

Литература

1. Diemberger I., Gardini B., Martignani C. et al. Holter ECG for pacemaker/defibrillator carriers: What is its role in the era of remote monitoring? // Heart. – 2015. – Vol. 101(16). – P. 1272–1278.
2. Eisner C.H., Somme Ph., Piorkowski C. et al. A Prospective Multicenter Comparison Trial of Home Monitoring against Regular Follow-up in MADIT II Patients: Additional Visits and Cost Impact // Computers in Cardiology. – 2006. – No. 33. – P. 241–244.
3. Kohno R., Abe H., Oginosawa Y., Tamura M. et al. Reliability and characteristics of atrial tachyarrhythmias detection in dual chamber pacemakers // Circulation. – 2011. – No. 75. – P. 1090–1097.
4. Ponikowski P., Voors A.A., Anker S.D. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure // Eur. Heart J. – 2016. – No. 37. – P. 2129–2200.
5. Schaldach M., Hutten. Telecardiology-optimizing the diagnostic and therapeutic efficacy of the next implant generation // Progress in Biomedical Research. – 1998. – No. 3. – P. 1–4.
6. Slotwiner D., Varma N., G. Akar J. et al. HRS Expert Consensus Statement on remote interrogation and monitoring for cardiovascular implantable electronic devices // Heart Rhythm. – 2015. – No. 12(7). – P. 69–95.
7. The EHRA White book. – 2014. – P. 429–430.
8. Wilson D.G., Leventigiannis G., Barr C., Morgan J.M. ECG predictors of T wave oversensing in subcutaneous implantable cardioverter defibrillators // Int. J. Cardiol. – 2016. – Vol. 23(220). – P. 27–31.
9. Бокерия О.Л., Испириян А.Ю. Мониторинг хронической сердечной недостаточности на дом // Анн. аритмологии. – 2012. – № 2(9). – С. 14–22.

Поступила 11.01.2017

Сведения об авторах

Дамрина Елена Владимировна, врач-кардиолог отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции ФГБУ “Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии”
Адрес: 414011, г. Астрахань, ул. Покровская роща, 4.
E-mail: damrina_elena@bk.ru.

Илов Николай Николаевич, канд. мед. наук, врач сердечно-сосудистый хирург отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции ФГБУ “Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии”.
Адрес: 414011, г. Астрахань, ул. Покровская роща, 4.

УДК 615.89

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ю.С. Березняк, С.Б. Селезнев

МБУЗ “Амбулатория №1” УЗ АМО, Анапа
E-mail: sel.y30@yandex.ru

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

J.S. Bereznyak, S.B. Seleznev

Clinic No.1 Anapa

В статье рассматривается многообразие клинико-психологических и психопатологических феноменов, наблюдаемых у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), которые отражают особенности их индивидуально-личностного реагирования на развитие и течение основного заболевания. Предлагается учитывать данные особенности в выборе лечебной тактики и стратегии, а также активнее использовать клинико-психологические и психотерапевтические подходы в комплексном лечении и реабилитации больных ИБС.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, психические и поведенческие расстройства, типы индивидуального реагирования, кардиофобические, тревожно-депрессивные, ипохондрические, истерические, анозогнозические психопатологические реакции, групповая психотерапия, аутогенная тренировка.

The article examines the diversity of clinical-psychological and psychopathological phenomena observed in patients with coronary heart disease that reflect the characteristics of their individual responses to the development and course of the underlying disease. It is proposed to consider these characteristics for selection of treatment tactics and strategies, as well as for greater use of clinical-psychological and psychotherapeutic approaches in integrated treatment and rehabilitation of patients with coronary heart disease.

Key words: coronary heart disease, mental and behavioural disorders, individual response types, cardiophobia, anxiodepressive psychopathological reaction, hypochondriacal psychopathological reaction, hysterical psychopathological reaction, anozognosic psychopathological reaction, group psychotherapy, autogenic training.

Введение

Несмотря на известные успехи современной кардиологии, болезни сердечно-сосудистой системы по-прежнему занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости, инвалидности и причин смерти современного человека. К наиболее распространенным из них относятся гипертоническая болезнь и ИБС.

По имеющимся статистическим данным, в развитых странах ИБС сегодня регистрируется у 40% людей в возрасте 50–70 лет, занимающихся преимущественно умственным трудом, что связывается с их малой физической активностью. Согласно данным ВОЗ, в период 2000–2012 гг. среди причин смерти ИБС неизменно занимала первое место, и к 2012 г. количество смертельных случаев только по причине ИБС достигло 7,4 млн чел. или 158 на 100 тыс. населения [1, 2].

