

СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, КОМОРБІДНУ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Вакалюк І. І.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", м. Івано-Франківськ, Україна

Серцево-судинна патологія залишається провідною причиною смертності та інвалідизації населення світу та України, зокрема. Існує цілий ряд чинників, які сприяють зростанню кардіо-васкулярного ризику. Серед них провідне місце займають психоемоційні розлади, які обумовлюють зростання серцево-судинної смертності та знижують загальну оцінку якості життя таких пацієнтів. Метою роботи було оцінити стан психічного здоров'я хворих на стабільну ІХС залежно від наявності та прогресування НАЖХП. Об'єктом дослідження стали 300 хворих на стабільну ІХС, серед яких виділяли 160 осіб без НАЖХП (І група) та 140 осіб із НАЖХП (ІІ група). Серед хворих ІІ групи виявляли пацієнтів на НАЖГ (ІІА група) та НАСГ (ІІБ група). Оцінку стану психічного здоров'я пацієнтів проводили за допомогою українських версій Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та опитувальника здоров'я PHQ-15. Аналіз отриманих результатів виявив чіткі закономірності змін стану психічного здоров'я обстежених хворих залежно від наявності та перебігу НАЖХП. Зокрема, у хворих І групи сумарна частка тривожних розладів складала 65%. При НАЖХП виявлено переважання ознак депресивних психічних порушень. При цьому, найбільш значимі прояви як у відсотковому значенні, так і по клінічній симптоматиці спостерігали у групі осіб із НАСГ. Більше того, загальний бал оцінки здоров'я пацієнтів зростає у міру прогресування проявів тривоги та депресії. Таким чином, психічне здоров'я хворих на стабільну ІХС достовірно залежить від наявності та прогресування НАЖХП. Зокрема, за умов відсутності НАЖХП у хворих на стабільну ІХС характерним є наявність тривожно-депресивних психічних розладів із переважанням тривожного компоненту. При поєднанні стабільної ІХС та НАЖХП сумарна частка психічних порушень характеризується домінуванням депресивних розладів, найбільш виражених у хворих на НАСГ.

Ключові слова: стабільна ішемічна хвороба серця, неалкогольна жирова хвороба печінки, тривожно-депресивні розлади

Вступ. Серцево-судинна патологія залишається провідною причиною смертності та інвалідизації населення світу та України, зокрема [2, 4]. Існує цілий ряд чинників, які сприяють зростанню кардіо-васкулярного ризику. Серед них провідне місце займають психоемоційні розлади [9]. У рекомендаціях Європейського товариства кардіологів (2012) визначено, що конфлікти та хронічний стрес підвищують серцево-судинний ризик у 2,7-4 рази. При цьому, депресія обумовлює зростання ризику кардіо-васкулярних ускладнень у 1,9 рази та погіршує прогноз у 2,4 рази [10]. Більше того, доведено, що тривожні розлади мають місце у 20-25% населення Європи, а патологічна тривога виникає у 30-40% пацієнтів терапевтичного профілю. Зокрема, дослідження КООРДИНАТА виявило наявність клінічно значимої тривожної та депресивної симптоматики у 30-38% хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС). При цьому, депресія обумовлювала зростання ризику виникнення кардіо-васкулярних подій в 1,6 рази [1]. У дослідженні Hanssen T. A. et al. доведено, що 15-20% хворих, які перенесли інфаркт міокарда мають субклінічні прояви депресії, що суттєво впливає на якість їхнього життя [11]. Корнацький В. М. та співавтори у своєму дослідженні (2015) зробили висновок, що у 61,61% пацієнтів із серцево-судинною патологією мають місце тривожні, депресивні та поєднані розлади, які, в сукупності, знижують загальну оцінку якості життя [2].

Таким чином, оцінка якості життя є невід'ємною складовою частиною комплексного підходу до лікування хворих у сучасній медичній практиці, а наявність серцево-судинного захворювання, особливо в умовах коморбідності патології, обумовлює необхідність розробки комплексного підходу до надання медичної допомоги таким хворим.

