікування, спостерігалася найбільш виражена позитивна динаміка психоемоційного фону пацієнтів після перенесеного ГКС.

Ключові слова: фактор куріння, кардіореабілітація, гострий коронарний синдром, тривога, депресія.

Кардіореабілітація (КР) є важливим етапом у відновленні здоров'я серця і судин, покращенні загального фізичного стану, нормалізації психологічного та соціального функціонування пацієнтів після серцево-судинних захворювань (ССЗ). Згідно з настановами Американської кардіологічної асоціації (АНА), метою КР є виявлення, моніторинг та усунення факторів ризику, а також запобігання прогресуванню атеросклеротичного процесу, зниження захворюваності та смертності [1]. Відомо, що існує виражений взаємозв'язок між виразністю тривожно-депресивних розладів та зростанням ризику ускладнень ССЗ [2]. Зокрема, було доведено, що помірно виражена або важка депресія асоційована зі зростанням у понад 2 рази ризику розвитку гострого коронарного синдрому, серцево-судинної смерті чи необхідності в проведенні процедури реваскуляризації [2].

Водночас залишається недостатньо вивченим вплив фактора куріння на динаміку психоемоційного стану пацієнтів після перенесеного гострого коронарного синдрому (ГКС) на етапі реабілітаційного лікування.

Мета дослідження. Провести порівняльну оцінку динаміки показників тривоги та депресії в пацієнтів, які перенесли ГКС, на етапі КР залежно від статусу курця.

Матеріали та методи

Для вирішення поставлених завдань обстежено 124 кардіореабілітаційних пацієнти віком від 37 до 68 років (середній вік — $57,40 \pm 5,8$ року), які перенесли ГКС до 28 днів тому та проходили програму КР. Залежно від звички куріння всі пацієнти були розподілені на дві групи. I група сформована з 68 реабілітаційних хворих віком від 37 до 68 років (середній вік — $56,70 \pm 6,1$ року) з фактором куріння, II група — 56 пацієнтів без фактора куріння віком від 47 до 67 років (середній вік — $58,29 \pm 5,37$ року). Наприкінці санаторного етапу реабілітації для оцінки динаміки досліджуваних показників група I була розподілена на дві підгрупи: IA — пацієнти-курці ($n=38$), які відмовились від куріння в процесі КР, та IB — пацієнти-курці ($n=30$), які продовжували курити.

На початку програми КР та в динаміці реабілітаційного лікування в пацієнтів, включених у дослідження, проводили оцінку рівня депресії та тривоги за допомогою скринінгової шкали HADS (The

Hospital Anxiety and Depression Scale) [272]. Шкала складається з чотирнадцяти тверджень, які поділяються на дві підшкали: «тривога» (непарні — 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і «депресія» (парні — 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації виразності ознаки від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягала в підрахунку сумарного показника за кожною підшкалою з подальшою інтерпретацією результатів: 0-7 — норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії); 8-10 — субклінічно виражені тривога чи депресія; 11 і вище — клінічно виражені тривога чи депресія.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми Statistica (версія 10.0) і Microsoft Excel 2016. Визначили, що досліджувані параметри мали гаусівський розподіл, тому отримані результати наведено у вигляді середніх арифметичних показників та їх похибок ($M \pm m$). Для порівняння показників застосовували параметричний критерій Стьюдента. Достовірною вважалася різниця при $p < 0,05$.

Результати дослідження та обговорення

Встановлено, що в динаміці відновлювального лікування відмічено поступове зниження середнього бала депресії у всіх досліджуваних пацієнтів. Однак у підгрупі курців, що продовжували курити (ІБ), спостерігалася лише тенденція до зниження (відповідно з $10,87 \pm 2,49$ до $9,7 \pm 2,64$ б., $p > 0,05$). У підгрупі ІА та ІІ групі цей показник знижувався достовірно, відповідно — з $9,47 \pm 2,53$ до $7,32 \pm 1,95$ б., $p < 0,05$ (ІА) та з $9,14 \pm 1,97$ до $6,82 \pm 1,54$ б., $p < 0,05$ (ІІ) (рис. 1).