В современной России уровень распространенности ИБС также является одной из самых актуальных не только кардиологических, но и социально-экономических проблем. Сегодня ИБС страдают от 10 до 15% всех российских мужчин трудоспособного возраста (45–59 лет). А в последние годы отмечается отчетливая тенденция к повышению заболеваемости ИБС среди женщин и лиц более молодого возраста. Помимо этого, согласно данным официальной статистики по РФ, на долю болезней системы кровообращения сегодня приходится до 50% всех случаев инвалидности. В контингенте инвалидов вследствие болезней системы кровообращения наивысший удельный вес также у лиц, страдающих ИБС, – он достигает уровня 45% [3, 8, 9].

При этом проведенными ранее исследованиями установлено, что у 33–80% больных ИБС наблюдаются те или иные психические и поведенческие изменения, которые зачастую препятствуют своевременному и эффективному проведению лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий [4, 6, 7].

Практикующим врачам-кардиологам хорошо известно, что во время ишемического болевого приступа больных зачастую охватывает чувство сильной тревоги, беспокойство, паника, навязчивые мысли о смерти от сердечного приступа, безысходность и отчаяние. В дальнейшем такие больные живут с постоянным тревожным опасением развития повторного приступа, они анализируют любые изменения сердечной деятельности, реагируя на малейшие неприятные ощущения в области сердца, изменения пульса, артериального давления. Основной жизненной целью для них становится здоровье, оно получает “сверхценное” значение [5, 10].

Помимо истинных ишемических болей, различают также и боли в области сердца психогенного характера, которые формируются как следствие стресса в результате тяжелой жизненной ситуации и трудностей адаптации. Причиной стресса могут быть конфликтные ситуации в семье или на работе, утрата близкого человека или похороны кого-то из знакомых, чаще умерших именно от инфаркта миокарда, различные сексуальные, производственные или общественно-правовые трудно разрешимые или практически неразрешимые обстоятельства, затрагивающие личность больного. Однако это все же не

истинные, а “псевдоишемические” боли, которые быстро купируются различными успокаивающими средствами (седативные средства растительного происхождения, транквилизаторы, антитревожные антидепрессанты, малые нейролептики), а также квалифицированными психотерапевтическими вмешательствами [3, 4].

Неблагоприятное течение ИБС нередко приводит к развитию инфаркта миокарда, где провоцирующим или даже пусковым (триггерным) фактором зачастую являются психогенные стрессовые перегрузки [1, 3]. А формирующиеся в дальнейшем личностные реакции больных, перенесших инфаркт миокарда, в зависимости от индивидуального типа реагирования могут быть как адекватными (психологически понятными с правильным, гармоничным поведением), так и психопатологическими [10].

Однако современная разработка данной проблемы в научной и особенно в практической кардиологии остается явно недостаточной. Мало разработанными остаются как клиничко-психологические аспекты, так и аспекты комплексного восстановительного лечения больных с ИБС, сопровождающейся различными психопатологическими феноменами.

Цель исследования: на основе клиничко-психологического изучения структуры и феноменологии различных психопатологических проявлений у больных ИБС выявить наиболее распространенные клинические варианты для последующей разработки и внедрения в практику дифференцированных программ их лечения и реабилитации.

Материал и методы

Материалом проводимого исследования являются больные ИБС, проживающие в сельской местности и получающие комплексное амбулаторно-поликлиническое обслуживание по территориально-участковому принципу (Амбулатория №1, ст. Анапская Анапского района Краснодарского края).

На участке обслуживания (ст. Анапская и ряд территориально прилегающих к ней малых населенных пунктов и хуторов) на конец 2016 г. проживало 19870 чел. взрослого населения, а на учете у врача-кардиолога состояло 3456 чел., что составляет 17% от всего проживающего взрослого населения. При этом больные с диагнозом ИБС (I 20–25) составляют 1212 чел. (более 35% от всех учтенных кардиологических больных), из которых 630 мужчин (52%) и 582 (48%) женщины. У подавляющего большинства (1114 чел. или 90%) наблюдается стенокардия напряжения – 838 чел., и фибрилляция предсердий – 276 чел. (I 20.8), а у 98 чел. – постинфарктный кардиосклероз (I 25.8).

В процессе традиционно проводимой лечебно-диагностической работы у представленного выше контингента больных ИБС с высокой степенью постоянства (более 73%) нами диагностировались те или иные психические и поведенческие расстройства.