Мета роботи – оцінити стан психічного здоров'я хворих на стабільну ІХС залежно від наявності та прогресування НАЖХП.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження стали 300 хворих на стабільну ІХС, які перенесли гострий коронарний синдром більше 3 місяців тому. За даними детального клініко-діагностичного обстеження хворі були розподілені за наявністю НАЖХП. Зокрема, було виділено 160 осіб без НАЖХП (І група) та 140 осіб із НАЖХП (ІІ група). Серед хворих із НАЖХП у 89 пацієнтів виявляли неалкогольний жировий гепатоз (НАЖГ) (ІІА група); у 51 пацієнта – неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) (ІІБ група).

Діагноз стабільної ІХС був верифікований за даним електрокардіографії, результатами коронарографії та наявності в анамнезі перенесеного інфаркту міокарда відповідно до уніфікованого клінічного протоколу "Стабільна ішемічна хвороба серця" (Наказ МОЗ України № 152 від 02.03.2016 року) [3]. Діагноз НАЖХП

встановлювали відповідно до уніфікованого клінічного протоколу “Неалкогольний стеатогепатит” (Наказ МОЗ України № 826 від 06.11.2014 року) [7], Адаптованої клінічної настанови “Неалкогольна жирова хвороба печінки” [5], згідно з рекомендаціями Європейської асоціації з вивчення печінки (EASL), Європейської асоціації з вивчення діабету (EASD), Європейської асоціації з вивчення ожиріння (EASO) [8].

Оцінку стану психічного здоров'я пацієнтів проводили за допомогою українських версій Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та опитувальника здоров'я PHQ-15, які хворі заповнювали власноруч, відповідно до уніфікованого клінічного протоколу “Депресія” (Наказ МОЗ України № 1003 від 25.12.2014 року) [6].

Шкала HADS включала 14 запитань, що були згруповані у 2 шкали – тривоги та депресії. Хворий давав відповідь на запропоноване питання, кожне з яких оцінювалось від 0 до 3 балів. Загальний бал підраховували окремо по кожній шкалі. При цьому виділяли три рівня значень: 0-7 балів – норма; 8-10 балів – субклінічна тривога/депресія; 11 балів та вище – клінічно виражена тривога/депресія. Опитувальник PHQ-15 містив 15 питань щодо стану здоров'я пацієнта. Хворий давав відповідь на запропоноване питання, кожне з яких оцінювалось від 0 до 2 балів. При інтерпретації результатів оцінювали загальний бал. Опитування пацієнтів проводили на базі обласного клінічного кардіологічного диспансеру та центральної міської клінічної лікарні м. Івано-Франківська.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програмного забезпечення – табличного процесора “Microsoft Excel” та пакета прикладних програм “Statistica” v. 10.0 StatSoft, USA. Оцінку вірогідності розходження середніх величин проводили за допомогою парного t-критерію Стьюдента. Середні величини подані у вигляді ($M \pm m$), де M – середнє значення показника, m – стандартна похибка середнього. Результати вважали статистично достовірними при значенні $p < 0,05$.

Результати та обговорення. Аналіз отриманих результатів виявив чіткі закономірності змін стану психічного здоров'я обстежених хворих залежно від наявності

та перебігу НАЖХП, як за шкалою тривоги HADS, так і за шкалою депресії HADS (таблиця 1). Зокрема, у хворих I групи сумарна частка тривожних розладів складала 65%. Із них субклінічну тривогу спостерігали у понад 36% пацієнтів, натомість, клінічно виражена симптоматика тривоги мала місце майже у 29% хворих. У свою чергу, депресивні розлади у хворих I групи були менш вираженими та склали, у цілому, 59,37%.

За умов наявності НАЖХП відмічено переважання ознак депресивних психічних розладів. Зокрема, у хворих ІА групи субклінічну тривогу спостерігали майже в 38% випадків. Натомість субклінічна депресія виникала в понад 39% хворих, що на 18,8% перевищувало рівень у I групі ($p < 0,05$). У свою чергу, клінічно виражені прояви тривоги були лише в 32,59% пацієнтів ІА групи, а клінічно виражену депресію виявляли майже в 35% осіб, що було вище на 13,4% та 32,7% порівняно з I групою ($p < 0,05$) відповідно.

