

УДК 616.12-008.-616.1

Л.В. Распутіна¹, В.В. Распутін²**ЗАЛЕЖНІСТЬ СТУПЕНЯ ДЕПРЕСІЇ ВІД ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА**¹Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,²Комунальний заклад «Вінницький регіональний центр серцево-судинної патології»

Резюме. Метою нашої роботи було встановити поширеність депресії та її ступінь серед пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (ІМ) залежно від обраної тактики лікування. Проанкетовано 125 хворих на ІМ, середній вік (64,2±4,7) років. Пацієнтів розподілили на дві групи: I група – хворі на ІМ, котрим виконувалося черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ), n=52, середній вік (62,3±6,1) років; II група – (контрольна), пацієнти з ІМ, котрим не проводили ЧКВ, n=28, середній вік (65,4±5,4) років. Тривожно-депресивні розлади різного ступеня виявлені у 68 пацієнтів (54,4 %). Серед хворих, котрим виконували ЧКВ – у 40 пацієнтів (47 %). У I групі пацієнтів переважали чоловіки (p=0,05), до основних чинників, що здатні впливати на появу тривожно-

депресивних змін у цій групі слід віднести супутню артеріальну гіпертензію (p=0,05) та цукровий діабет (p=0,05). Переважна більшість хворих у цій групі мали ознаки легкої «субклінічної» депресії. У групі хворих на ІМ, котрим не виконувалося ЧКВ, ознаки депресії виявлені у 27 осіб (67,5 %), однаково як у чоловіків, так і в жінок. Відзначається зв'язок між ступенем тяжкості депресії та перенесеним раніше ІМ (p=0,05), наявністю стенокардії в анамнезі (p=0,05), супутніми захворюваннями (p=0,001), частіше виявляється середнього ступеня депресія та тяжка депресія.

Ключові слова: інфаркт міокарда, депресія, стентування.

Вступ. Однією з актуальних проблем сучасної медицини є труднощі, що виникають у зв'язку з високою поширеністю депресивних та тривожних розладів серед населення, про що свідчать численні епідеміологічні дослідження. У ряді досліджень продемонстровано, що в осіб з ознаками депресії частіше розвиваються ішемічна хвороба серця (ІХС), інфаркт міокарда (ІМ), мозковий інсульт та раптова серцева смерть. Предикторами таких явищ є не тільки клінічно значущий великий депресивний розлад, але й маловиражені депресивні епізоди [2,10].

Взаємозв'язок між депресією та серцево-судинними захворюваннями відомий давно. У 1910 році сер Вільям Ослер описав типового пацієнта зі стенокардією, як людину, “...чий двигун працює на максимальних швидкостях...”.

З одного боку, ІХС та її можливі ускладнення можуть стати психотравмуючим чинником, що провокує депресію, а з іншого – тривожний стан і депресія асоціюються з рецидивними, тривалими нападами стенокардії, порушеннями серцевого ритму, високою частотою коронарних подій [1, 7, 9].

Депресія та серцево-судинні захворювання мають тісні взаємозв'язки. У хворих на депресію збільшується ризик розвитку ІХС, коронарної смерті [8, 11]. У пацієнтів з ІХС депресія трапляється частіше, ніж у середньому по популяції. Поширеність депресії серед хворих на ІХС становить приблизно 20 %, тобто кожен п'ятий пацієнт з ІХС страждає депресією. Особливо часто депресія спостерігається після перенесеного ІМ та операції аортокоронарного шунтування (АКШ). Поширеність депресії серед цієї категорії хворих становить близько 30 % [4, 5, 13].