Используемая нами методология экспериментально-психологической диагностики базировалась на широко известных и результативных психодиагностических ме-

тодиках (шкала тревожности Спилбергера–Ханина, цветовой тест М. Люшера, шкала депрессии Бека.) Помимо этого, нами активно использовались и собственно клинические (врачебный осмотр, беседа-интервью, изучение медицинской документации) и клиничко-психопатологические методы диагностики.

Результаты и обсуждение

С целью реализации комплексного терапевтического подхода, основанного на результатах клиничко-эпидемиологических и клиничко-психологических исследований, мы на сегодняшний день получили лишь самые первые результаты пилотного клиничко-психологического исследования относительно выборки из 220 пациентов с ИБС (126 мужчин и 94 женщины). Относительно структуры и особенностей вторичных психологических феноменов, сопровождающих основные клинические проявления заболевания, можно констатировать следующее: адекватные (относительно гармоничные) личностные психологические реакции на заболевание были выявлены лишь у 55 пациентов (25%), а психопатологические – у 165 (75%). Среди последних явно доминировали кардиофобические (32%), тревожно-депрессивные (26%), ипохондрические (22%); а истерические (12%) и анозогностические (8%) встречались значительно реже.

Дальнейшее изучение выявленных клиничко-психопатологических феноменов, а также получение более значимых эпидемиологических сведений позволит нам в ближайшее время разработать и апробировать дифференцированные программы восстановительного лечения больных ИБС, имеющих те или иные вторичные психопатологические нарушения, посредством научно обоснованной интеграции в комплекс традиционных лечебных и реабилитационных мероприятий психофармакологических, психокоррекционных и психотерапевтических подходов.

Представленный ниже теоретический и отчасти практический (авторский эмпирический) материал позволяет получить общее клиническое представление об особенностях структуры и содержании психологических и психопатологических проявлений у больных ИБС.

В частности, при адекватных психологических реакциях больные соблюдают режим и выполняют все предписания медицинского персонала, а поведение больных в целом соответствует данной ситуации (гармоничный тип). Но в зависимости от психологических (индивидуально-личностных) особенностей у этих больных можно выделить пониженную, среднюю и повышенную адекватные реакции на данное заболевание. Однако это является предметом чрезвычайно тонкой психологической диагностики.

Психопатологические реакции у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда, принято разделять на кардиофобические, тревожно-депрессивные, ипохондрические, истерические и анозогностические [10].

При кардиофобической реакции больные испытывают постоянный “страх за сердце”, боязнь повторных инфарктов, внезапной смерти от сердечного приступа. Страхи появляются или резко усиливаются при физическом

напряжении, при выходе за пределы больницы или дома. Чем дальше от пункта, где больному, по его мнению, может быть оказана квалифицированная медицинская помощь, тем сильнее страх. Появляется чрезмерная осторожность, даже при минимальной физической нагрузке.

Тревожно-депрессивная реакция характеризуется угнетенным, подавленным настроением, апатией, безнадежностью, пессимизмом, неверием в возможность благоприятного течения заболевания, тенденцией все видеть в мрачном свете. На вопросы больной отвечает односложно, тихим голосом. Мимика выражает печаль. Речь и движения замедлены. Больной не может удерживать слез при разговоре на волнующие его темы о здоровье, семье, перспективах возвращения на работу. Наличие тревоги в психическом статусе характеризуют внутренняя напряженность, предчувствие надвигающейся беды, раздражительность, беспокойство, волнения, опасения за исход заболевания, тревога за благополучие семьи, страх перед инвалидностью, беспокойство за дела, оставленные на работе. Нарушается сон. Больной просит назначить ему успокаивающие средства, повторно задает вопросы о состоянии своего здоровья и прогнозе жизни, заболеваемости и трудоспособности, желая получить успокоительный ответ и заверения в том, что его жизни ничто не угрожает [5, 10].

Для ипохондрической реакции характерно неоправданное беспокойство за свое здоровье, множество жалоб на разнообразные неприятные ощущения и боли в области сердца и других частях тела, явная переоценка тяжести своего состояния, выраженное несоответствие между числом жалоб и незначительностью или отсутствием объективных соматических изменений, чрезмерная фиксация внимания на состоянии своего здоровья. Больной постоянно контролирует функции своего организма (часто подсчитывает пульс, стремится без указаний врача повторно записать ЭКГ, измерить артериальное давление, исследовать кровь и т.п.), часто обращается за консультацией к другим специалистам.

При истерической реакции больные эмоционально лабильны, эгоцентричны, демонстративны, стремятся привлечь к себе внимание окружающих, вызвать сочувствие. Мимика таких больных живая, движения выразительны, речь эмоционально насыщена. Наблюдаются вегетативные истероформные нарушения (“комки в горле” при волнении, приступы удушья, тахикардия, головокружения).