Отримані результати щодо змін рівня середнього бала депресії узгоджуються з показниками її клінічної вираженості, які після санаторного лікування поступово знижувалися у всіх групах. Зокрема, у підгрупі курців, які припинили курити (ІА),

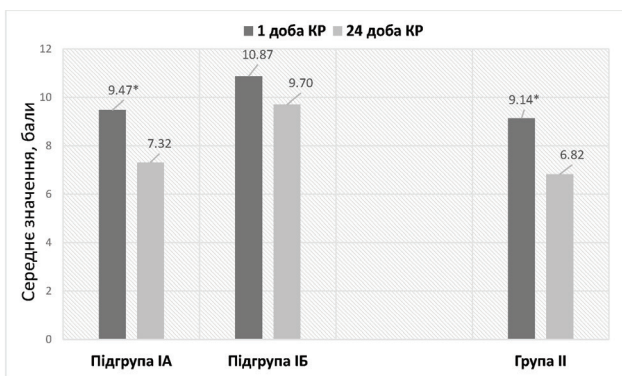


Рис. 1. Динаміка середнього бала депресії за шкалою HADS у реабілітаційних хворих упродовж програми санаторного лікування

Примітка: * — $p < 0,05$ — достовірність різниці між показниками після реабілітаційного лікування.

спостерігалась найбільш виражена позитивна динаміка. Частка пацієнтів із проявами клінічно вираженої депресії зменшилася в 3 рази і становила відповідно $10,5\%$ (з $31,58 \pm 4,12\%$ до $10,53 \pm 1,45\%$, $p < 0,05$). У групі некурців (ІІ) відмічалось зменшення таких пацієнтів у 2,2 рази. Їх частка наприкінці КР становила $10,7\%$ (відповідно з $23,21 \pm 3,75\%$ до $10,71 \pm 1,12\%$, $p < 0,05$). Найменш виражена динаміка спостерігалась у персистуючих курців, у яких достовірного зниження осіб із клінічно вираженою депресією взагалі не відбулось (відповідно з $50,00 \pm 5,56\%$ до $40,00 \pm 5,23\%$, $p > 0,05$). Подібна тенденція спостерігалась серед пацієнтів із відсутністю симптомів депресії. Відмічалось достовірне збільшення кількості пацієнтів без проявів депресії майже в 1,7 рази в підгрупі ІА (відповідно з $31,58 \pm 4,42\%$ до $55,26 \pm 6,28\%$, $p < 0,05$) та в 3 рази в групі ІІ (відповідно з $21,43 \pm 3,68\%$ до $62,50 \pm 6,89\%$, $p < 0,05$) після завершення програми КР. У підгрупі ІБ спостерігалось певне збільшення таких пацієнтів, однак без достовірної значущості (відповідно з $10,00 \pm 2,08\%$ до $26,67 \pm 3,87\%$, $p > 0,05$) (табл. 1).

Аналіз динаміки виразності тривоги засвідчив ефективне зниження її рівня в реабілітаційних хворих наприкінці санаторно-курортного лікування. Зокрема, у підгрупі курців, які успішно припинили курити (ІА), відмічали значне достовірне зниження рівня тривоги на $30,5\%$ (відповідно з $8,37 \pm 2,20$ до $5,82 \pm 1,75$, $p < 0,05$), а в групі некурців (ІІ) — на $27,1\%$ (відповідно з $8,04 \pm 1,72$ до $5,86 \pm 1,23$, $p < 0,05$). Варто зазначити, що в підгрупі пацієнтів, що продовжували курити (ІБ), також спостерігалось достовірне зниження тривожності на $17,1\%$ (відповідно з $9,73 \pm 2,12$ до $8,07 \pm 1,96$, $p < 0,05$) на відміну від вираженості депресії, яка тільки дещо знизилась (рис. 2).