Найбільш значимі прояви психічних розладів виявлено у групі осіб із НАСГ. Причому, цю перевагу спостерігали як у відсотковому значенні, так і по клінічній симптоматиці. Зокрема, сумарна частка психічних порушень мала місце у понад 80% хворих ІБ групи. Частка тривожних розладів у них складала 80,39%. Із них субклінічна тривога виникала у 45% осіб, що було на 24,4% та 18,1% вище за показник у I та ІА групах ($p < 0,05$) відповідно. Натомість, відсоток депресивних розладів у хворих ІБ групи був найвищим, складаючи, при цьому, 88,24%, переважно за рахунок частки клінічно вираженої депресії. Зокрема, субклінічні депресивні порушення мали місце у 43,14% осіб ІБ групи, що переважало рівень у I та ІА групах на 30,3% та 10,0% ($p < 0,05$) відповідно. У свою чергу, клінічно виражена депресія виникала у понад 45% осіб ІБ групи та була вищою на 71,8% і 29,5% за показник хворих у I та ІА групах ($p < 0,05$) відповідно.

Враховуючи особливості психічних порушень в умовах коморбідності стабільної ІХС та НАЖХП, нами проведена оцінка стану здоров'я пацієнтів по опитувальнику PHQ-15 залежно від вираженості тривоги/депресії (рис. 1). Зокрема, якщо у хворих I групи при

Таблиця 1.

Оцінка стану психічного здоров'я хворих на стабільну ішемічну хворобу серця залежно від наявності та прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки за опитувальником HADS, ($M \pm m$)

| Показник, бали | I група (n=160) | | II група (n=140) | | | |
|----------------------------|-----------------|-----------|------------------|-----------|-----------------|-----------|
| | | | ІА група (n=89) | | ІБ група (n=51) | |
| | Число осіб | Частка, % | Число осіб | Частка, % | Число осіб | Частка, % |
| Шкала тривоги | | | | | | |
| Норма | 56 | 35,00 | 26 | 29,21 | 10 | 19,61 |
| Субклінічна тривога | 58 | 36,25 | 34 | 38,20 | 23 | 45,10 |
| Клінічно виражена тривога | 46 | 28,75 | 29 | 32,59 | 18 | 35,29 |
| Шкала депресії | | | | | | |
| Норма | 65 | 40,63 | 23 | 25,84 | 6 | 11,76 |
| Субклінічна депресія | 53 | 33,12 | 35 | 39,33 | 22 | 43,14 |
| Клінічно виражена депресія | 42 | 26,25 | 31 | 34,83 | 23 | 45,10 |

Примітки: – достовірність різниці порівняно з хворими I групи ($p < 0,05$);

– достовірність різниці порівняно з хворими ІБ групи ($p < 0,05$).