Також існують дані, що в осіб з депресією ризик захворіти ІХС і перенести ІМ майже в 2 рази вище, ніж в осіб без депресії [2, 6, 12]. При-

чини цього активно вивчаються. Можливим патофізіологічним механізмом такого взаємозв'язку можуть бути порушення в системі згортання крові. Відомо, що у пацієнтів із депресією виявляються різні дефекти фізіологічних характеристик тромбоцитів, зокрема, підвищений рівень внутрішньоклітинного вільного кальцію, гіперчутливість серотонінових (5-HT) і катехоламінових рецепторів, гіперпродукція фактора 4 і бета-тромбоглобуліну. Такі зміни можуть сприяти підвищенню вазоконстрикції та більш активній агрегації тромбоцитів. Підвищений рівень катехоламінів у крові, характерний для хворих з тривожною і депресією, у свою чергу підвищує ризик активації тромбоцитів, процесів агрегації і подальшого тромбоутворення, тісно пов'язаних із розвитком гострих коронарних синдромів [10].

Депресія не тільки є фактором ризику розвитку ІХС, а й значно обтяжує клінічний перебіг ІХС, а також впливає на прогноз захворювання [3].

Останнім часом в Україні активно впроваджується мережа інтервенційних лабораторій, що дозволяє проводити реваскуляризацію міокарда. Кількість таких хворих значно зростає. Враховуючи актуальність даної проблеми, зростання частоти серцево-судинних захворювань та активне впровадження в лікування хворих на ІМ інтервенційних методів обстеження, дана проблема потребує подальшого вивчення.

Мета дослідження. Встановити поширеність депресії та її ступінь серед пацієнтів з гострим ІМ залежно від обраної тактики лікування.

Матеріал і методи. Дизайн дослідження складено відповідно до рекомендацій Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (Наказ МОЗ України від 25 грудня 2014 р. № 1003). Скринінг об-

стеження проведено шляхом опитування за опитувальником PHQ – 2 (табл. 1).

Пацієнти, що позитивно відповіли хоча б на одне питання опитувальника, були проанкетовані за допомогою опитувальника PHQ-9, що дозволяє провести оцінку тяжкості депресії. Опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire – PHQ-9) – шкала самооцінки депресії з дев'яти пунктів, ефективна в діагностиці вегето-депресивних розладів (ВДР), так само як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів (табл. 2).

У всіх пацієнтів оцінювали ступінь депресії відповідно до загальної кількості балів, набраних за опитувальником PHQ-9 (табл. 3).

На першому етапі за допомогою анкети PHQ – 2 було проанкетовано 125 пацієнтів з ІМ, середній вік ($64,2 \pm 4,7$) років. Анкетування проводили на 7-10-ий день перебування хворих у відділенні. Характеристика обстежених представлена в таблиці 4. Критеріями включення було: чоловіки та жінки, старше 35 років, гострий ІМ з елевацією сегмента ST, відсутність інших серйозних захворювань на момент включення, у тому числі хронічних захворювань у стадії декомпенсації, що могли суттєво вплинути на стан пацієнта, бажання до співпраці.

На наступному етапі 80 пацієнтів відповіли на питання опитувальника PHQ – 2. Всі проанкетовані пацієнти були розподілені на дві групи: І група – пацієнти з ІМ, котрим виконувалось

Таблиця 1

Опитувальник скринінгу депресії (Patient Health Questionnaire PHQ-2)

Запитання		Відповідь	Відповідь
1	Чи часто у Вас був знижений настрій, туга або почуття безнадійності упродовж останнього місяця?	Так	Ні
2	Чи часто Ви помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай Вас цікавили або приносили Вам задоволення, упродовж останнього місяця?	Так	Ні

Таблиця 2

Опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire - PHQ-9)

ГПП _____ Дата _____					
Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? (свою відповідь позначте «√»)		Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже кожного дня
1.	Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
2.	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3.	Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
4.	Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
5.	Поганий апетит чи навпаки – переїдання	0	1	2	3
6.	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7.	Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8.	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
9.	Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
Сума					
загальний бал = _____					

Таблиця 3

Оцінка ступеня тяжкості депресії

Загальний бал	Тяжкість депресії
0-4	Депресія відсутня
5-9	Легка («субклінічна») депресія
10-14	Помірної тяжкості депресія
15-19	Середньої тяжкості депресія
20-27	Тяжка депресія