Аналіз динаміки поширеності клінічної виразності тривоги наприкінці санаторного лікування також показав її суттєве зниження у всіх групах, однак із різною виразністю. Зокрема, у групі некурців (ІІ) спостерігалась найбільш виражена позитивна динаміка. Частка пацієнтів

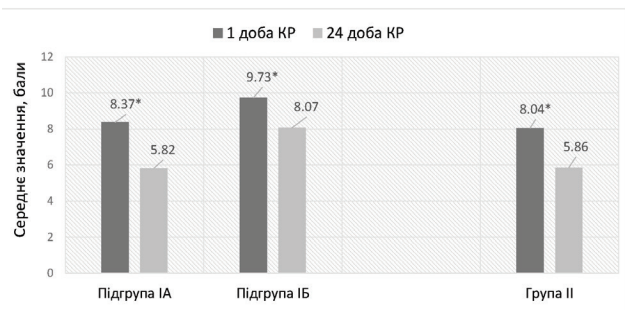


Рис. 2. Рівень середнього бала тривоги за шкалою HADS у реабілітаційних хворих на старті програми санаторного лікування

Примітка: * — $p < 0,05$ — достовірність різниці між показниками після реабілітаційного лікування.

Таблиця 1. Динаміка показників клінічної вираженості депресії в реабілітаційних хворих після перенесеного гострого коронарного синдрому залежно від звички куріння

Вираженість депресії	Термін спостереження		Δ, %
	1-ша доба КР	24-й день КР	
<i>Підгрупа ІБ (n=30)</i>			
Відсутні симптоми	3 (10,00%)	8 (26,67%)	166,67
Субклінічно виражена	12 (40,00%)	10 (33,33%)	-16,67
Клінічно виражена	15 (50,00%)	12 (40,00%)	-20,00
<i>Підгрупа ІА (n=38)</i>			
Відсутні симптоми	12 (31,58%)*	21 (55,26%)	75,00
Субклінічно виражена	14 (36,84%)	13 (34,21%)	-7,14
Клінічно виражена	12 (31,58%)*	4 (10,53%)	-66,67
<i>Група ІІ (n=56)</i>			
Відсутні симптоми	12 (21,43%)*	35 (62,50%)	192,67
Субклінічно виражена	31 (55,36%)	15 (26,79%)	-51,61
Клінічно виражена	13 (23,21%)*	6 (10,71%)	-53,85

Примітка: * — $p < 0,05$ – достовірність різниці показників наприкінці реабілітації.

без проявів тривоги достовірно збільшилась у 3,3 рази після завершення КР та досягла 64% (з $19,64 \pm 3,54\%$ до $64,28 \pm 6,22\%$, $p < 0,05$). Частки хворих із субклінічними та клінічно вираженими проявами тривоги достовірно знизилась приблизно вдвічі (з $53,54 \pm 5,32\%$ до $26,78 \pm 3,64\%$, $p < 0,05$) і втричі (з $26,78 \pm 4,36\%$ до $8,93 \pm 1,92\%$, $p < 0,05$) відповідно. У підгрупі курців, що відмовились від куріння (ІА), кількість пацієнтів із відсутніми симптомами

тривоги збільшилась в 1,7 рази (з $39,47 \pm 4,78\%$ до $68,42 \pm 6,88\%$, $p < 0,05$) та зменшилась в 1,8 рази частка пацієнтів із субклінічно вираженою тривогою (з $52,63 \pm 5,14\%$ до $28,95 \pm 4,36\%$, $p < 0,05$). У підгрупі персистуючих курців (ІБ) достовірна позитивна динаміка стосувалась лише хворих із клінічно вираженою депресією, кількість яких знизилась у 2,8 рази (з $46,67 \pm 5,08\%$ до $16,67 \pm 3,48\%$, $p < 0,05$) (табл. 2).

Таблиця 2. Динаміка показників клінічної вираженості тривоги в реабілітаційних хворих після перенесеного ГКС залежно від звички куріння

Показник вираженості тривоги	Термін спостереження		Δ, %
	1-ша доба КР	24-й день КР	
<i>Підгрупа ІБ (n=30)</i>			
Відсутні симптоми	6 (20,00%)	9 (30,00%)	50,00
Субклінічно виражена	10 (33,33%)	16 (53,33%)	60,00
Клінічно виражена	14 (46,67%)*	5 (16,67%)	-64,28
<i>Підгрупа ІА (n=38)</i>			
Відсутні симптоми	15 (39,47%)*	26 (68,42%)	73,33
Субклінічно виражена	20 (52,63%)*	11 (28,95%)	-45,00
Клінічно виражена	(7,90%)	1 (2,63%)	-50,00
<i>Група ІІ (n=56)</i>			
Відсутні симптоми	11 (19,64%)*	36 (64,28%)	227,27
Субклінічно виражена	30 (53,57%)*	15 (26,79%)	-50,00
Клінічно виражена	15 (26,79%)*	5 (8,93%)	-66,67

Примітка: * — $p < 0,05$ – достовірність різниці показників наприкінці реабілітації.

