

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М.Г. Артюхова

ФГУ "Государственный научный центр социальной
и судебной психиатрии им. В.П. Сербского", Москва

В современных медицинских исследованиях большое место уделяется соотношению психической и соматической патологии, в частности в кардиологии. Выявлен большой процент психических расстройств, коморбидных соматическим нарушениям. Определены психические заболевания, наиболее часто встречаемые у больных кардиологического стационара. Обоснованно сочетанное применение психотропных и кардиотропных препаратов при лечении кардиологических больных.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, психические нарушения, коморбидность, психофармакотерапия

Modern medical studies pay great attention to the issues of relation between mental and somatic pathology, particularly in cardiology. A great number of comorbid mental and somatic disorders were recognized. Mental illnesses, most often found in cardiac patients were defined. The combined use of psychotropic and cardiotropic drugs in the treatment of cardiac patients was well-founded.

Key words: cardiovascular disease, mental disorders, comorbidity, psychopharmacology

Одной из наиболее актуальных проблем современной медицины являются неуклонный рост числа сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а также высокая смертность и ранняя инвалидизация среди пациентов с этой патологией. Ежегодно от указанных заболеваний в мире умирают более 15 млн человек. Большинство из них не доживают до 65 лет. С 1990 по 2003 г. произошло увеличение смертности от ССЗ с 617,4 до 900,2 на 100 тыс. населения. При этом повышение летальности отмечено главным образом в группе лиц молодого возраста (20–45 лет) и в очень небольшой степени – среди людей пожилого возраста.

Данные многоцентровых исследований свидетельствуют о роли психосоциального фактора, увеличении частоты тревожно-депрессивных расстройств в общемедицинской практике.

Среди традиционных факторов риска возникновения ССЗ одно из первых мест занимает психоэмоциональный стресс, который неизбежно ведет к возникновению не только сердечно-сосудистой, но и психической патологии, в свою очередь усугубляющей течение уже имеющихся заболеваний.

Опыт работы врачей-психиатров на базе кардиологического стационара позволил выявить широкую распространенность психических расстройств у этой категории больных. В про-

цессе наблюдения пациентов с различными ССЗ (ишемическая болезнь сердца – ИБС, артериальная гипертензия – АГ, метаболический синдром, нарушения ритма сердца), получавших как консервативное, так и хирургическое лечение, были определены особенности психических нарушений у этой категории больных.

В течение 1,5 лет к психиатрам, работающим в кардиологической клинике, за помощью обратились 350 пациентов, находившихся на стационарном лечении. Средний возраст больных составил 57,2 года. Среди обследованных преобладали женщины – 62 %, число мужчин, соответственно, составило 38 %.

По характеру психических расстройств больные распределились следующим образом: депрессивные эпизоды различной степени тяжести составили 24,9 %, тревожно-фобические расстройства – 20,7 %, органические эмоционально-лабильные расстройства – 22,6 %, расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (психопатии) – 12,8 %; столько же приходилось и на расстройства адаптации. Десяти пациентам был поставлен диагноз шизофрении, что составило 3,6 %. Наблюдались единичные случаи соматогенных психозов у больных, находящихся в блоке интенсивной терапии.

Наблюдавшиеся панические атаки, обсессивно-компульсивные, когни-

тивные расстройства носили в основном коморбидный характер.

Было проанализировано соотношение психической и соматической патологии.

Несмотря на то что соматическая патология у большинства пациентов была представлена ИБС в сочетании с АГ различной степени тяжести, а также коморбидными им нарушениями ритма сердца, удалось выявить особенности психического состояния в зависимости от характера кардиологического заболевания.

Так, органическое эмоционально-лабильное расстройство чаще наблюдалось в группе лиц, страдающих ИБС и АГ (31,4 и 11,2 % соответственно). У таких пациентов были распространены депрессивные эпизоды различной степени тяжести (24,3 %). У больных ревматическими заболеваниями наряду с органическими эмоционально-лабильными расстройствами (31,2 %) были распространены расстройства адаптации (31,2 %) и психопатии (24,6 %). Высокая частота психопатии (75 %) наблюдалась и в группе пациентов, страдающих миокардиодистрофией.