Таблиця 4

Характеристика обстежених пацієнтів

Характеристика	Пацієнти з ІМ, n=125
Середній вік, роки	(64,2±4,7)
Чоловіки	78 (62,4 %)
Жінки	47 (37,6 %)
Пенсіонери	62 (49,6 %)
Особи, зі встановленою інвалідністю	15 (12 %)
Працюючі на момент госпіталізації	48 (38,4 %)
Госпіталізовані в стаціонар вперше (з приводу будь-яких захворювань)	98 (78,4 %)
Тромболісис	8 (6,4 %)
Реваскуляризація міокарда (ургентне стентування)	64 (51,2 %)
Обтяжена спадковість по серцево-судинних захворюваннях	32 (25,6 %)
Обтяжена спадковість по цукровому діабету	12 (9,6 %)
Паління	45 (36 %)
Цукровий діабет, з медикаментозною корекцією	49 (39,2 %)
Ожиріння	34 (27,2 %)
Артеріальна гіпертензія	98 (78,4 %)
Стенокардія в анамнезі	41 (32,8 %)
ІМ в анамнезі	19 (15,2 %)

Таблиця 5

Порівняльна характеристика обстежених контингентів залежно від обраної тактики лікування

Характеристика	I група, n=52	II група, n=28
Середній вік, роки	62,3±6,1	65,4±5,4
Чоловіки	41 (78,8 %)	12 (42,8 %)
Жінки	11 (21,2 %)	16 (57,2 %)
Паління	21 (40,3 %)	9 (32,1 %)
Цукровий діабет	11 (21,1 %)	5 (17,8 %)
Ожиріння	13 (25 %)	9 (32,1 %)
Артеріальна гіпертензія	43 (82,6 %)	21 (75 %)
Стенокардія в анамнезі	15 (28,2 %)	16 (57,1 %)
ІМ в анамнезі	6 (11,5 %)	8 (28,5 %)

ЧКВ, у всіх випадках це була ургентна коронарографія та подальше стентування інфарктзалежної коронарної артерії, n=52, середній вік (62,3±6,1) років; II група - (контрольна), пацієнти з ІМ, котрим не проводили ЧКВ (відмова пацієнта, госпіталізація після 12 годин), n=28, середній вік

(65,4±5,4) років. Характеристика обстежених представлена в таблиці 5.

Статистична обробка отриманих результатів виконана на персональному комп'ютері за допомогою пакета статистичних програм SPSS 12.0 для Windows, Grand Pack, Serial Number 9593869)

(Бююль А., Цефель П., 2005., Наследов А. Д., 2007). Використовували непараметричні тести (U-тест Манна-Уїтні для двох незалежних змінних (виборок), тест Уїлкоксона для порівняння двох залежних змінних (виборок), кореляційний аналіз проведено за методом Кендалла.

Результати дослідження та їх обговорення.

На першому етапі нашої роботи встановлено, що на питання опитувальника для скринінгу депресивних розладів PHQ-2 позитивно відповіли 80 пацієнтів (64,3 %) (рис. 1).

Серед осіб, що позитивно відповіли хоча б на одне питання опитувальника, були 27 жінок (33,8 %), середній вік ($64,9 \pm 7,2$) років, та 53 чоловіки (76,2 %), середній вік – ($59,3 \pm 6,1$) років. Серед осіб, що позитивно відповіли на питання опитувальника PHQ-2, переважали особи, що були вперше госпіталізовані з приводу будь-якого захворювання впродовж останнього року 64 (80 %), мали супутні захворювання, зокрема: цукровий діабет – 38 (47,5 %), артеріальну гіпертензію – 78 (97,5 %). Достовірної різниці між кількістю позитивних відповідей на питання опитувальника та даними анамнезу не встановлено.