Аналіз психоемоційного стану в реабілітаційних хворих засвідчив істотно гірший профіль у пацієнтів із фактором куріння, що в подальшому перешкоджає їх успішній відмові від куріння. Подібні результати описані в метааналізі CARTA-consortium, у якому досліджували взаємозв'язок куріння з тривожно-депресивними розладами [3]. Було встановлено, що персистуючі курці мали в 1,85 раза більші шанси депресії (95% CI, 1,65-2,07), в 1,71 раза вищу ймовірність тривоги (95% CI, 1,54-1,90) та в 1,69 раза більшу ймовірність психологічного стресу (95% CI, 1,56-1,83) порівняно з тими, що ніколи не курили. При цьому в колишніх курців також спостерігалась більша ймовірність депресії, тривоги та психоемоційних розладів, ніж в осіб, які ніколи не курили. Автори аналізу наголошують на виявленій позитивній взаємозв'язок між рівнем нікотинової залежності та ступенем депресивно-тривожних розладів. За даними дослідження А.Е Taylor et al. [3], куріння є незалежним предиктором депресії в пацієнтів із нещодавно перенесеним ГКС (особливо в перші 3 місяці після кардіальної події). Зокрема, у післяінфарктних пацієнтів куріння підвищувало ймовірність діагностування вираженої депресії

в 4,3 раза (95% CI, 1,12-16,46; $p < 0,05$), а загальних психоемоційних розладів – у 8 разів (95% CI, 2,35-27,46; $p < 0,01$).

Також у дослідженні Zhaoping Wu et al. [4] було встановлено, що чим більший стаж куріння та вище сигаретне навантаження на день, тим вищий ризик депресії. Тоді як припинення куріння пов'язане зі зниженням ризику депресії.

Висновки

На старті відновного лікування в підгрупі персистуючих курців (ІБ) кожен другий пацієнт має клінічно виражену депресію та тривогу ($50,32 \pm 4,86\%$ та $46,67 \pm 5,08\%$). Успішна відмова від куріння наприкінці програми КР значно покращує психоемоційний фон реабілітаційних хворих.

Перспективи подальших досліджень полягають у встановленні відносних ризиків неефективного кардіореабілітаційного лікування залежно від рівня тривожно-депресивних розладів та фактора куріння в пацієнтів, що перенесли гостру коронарну подію на етапі санаторної КР.

Список використаної літератури

1. Brunner EJ et al. Depressive disorder, coronary heart disease, and stroke: dose-response and reverse causation effects in the Whitehall II cohort study. *Eur. J. Prev. Cardiol.* 2014;21(3):340-346.
2. Shah AJ et al. Sex and age differences in the Association of Depression With Obstructive Coronary Artery Disease and adverse cardiovascular events. *J. Am. Heart Assoc.* 2014;3(3):741.
3. Taylor AE, Fluharty ME, Bjorngaard JH. Investigating the possible causal association of smoking with depression and anxiety using Mendelian randomisation meta-analysis: the CARTA consortium. *BMJ Open [Internet]*. 2014;4(10). DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006141
4. Zhaoping Wu et al. A cross-sectional study of smoking and depression among US adults: NHANES (2005–2018). *Front Public Health.* 2023;11:1081706.

FEATURES OF THE SCREENING FOR ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS AFTER ACUTE CORONARY SYNDROME AT THE STAGE OF REHABILITATION DEPENDING ON THE SMOKING FACTOR

T.M. Solomenchuk, V.L. Lutska, I.M. Bihun

Abstract. The article presents a comparative assessment of the dynamics of anxiety and depression indicators using the HADS screening scale of patients with a history of acute coronary syndrome (ACS) during cardiac rehabilitation treatment depending on smoking factor. All patients have been divided into 2 groups according to smoking habit. Patients with smoking factor (smokers, $n=64$, average age 54.94 ± 1.6 years old) belonged to the 1st group, patients without smoking factor (non-smokers, $n=50$, average age, 58.64 ± 1.4 years old) belonged to the 2nd group. The 1st group was divided into 2 subgroups in the end of resort rehabilitation in order to evaluate dynamic of researched indices: IA – smokers ($n=36$), that gave up smoking during the process of cardiac rehabilitation (CR), and IB – smokers ($n=28$) that continued smoking. The most pronounced positive dynamics of the psycho-emotional background of patients after undergoing ACS was observed in smokers who gave up smoking during cardiorehabilitation treatment.