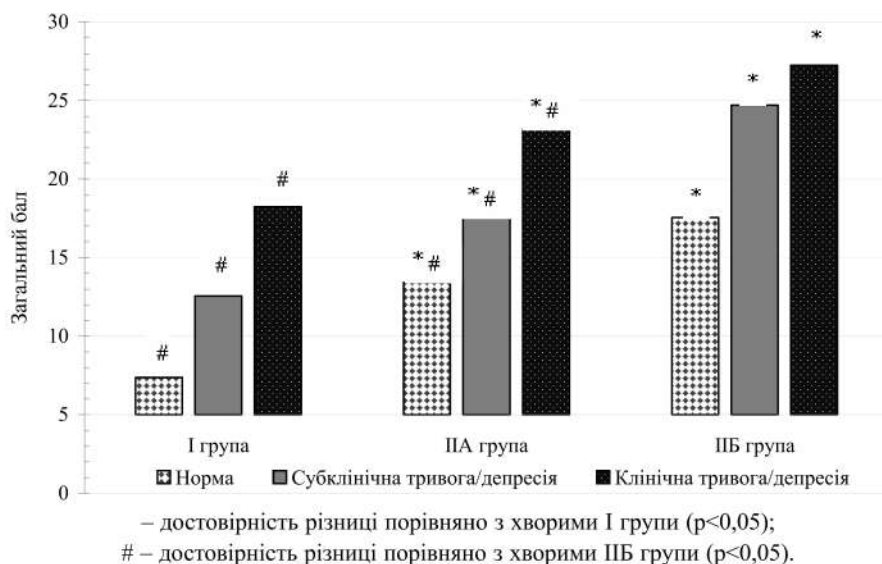


Рис. 1. Стан здоров'я обстежених хворих за загальним балом по опитувальнику PHQ-15.

субклінічних тривозі/депресії загальний бал оцінки здоров'я складав (12,56±1,48) балів, то в умовах клінічно виражених психічних порушень становив (18,23±1,54) балів.

При цьому, у хворих ПА групи цей показник був вищим на 40,4% та 27,2% при субклінічних та клінічно виражених розладах порівняно з І групою (p<0,05) відповідно. Натомість, у ПБ груп загальний бал був найвищим, складаючи, при цьому, (24,71±3,87) при субклінічних психічних порушеннях, що в 1,9 та 1,4 рази перевищує показник у І та ПА групах (p<0,05) відповідно. У свою чергу, при клінічно виражених тривозі/депресії загальний бал в осіб ПБ групи був на 49,5% та 17,5% вищим порівняно з хворими І та ПА груп (p<0,05) відповідно.

Висновки. 1. Психічне здоров'я хворих на стабільну ІХС достовірно залежить від наявності та прогресування НАЖХП.

2. Для хворих на стабільну ІХС без супутньої НАЖХП характерним є наявність тривожно-депресивних психічних розладів із переважанням тривожного компонента в 65% випадків.

3. За умов коморбідності стабільної ІХС та НАЖХП сумарна частка психічних порушень складає 80-88% та характеризується домінуванням депресивних розладів, найбільш виражених у хворих на НАСГ.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку. Розробка ефективних підходів до медикаментозної корекції та немедикаментозного впливу на стан здоров'я хворих на стабільну ІХС, поєднану з НАЖХП з метою підвищення якості та тривалості життя таких пацієнтів.

Конфлікт інтересів: немає ніякого конфлікту інтересів, який міг би завдати шкоди неупередженості дослідження.

Джерела фінансування: це дослідження не отримало ніякої фінансової підтримки від державної, громадської чи комерційної організації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца / Р. Г. Оганов, А. Д. Деев, Г. В. Погосова [и др.] // Кардиология. – 2011. – № 2. – С. 59-66.
2. Корнацький В. М. Вплив тривоги та депресії на якість життя хворих із серцево-судинною патологією / В.М. Корнацький, Д.М. Мороз // Буковинський медичний вісник. – 2015. – Том 19, № 4(76). – С. 84-88.
3. Кравченко В. В., Соколов М. Ю., Таласва Т. В. та ін. Уніфікований клінічний протокол "Стабільна ішемічна хвороба серця". Наказ МОЗ України № 152 від 02.03.2016 року [Електронне джерело]. Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/docfiles/dn_20150716_1dod.pdf.
4. Тривожно-депресивні розлади і контроль артеріальної гіпертензії: можливості фітотерапії / Т.М. Соломенчук, Н.А. Слаба, О. Ю. Климкович [та ін.] // Ліки України. – 2014. – № 7-8 (183-184). – С. 90-96.
5. Харченко Н. В., Ліщишина О. М., Анохіна Г. А. та ін. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах "Неалкогольна жирова хвороба печінки". – 2014 [Електронне джерело]. Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/docfiles/dod_akn_dn_20140616_2.pdf.
6. Хобзей М. К., Пінчук І. Я., Марценковський І. А. та ін. Уніфікований клінічний протокол "Депресія". Наказ МОЗ України № 1003 від 25.12.2014 року [Електронне джерело]. Режим доступу: http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20141225_1003dod.pdf.
7. Хобзей М. К., Харченко Н. В., Ліщишина О. М. та ін. Уніфікований клінічний протокол "Неалкогольний стеатогепатит". Наказ МОЗ України № 826 від 06.11.2014 року [Електронне джерело]. Режим доступу: http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20141106_0826_dod_ukr_nsg.pdf.
8. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease // J. Hepatol. – 2016. – Vol. 64(6). – P. 1388-1402.
9. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) / G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz K. [et al.] // Eur. Heart J. – 2013. – DOI:10.1093/eurheartj/eh1151.
10. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) / J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke [et al.] // Eur. Heart J. – 2012. – Vol. 33 (13). – P. 1635-1701.
11. Hanssen T. A. Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population / T.A. Hanssen, J.E. Nordrehaug, G.E. Eide // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. – 2009. – Vol.16 (6). – P. 651-659.