На наступному етапі ми проанкетували всіх пацієнтів, що позитивно відповіли на питання PHQ-2 за допомогою опитувальника PHQ-9, для оцінки ступеня тяжкості депресії. Встановлено, що 12 осіб (15 %) набрали від 0 до 4 балів згідно з опитувальником PHQ-9, що заперечує наявність у них депресії (рис. 2). У 25 пацієнтів (31,3 %) при підрахунку балів виявилось від 5 до 9 балів, що відповідає легкій «субклінічній» депресії.

У той же час, у 20 хворих (25 %) відзначались ознаки депресії помірної тяжкості, що відповідає 10-14 балам. Шістнадцять пацієнтів (20 %) набрали від 15 до 19 балів, що відповідає середньому ступеню тяжкості депресії. А також було 7 пацієнтів (8,7 %), що набрали від 20 до 27 балів та відповідно мали прояви тяжкої депресії.

Ми проаналізували, як впливало проведення ЧКВ на частоту депресії та її ступінь. Встановле-

но, що в I групі 12 осіб (23,1 %) набрали від 0 до 4 балів згідно з опитувальником PHQ-9, що свідчить про відсутність депресії взагалі, 17 пацієнтів (32,7 %) набрали від 5 до 9 балів, що свідчить про легку «субклінічну депресію»; 14 хворих (26,9 %) – від 10 до 14 балів, що свідчить про помірний ступінь депресії; 9 пацієнтів (17,3 %) набрали від 15 до 19 балів, це є свідченням депресії середньої тяжкості. Слід відзначити, що в цій групі обстежених були відсутні взагалі пацієнти з тяжкою депресією (табл. 6).

У II групі один хворий (3,6 %) набрав від 0 до 4 балів, що свідчить про відсутність депресії. Встановлено, що легкий ступінь або «субклінічну» депресію діагностовано в 5 осіб (17,9 %) другої групи. Ознаки помірної тяжкості депресії виявлені у 3 хворих (10,7 %), середньої тяжкості депресія – у 8 пацієнтів (28,6 %). Та найбільшу групу склали пацієнти, що набрали 20-27 балів за опитувальником PHQ-9, котрих можна віднести до тяжкої депресії, а саме 11 хворих (39,2 %).

Таким чином, перш за все слід відзначити, що у хворих на ІМ, котрим виконували стентування інфарктзалежної коронарної артерії (I група) ознаки депресивних розладів виявлено у 40 пацієнтів (47 %). У I групі пацієнтів переважали чоловіки ($p=0,05$), до основних чинників, що, на нашу думку, здатні впливати на появу тривожно-депресивних змін у цій групі, слід віднести супутню артеріальну гіпертензію ($p=0,05$) та цукровий діабет ($p=0,05$). Переважна більшість хворих у цій групі мали ознаки легкої «субклінічної» депресії.

У групі хворих на ІМ, котрим не виконувалось ЧКВ (II група), ознаки депресії виявлені у 27 осіб (67,5 %). Тривожно-депресивні розлади діагностували однаково як у чоловіків, так і в жінок. Відзначається зв'язок між ступенем тяжкості депресії та перенесенням раніше ІМ ($p=0,05$), наявністю стенокардії в анамнезі ($p=0,05$), супутніми захворюваннями ($p=0,001$). Особливу увагу за-