Как показывает проведенное исследование, психические заболевания у кардиологических больных представлены в основном аффективными расстройствами различной степени выраженности, которые примерно втрое повышают риск смерти при неста-

бильной стенокардии в первый год и в 4 раза – в первые три месяца после инфаркта миокарда. Повышение риска смерти связано как с повышением агрегации тромбоцитов и изменением вегетативного тонуса, так и опосредованно – в связи с плохим уходом за собой, курением, употреблением алкоголя, нарушением режима лечения, что характерно, в частности, для депрессивных пациентов.

Аффективные нарушения у кардиологических больных имеют ряд особенностей. Прежде всего характер и степень выраженности расстройства тесно связаны с соматической патологией, дальнейшим прогнозом для работы и жизни. Больные фиксированы на ССЗ, испытывают постоянное чувство тревоги, иногда – страх за свою жизнь. Часто формируется ограничительное поведение. Пациенты стараются составить маршрут от дома до работы таким образом, чтобы проходить мимо поликлиники, медицинского пункта, где всегда могут измерить артериальное давление, получить первую медицинскую помощь. У некоторых больных на фоне депрессивного состояния отмечен психический аутизм, проявившийся в сужении круга общения; они редко выходили из дома, старались не отвечать на телефонные звонки.

Отмечалась эмоциональная лабильность. Рассказывая о своем заболевании во время беседы с врачом, пациенты начинали плакать, высказывали опасения, что в дальнейшем вынуждены будут часто проходить курсы стационарного лечения, “всю оставшуюся жизнь принимать лекарства”, не смогут полноценно работать, содержать семью.

Коморбидные депрессивным и тревожным расстройствам панические атаки проявлялись в “приступах” страха, временами – ужаса даже при незначительных ощущениях дискомфорта в области сердца, сопровожда-

лись сильной потливостью, одышкой, сердцебиением и как следствие – страхом смерти. Такие больные старались избегать людных мест, общественного транспорта, любой обстановки, по их мнению, способной спровоцировать “приступ”.

Практически у всех наблюдаемых пациентов были выраженные нарушения сна, которые проявлялись в невозможности заснуть, раннем стойком пробуждении, “тревожной, беспокойной ночи”. В свою очередь нарушения сна усугубляли как физическое, так и психическое состояние.

Особого внимания заслуживает нарушение сна у больных АГ из-за высокой распространенности данной патологии. По данным официальной статистики, в России зарегистрированы 4,8 млн больных АГ, но по результатам выборочного обследования число таких пациентов может составлять 42 млн – 30 % всего населения (Беленков Ю.Н., 2004).

АГ является причиной ранней инвалидизации и серьезных осложнений ССЗ, высокой смертности населения. Ситуация осложняется тем обстоятельством, что эффективно лечатся только 5,6 % мужчин и 17,5 % женщин с АГ (Оганов Р.Г., 2004).

Нарушение сна приводит к увеличению среднесуточного артериального давления (АД) за счет повышения ночного АД. У таких больных удлиняется период бодрствования с более высокими цифрами АД, наблюдается рост АД на следующий день, уменьшается степень ночного снижения АД. Все это приводит к формированию патологического типа суточной кривой АД.

Коморбидные психические нарушения утяжеляют клинический и социальный прогноз при ССЗ, существенно снижают повседневную активность пациентов, являются одним из ведущих факторов их инвалидизации в развитых странах мира.

На основании анализа структуры и генеза кардиологических заболеваний, наличия коморбидных психопатологических расстройств, учета лекарственных взаимодействий с кардиотропными препаратами, фармакокинетических свойств психотропных средств был разработан алгоритм дифференцированной терапии больных кардиологического стационара.

Подход к лечению пациентов кардиологической клиники, страдающих психическими нарушениями, должен быть комплексным, предполагает тесное взаимодействие специалистов кардиологов и психиатров, сочетание кардиотропной и психотропной терапии.