References

1. Ohanov, RH, Deev, AD, Pohosova HV. (2011) *Depressivnaia simptomatika ukhudshaet prognoz serdechno-sosudistykh zabolevanii i snizhaet prodolzhitel'nost zhizni bolnykh arterialnoi gipertoniei i ishemicheskoi bolezniu serdtca* [Title of article]. *Kardiologiya*, 2, 59-66. [in Russian].
2. Kornatskyi, VM, Moroz, DM. (2015) *Vplyv tryvohy ta depresii na yakist zhyttia khvorykh iz sertsevo-sudynnoi patolohiieiu* [Title of article]. *Bukovynskyi medychnyi visnyk*, 19, 4 (76), 84-88. [in Ukrainian].
3. Kravchenko, VV, Sokolov, MY, Talayeva, TV. (2016). *Unifikovanyi klinichnyi protokol "Stabilna ishemichna khvoroba sertsia"*. Nakaz MOZ Ukrainy № 152 vid 02.03.2016 roku [Electronic source]. DOI: http://www.moz.gov.ua/docfiles/dn_20150716_1dod.pdf. [in Ukrainian].
4. Solomenchuk, TM, Slaba, NA, Klymkovych Olu. (2014). *Tryvozhno-depresyvni rozlady i kontrol arterialnoi hipertenzii: mozhyvosti fitoterapii* [Title of article]. *Liky Ukrainy*, 7-8, 183-184, 90-96. [in Ukrainian].
5. Kharchenko, NV, Lishchyshyna, OM, Anokhina, HA. (2014). *Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh "Nealkoholna zhyrova khvoroba pechinky"* [Electronic source]. DOI: http://www.moz.gov.ua/docfiles/dod_akn_dn_20140616_2.pdf. [in Ukrainian].
6. Khobzei, MK, Pinchuk, Ila, Martsenkovskiyi, IA. (2014). *Unifikovanyi klinichnyi protokol "Depresia"*. Nakaz MOZ Ukrainy № 1003 vid 25.12.2014 roku [Electronic source]. DOI: http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20141225_1003dod.pdf. [in Ukrainian].
7. Khobzei, MK, Kharchenko, NV, Lishchyshyna, OM. (2014). *Unifikovanyi klinichnyi protokol "Nealkoholnyi steatohepatyt"*. Nakaz MOZ Ukrainy № 826 vid 06.11.2014 roku [Electronic source]. DOI: http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20141106_0826_dod_ukp_nsg.pdf. [in Ukrainian].
8. *EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease* (2016). *J Hepatol*, 64 (6), 1388-1402.
9. Mancia, G, Fagard, R, Narkiewicz, K. (2013) *ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)*. *Eur Heart J*. DOI:10.1093/eurheartj/ehs151.
10. Perk, J, De Backer, G, Gohlke, H. (2012) *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts)*. *Eur Heart J*, 33 (13), 1635-1701.
11. Hanssen, TA, Nordrehaug, JE, Eide, GE. (2009). *Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population*. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 16 (6), 651-659.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, КОМОРБИДНОЙ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Вакалюк И.И.