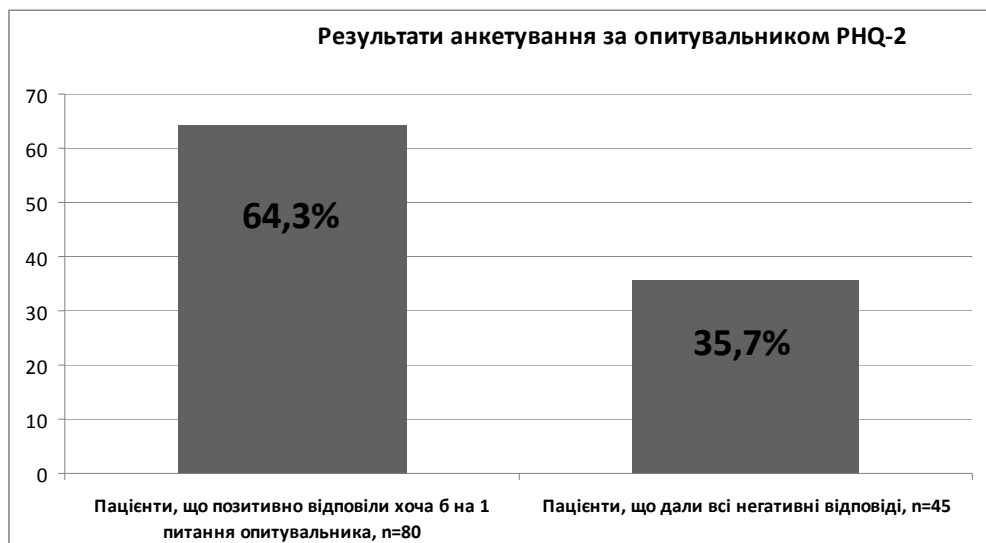


Рис. 1. Результати опитування за скринінгом депресії відповідно до опитувальника PHQ-2

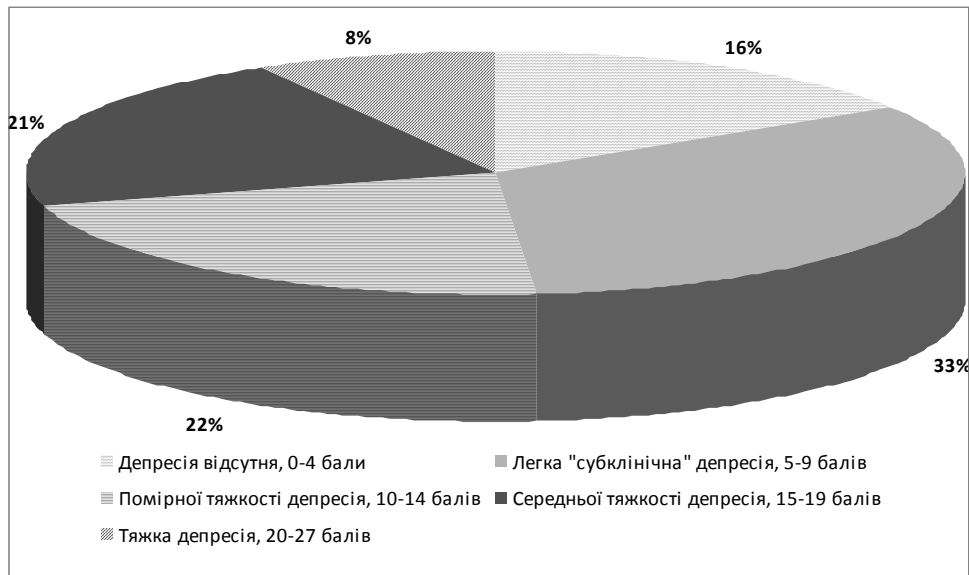


Рис. 2. Розподіл хворих на гострий інфаркт міокарда відповідно до ступеня депресії після аналізу опитувальника PHQ-9

Таблиця 6

Ступінь депресії у різних групах обстежених залежно від вибраної тактики лікування гострого інфаркту міокарда

Ступінь депресії за опитувальником PHQ-9	I група (пацієнти після черезшкірного коронарного втручання), n=52	II група (пацієнти без черезшкірного коронарного втручання), n=28
Депресія відсутня, 0-4 бали	12 (23,1 %)*	1 (3,6 %)
Легка "субклінічна" депресія, 5-9 балів	17 (32,7 %)*	5 (17,9 %)
Помірної тяжкості депресія, 10-14 балів	14 (26,9 %)	3 (10,7 %)
Середньої тяжкості депресія, 15-19 балів	9 (17,3 %)	8 (28,6 %)
Тяжка депресія, 20-27 балів	0	11 (39,2 %)*

Примітка. * – різниця достовірна при $p=0,05$

слуговує той факт, що в цій групі пацієнтів переважну більшість склали особи, що мали середнього ступеня депресію та тяжку депресію, а отже, потребують спеціалізованої допомоги.