Keywords: smoking factor, cardiac rehabilitation, acute coronary syndrome, anxiety, depression.

Для цитування: Соломенчук ТМ, Луцька ВЛ, Бігун ІМ. Особливості скринінгу тривожно-депресивних розладів у пацієнтів після перенесеного гострого коронарного синдрому на етапі кардіореабілітації залежно від фактора куріння. Практикуючий лікар, 2024. № 1, с. 65-69. DOI: 10.31793/2413-5461.2024.13-1.65.

Адреса для листування: Соломенчук Тетяна Миколаївна, profsolomenchuk@ukr.net; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра сімейної медицини ФПДО, м. Львів, вул. Пекарська, 69, 79010, Україна. Луцька Віра Любомирівна, ravlikvira@ukr.net; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра сімейної медицини ФПДО, м. Львів, вул. Пекарська, 69, 79010, Україна. Бігун Ірина Михайлівна, irynabihun1981@gmail.com; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра сімейної медицини ФПДО, м. Львів, вул. Пекарська, 69, 79010, Україна.

Відомості про авторів: Соломенчук Тетяна Миколаївна, докторка медичних наук, професорка, завідувачка кафедри сімейної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0002-6153-0457. Луцька Віра Любомирівна, докторка філософії, асистентка кафедри сімейної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0003-1444-6399. Бігун Ірина Михайлівна, аспірантка кафедри сімейної медицини ФПДО, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0002-8667-8087.

Особистий внесок: Соломенчук Т.М. — генератор ідеї, супровід під час написання статті. Луцька В.Л. — збір та обробка матеріалу, написання статті. Бігун І.М. — збір первинного матеріалу, участь у написанні та оформленні статті до друку.

Фінансування: Стаття підготовлена в рамках бюджетного фінансування Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Декларація: Дана робота виконана в межах НДР «Вплив факторів ризику та інвазивних методів лікування на перебіг гострих і хронічних форм ішемічної хвороби серця», № державної реєстрації 0116U004512 та «Вплив артеріальної гіпертензії,

цукрового діабету 2 типу, надмірної маси, куріння та субклінічного гіпотиреозу на виникнення гострих і хронічних форм ішемічної хвороби серця», № державної реєстрації 0120U105778.

Проходження статті: Надійшла до редакції 08.01.2024 р., прийнята на друкування 11.01.2024 р., надрукована 29.03.2024 р.

For citation: Solomenchuk TM, Lutska VL, Bihun IM. Features of the screening for anxiety and depressive disorders in patients after acute coronary syndrome at the stage of rehabilitation depending on the smoking factor. The Practitioner, 2024. No 1, p. 65-69. DOI: 10.31793/2413-5461.2024.13-1.65.

Correspondence address: Solomenchuk Tetiana Mykolaivna, profsolomenchuk@ukr.net; Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Department of FPE Family Medicine, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine. Lutska Vira Lubomyrivna, pavlikvira@ukr.net; Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Department of FPE Family Medicine, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine. Bihun Irina Mykhaylivna, irynabihun1981@gmail.com; Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Department of FPE Family Medicine, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine.

Information about the authors: Solomenchuk Tetiana Mykolaivna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the of the Department of FPE Family Medicine, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-6153-0457. Lutska Vira Lubomyrivna, assistant of the Department of FPE Family Medicine, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0003-1444-6399. Bihun Irina Mykhaylivna, PhD student, Department of FPE Family Medicine, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-8667-8087. ORCID id: <https://orcid.org/0000-0002-8667-8087>

Personal contribution: Solomenchuk TM — an idea generator and support during the writing of the article. Lutska VL — interpretation of results, writing of an article. Bihun IM — support during the writing of the article.

Funding: No sources of funding.

Declaration of ethics: No conflict of interest.

Article: Received 08.01.2024, accepted 11.01.2024, published 29.03.2024.