ГВУЗ "Ивано-Франковский национальный медицинский университет",
г. Ивано-Франковск, Украина

Сердечно-сосудистая патология остается ведущей причиной смертности и инвалидизации населения мира и Украины, в частности. Существует целый ряд факторов, способствующих росту кардио-васкулярного риска. Среди них ведущее место занимают психоэмоциональные расстройства, что обуславливают рост сердечно-сосудистой смертности и снижают общую оценку качества жизни таких пациентов. Целью работы было оценить состояние психического здоровья больных стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия и прогрессирования неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Объектом исследования стали 300 больных стабильной ИБС, среди которых выделяли 160 пациентов без НАЖБП (I группа) и 140 пациентов с НАЖБП (II группа). Среди больных II группы были пациенты на неалкогольный жировой гепатоз (IIA группа) и неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) (IIB группа). Оценку состояния психического здоровья больных проводили с помощью украинских версий Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и опросника здоровья PHQ-15. Анализ полученных результатов показал четкие закономерности изменений состояния психического здоровья обследованных больных в зависимости от наличия и течения НАЖБП. В частности, у больных I группы суммарная доля тревожных расстройств составляла 65%. При НАЖБП выявлено преобладание признаков депрессивных психических нарушений. При этом, наиболее значимые проявления как в процентном значении, так и по клинической симптоматике наблюдали в группе лиц с НАСГ. Более того, общий балл оценки здоровья пациентов возрастал по мере прогрессирования проявлений тревоги и депрессии. Таким образом, психическое здоровье больных стабильной ИБС достоверно зависит от наличия и прогрессирования НАЖБП. В частности, при отсутствии НАЖБП у больных стабильной ИБС характерным есть наличие тревожно-депрессивных психических расстройств с преобладанием тревожного компонента. При сочетании стабильной ИБС и НАЖБП суммарная доля психических нарушений характеризуется доминированием депрессивных расстройств, наиболее выраженных у больных с НАСГ.

Ключевые слова: стабильная ишемическая болезнь сердца, неалкогольная жировая болезнь печени, тревожно-депрессивные расстройства

MENTAL HEALTH STATUS IN PATIENTS WITH STABLE CORONARY HEART DISEASE COMBINED WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

I.I. Vakalyuk

State Higher Educational Institution
"Ivano-Frankivsk National Medical University",
Ivano-Frankivsk, Ukraine

Cardio-vascular disease remains the leading cause of death and disability in the population of the world and Ukraine, in particular. There are a number of factors, that contribute to increased cardio-vascular risk. Among them, the leaders are psycho-emotional disorders that cause an increase of cardiovascular mortality and reduce the overall assessment of the life quality of these patients. The aim of the study was to assess the mental health status of the patients with stable coronary heart disease (CHD) based on the presence and progression of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD). 300 patients with stable CHD were observed. Among them were 160 patients without NAFLD (Group I) and 140 patients with NAFLD (Group II). Among patients of Group II persons with non-alcoholic steatosis (Group IIA) and non-alcoholic steatohepatitis (NASH) (Group IIB) were observed. Assessment of mental health status was conducted by the Ukrainian versions of Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and health questionnaire PHQ-15. Analysis of the results revealed clear patterns of modifications of the patient's mental health depending on the availability and duration of NAFLD. In particular, in patients of Group I the total share of anxiety disorders was 65%. In the case of NAFLD the prevalence of depressive mental disorders was found. However, the most important manifestations as in percentage and clinical symptoms were observed in patients with NASH. Moreover, the total assessment score of patient health increased due to progression of anxiety and depression manifestations. Thus, the mental health of the patients with stable CHD was significantly affected by availability and progression of NAFLD. In particular, the absence of NAFLD in patients with stable CHD was characterized by the presence of anxiety-depressive mental disorder with prevalence of anxiety component. In the case of combined of stable CHD and NAFLD total share of mental disorders characterized by dominance of depressive disorders, the most pronounced in patients with NASH.

Keywords: stable coronary heart disease, non-alcoholic fatty liver disease, anxiety and depressive disorders