Висновки

1. Діагностика тривожно-депресивних розладів потребує активного впровадження у практичну діяльність кардіологів та сімейних лікарів, що курірують пацієнтів після перенесеного інфаркту міокарда.

2. Збільшення кількості хворих після черезшкірних коронарних втручань, безумовно, певним чином зменшує кількість пацієнтів із тривожно-депресивними розладами. Нами встановлено, що в цілому депресія різного ступеня виявлена у 68 пацієнтів (54,4 %), отже, більш ніж половина опитаних нами осіб потребують додаткової допомоги.

3. У хворих на інфаркт міокарда після стентування інфаркт-залежної артерії, депресія виявлена у 40 осіб (47 %). Частіше це були «субклінічні» прояви захворювання. У пацієнтів

з інфарктом міокарда, котрим не виконувалося черезшкірного коронарного втручання, тривожно-депресивні розлади діагностовано у 27 осіб (67,5 %). У цій групі переважали особи, що мали тяжку та середнього ступеня депресію.

Перспективи подальших досліджень. До перспектив подальших досліджень слід віднести вивчення предикторів тривожно-депресивних розладів у пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи, особливо після хірургічного лікування. Розроблення та впровадження інструментів діагностики, а також етапна медикаментозна та психологічна допомога сприятимуть зменшенню впливу даного стану на перебіг інфаркту міокарда.

Література

1. Боро С.Я. Изучение психологических особенностей и стереотипов поведения как факторов риска ишемической болезни сердца в связи с ее профилактикой / С.Я. Боро, Л.А. Блакитная, Т.В. Цыганок // Ж. психиатрии и мед. психологии. – 2004. – № 4 (14). – С. 113-117.

2. Ігнатів М.Ю. До питання щодо терапії тривожно-депресивних розладів неспіхотичного регістру, коморбідних із серцево-судинними захворюваннями / М.Ю. Ігнатів, М.В. Маркова, Є.М. Марченко // Нов. мед. і фармації. – 2007. – № 1 (205). – С. 68.
3. Коваль І.А. Патопсихологічні симптоми у соматичних пацієнтів з ішемічною хворобою серця / І.А. Коваль // Пробл. сучас. психол. – 2012. – № 17. – С. 166-173.
4. Набибулліна Р.Р. Взаємозв'язок механізмів психологічної захисти з формириванням пограничних психічних расстройств у больних артеріальної гіпертензії / Р.Р. Набибулліна // Казан. мед. ж. – 2005. – Т. 86, № 5. – С. 364-367.
5. Расулов М.М. Роль психических и социальных факторов в развитии ишемической болезни сердца / М.М. Расулов, М.Т. Тохиров, М.К. Нурбеков // Рос. мед. ж. – 2003. – № 4. – С. 53-55.
6. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей / А.Б.Смулевич. – М.: Мед. информ. агентство, 2001. – 256 с.
7. Стаднік С.М. Тривожно-депресивні розлади у пацієнтів з кардіальною патологією / С.М. Стаднік // НейроNEVS: психіатрія і нейропсихіатрія. – 2014. – № 6 (61). – С. 62-64.
8. Напрєєнко О.К. Тривожні та депресивні розлади в кардіологічній практиці / О.К. Напрєєнко, О.С.Юрєнюк, О.Ю. Поліщук // Укр. вісн. психоневроз. – 2008. – Т. 16, № 3/4. – С. 57-60.
9. Шмалій В.І. Клініко-інструментальні особливості у хворих на ІХС з порушенням ритму серця в поєднанні з депресивними розладами / В.І. Шмалій // Гал. лікар. вісник. – 2005. – Т. 12, № 4. – С. 123-125.
10. Юрєнюк О. С. Акцентуовані властивості особистості у пацієнтів з ішемічною хворобою серця та коморбідними депресивними і тривожними розладами / О.С. Юрєнюк // Клін. та експерим. патол. – 2011. – Т. X, № 3 (37). – С.148-152.
11. Albert C. M. Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women / C.M. Albert, C.U. Chae // Circulation. – 2005. – № 111. – P. 480-487.
12. Kuhl U. Viral persistence in the myocardium is associated with progressive cardiac dysfunction / U. Kuhl, M. Pauschinger, B. Seeberg // Circulation. – 2005. – Vol. 112. – P. 1965-1970.
13. Kang H.K. Risk of selected cardiovascular diseases and posttraumatic stress disorder among former World War II prisoners of war / H.K. Kang, T.A. Bullman, J.W. Taylor // Annals of epidemiology. – 2006. – Vol. 16 (5). – P. 381-386.