При лечении аффективных расстройств используются антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (циталопрам, пароксетин, флуоксетин), ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин, пирлиндол), а также транквилизаторы, обладающие анксиолитическим эффектом (клоназепам, алпразолам, зопиклон). Данные лекарственные средства, применяемые в небольших дозах, оказывают хороший терапевтический эффект, не приводят к появлению нежелательных побочных осложнений, не являются кардиотоксичными. При наличии коморбидных обсессивных расстройств назначаются нейролептики в минимальных суточных дозах.

В некоторых случаях преимущество отдается психотропному лечению, что сопровождается уменьшением количества кардиологических препаратов, а иногда и их полной отменой.

Таким образом, при исследовании психосоматической патологии у кардиологических больных были определены наиболее актуальные психические расстройства, сформированы наиболее оптимальные подходы к ведению и лечению пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А., Ромасенко Л.В. Психолого-психиатрические подходы к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний // Вестник РАМН. 2003. № 12. С. 24–29.
2. Александровский Ю.А. Интегрированная оценка психосоматических и соматопсихических расстройств / Материалы Всероссийской научной конференции Кардиология – XXI век. СПб., 2001.
3. Александров А.А. Психотерапия психогенных нарушений сердечной деятельности / Материалы Всероссийской научной конференции “Кардиология – XXI век. СПб., 2001. С. 37–38.

4. Иванов С.В. Совместимость психотропных и соматотропных средств // *Consilium medicum*. Прил. 2002. С. 10–12.
5. Козырев В.Н., Смугевич А.Б., Индикт С.Г. Опыт организации психиатрической помощи в условиях территориальной поликлиники. В кн: *Нарушения нервной системы и психической деятельности при соматических заболеваниях*. 1979. С. 191–95.
6. Ольбинская Л.И., Морозова Т.Е. Современные аспекты фармакотерапии ишемической болезни сердца // *Лечащий врач*. 2003. № 6. С. 14–19.
7. Ромасенко Л.В., Хлебникова Л.Ю. Типология депрессий в условиях терапевтического стационара // *Российский психиатрический журнал*. 2003. № 3. С. 30–33.
8. Смугевич А.Б. Депрессивные расстройства в кардиологии // *Consilium medicum*. 2003. Экстра выпуск. С. 3–6.
9. Смугевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология. М., 2005. С. 777.
10. Чазов Е.И. Психосоциальные факторы как риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний // *Легкое сердце*. 2004. № 3. С. 2–4.
11. Цивилько М.А., Коркина М.В. и др. Условия формирования психических нарушений при инфаркте миокарда // *Журнал невропатологии и психиатрии*. 1991. Т. 91. № 5. С. 52–55.
12. Юдина Н.В. Психические расстройства на начальных стадиях эссенциальной артериальной гипертензии. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Томск, 2009.
13. Юдина Н.В., Пашутина Н.П., Раева Т.В. Распространенность тревожных и депрессивных расстройств у больных сердечно-сосудистой патологией // *Медицина и охрана здоровья 2000: материалы международного симпозиума*. Тюмень. 2000. С. 76.
14. Урсова Л.Г. Психопатология при инфаркте миокарда. Дисс. докт. мед. наук. М., 1973.
15. Bush D., Ziegelstein R., Tayback M. et al. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2001;88:337–41.
16. Carney RM, Blumentahl JA, Catellier D, et al. Depression as a risk factor for mortality after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2003;92:1277–81.
17. Dickens CM, McGowan L, Percival C, et al. Lack of a close confidant, but not depression, predicts further cardiac events after myocardial infarction. *Heart* 2004;90(5):518–22.
18. The ENRICHD Investigators. The effect of treating depression and low social support on clinical events after myocardial infarction: the enhancing recovery in coronary heart disease patients (ENRICHD) randomized trial. *JAMA* 2003;289:3106–16.
19. Pickering TG, Davidson K, Shimbo D. Is depression a risk factor for coronary heart disease? *J Am Coll Cardiol* 2004;44(2):472–73.
20. Mayou RA, Gill D, Thompson DR, et al. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosom Med* 2001;62:212–19.

Информация об авторе:

Артюхова Марина Григорьевна — старший научный сотрудник ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского».
E-mail: marinaartuhova@rambler.ru