ЗАВИСИМОСТЬ СТЕПЕНИ ДЕПРЕССИИ ОТ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Л.В. Распутина¹, В.В. Распутин²

Резюме. Целью нашей работы было установить распространенность депрессии и ее степень среди пациентов с острым инфарктом миокарда (ИМ) в зависимости от тактики лечения. Проанкетировано 125 пациентов с ИМ, средний возраст (64,2±4,7) года. Пациентов разделили на две группы: I группа – пациенты с ИМ, которым проводили чрезкожное коронарное вмешательство (ЧКВ), n=52, средний возраст (62,3±6,1) года; II группа - (контрольная), пациенты с ИМ, которым не проводили ЧКВ, n=28, средний возраст (65,4±5,4) года. Тревожно-депрессивные расстройства разной степени диагностировали у 68 пациентов (54,4 %). В I группе преобладали мужчины (p=0,05). Основные факторы, которые способствовали возникновению тревожно-депрессивных изменений в этой группе - сопутствующая артериальная гипертензия (p=0,05) и сахарный диабет (p=0,05). Большинство пациентов в этой группе имели признаки легкой «субклинической» депрессии. В группе больных с ИМ без ЧКВ признаки депрессии диагностировали в 27 пациентов (67,5 %), одинаково часто у мужчин и женщин. Отмечается связь между степенью тяжести депрессии и перенесенным в анамнезе ИМ (p=0,05), наличием стенокардии в анамнезе (p=0,05), сопутствующими заболеваниями (p=0,001), чаще диагностировали депрессию средней степени тяжести и тяжелую депрессию.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, депрессия, стентирование.

THE DEPENDENCE OF THE DEPRESSION LEVEL ON THE TREATMENT STRATEGY IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION(AMI)

L.V. Rasputina¹, V.V. Rasputin²

Abstract. The purpose of our work is to establish the depression prevalence and its level among patients with acute myocardial infarction depending on the chosen treatment strategy. We have questioned 125 patients with AMI, average age (64,2 ±4,7) years old. The patients were divided into 2 groups -1 group – patients with AMI who experienced the myocardial revascularization, n=52, average age (62,3±6,1) years old, 2 group – (decisive), patients with AMI who did not pass the myocardial revascularization, n=28, average age (65,4±5,4) years old. The anxiety-depressive disorders of different level were found among 68 patients (54,4 %). Among the patients who passed – 40 patients (47 %). In the 1 group of patients prevailed men (p=0,05), to the key factors that can influence the emerge of the anxiety-depressive changes in this group should be included the concomitant hypertension (p=0,05) and diabetes (p=0,05). The majority of the patients in this group had the signs of mild subclinical depression. In the group of patients with AMI who did not pass the myocardial revascularization the signs of the depression were found among 27 patients (67,5 %), equally among men and women. The connection between the severity level of depression and the previous AMI (p=0,05), the existence of the history of angina (p=0,05), the comorbidities (p=0,001) is discovered, medium level of depression and severe depression are more often founded.

Key words: myocardial infarction (AMI), depression, stenting.

¹ M.I. Pyrohov National Medical University (Vinnytsia)

² Municipal institution "Regional Center of Cardiovascular Pathology" (Vinnytsia)