При анозогностической реакции больные отрицают болезнь, игнорируют лечебные рекомендации, грубо нарушают режим, что часто приводит к негативным последствиям.

При этом выявлена тесная взаимосвязь между характером психических реакций на болезнь и преморбидной структурой личности. Так, лица, всегда отличавшиеся тревожностью, мнительностью, ригидностью, реагируют на инфаркт кардиофобической или ипохондрической реакцией. Лица, и до болезни склонные реагировать на жизненные трудности отчаянием, подавленным настроением, пессимистической оценкой ситуации, и на инфаркт миокарда отвечают тревожно-депрессивной реакцией. У лиц с истероидными чертами характера в ответ

на инфаркт миокарда чаще всего отмечается истерическая или анозогнозическая реакции [10].

Вышесказанное необходимо учитывать практикующим врачам-кардиологам при построении психологически грамотного профессионального общения с больными. В частности, при кардиофобическом и тревожно-депрессивном типах реагирования беседа должна носить успокаивающий и обнадеживающий характер: необходимо объяснить больному в доступных выражениях особенности его заболевания с указанием на сравнительно нетяжелое течение, улучшающееся в динамике его физическое состояние, а также на большие возможности медицинской науки и практики в его конкретном случае.

При анозогнозическом типе, напротив, следует в весьма настойчивой и строгой форме разъяснить больному возможные последствия игнорирования и диссимуляции: развитие опасных симптомов, затяжное течение, раннюю инвалидизацию, различные тяжелые и опасные осложнения. Но и в этом случае разъяснения должны носить обнадеживающий характер, способствовать обследованию и соблюдению лечебного режима.

При ипохондрическом типе реакции на болезнь пациенту нужно указать на отсутствие связи испытываемых ощущений с объективными изменениями в его организме, подчеркивая излишнее (утрированное) внимание пациента к этим обычным ощущениям. Следует корректировать стремление таких пациентов вести пессимистические разговоры о болезнях и тяжелых исходах, так как это может не только ухудшить их психическое состояние, но и индуцировать других больных.

Больным с истерическим типом реагирования свойственна повышенная внушаемость и демонстративность, поэтому в беседе с ними следует избегать описаний различных симптомов, встречающихся при этом заболевании, быть с ними относительно дистантными и более прагматичными. Желательно вовлекать таких пациентов в социально полезную деятельность, которая давала бы выход их патологическим чертам (эгоцентризм, демонстративность, эмоциональная лабильность) с пользой для самих больных и для их окружения: художественное оформление помещений, установление и контроль палатного графика дежурств, участие в кормлении ослабленных пациентов и т.п. [7, 10].

Кроме эмоционально-личностных изменений у больных ИБС зачастую наблюдается и снижение умственной работоспособности. В большинстве случаев обнаруживаются динамические нарушения познавательных процессов. Иногда больные отмечают, что уже не могут следить за темпом демонстрации фильмов. Часто больные жалуются на забывчивость, снижение памяти, внимания. В основе этих жалоб лежит сужение объема восприятия за счет нарастающей сердечной недостаточности и формирующихся церебральных сосудистых нарушений и мозговой гипоксии, что ведет к неизменному формированию энцефалопатических нарушений, а в дальнейшем и к личностному снижению [4, 7]. Данный психопатологический аспект ИБС также является не менее важным, а его научно обоснованная и своевременная профилактика будет способствовать более длительному сохранению психического здоровья и качества жизни больных ИБС.

Выводы

В связи с вышесказанным, в современной кардиологии на фоне ее известных достижений как в кардиохирургии, так и в превентивно-профилактическом направлении высоко востребованным сегодня является психологическое сопровождение больных в лице квалифицированных клинических психологов и врачей-психотерапевтов. Это обусловлено высоким уровнем распространенности вторичных психопатологических нарушений у кардиологических пациентов, что наглядно было продемонстрировано нами на примере больных ИБС.

Полученные результаты клинико-психологического исследования больных ИБС необходимо учитывать и при составлении индивидуальных программ лечения и социально-психологической реабилитации в плане их научно обоснованной интеграции с известными психокоррекционными, психофармакологическими и психотерапевтическими подходами.

В случае выявления признаков истощаемости психических процессов, нейродинамических нарушений и снижения уровня когнитивных функций, помимо проведения соответствующей патогенетической терапии, рекомендуются облегченные условия труда, неполный рабочий день, возможность произвольного чередования труда и отдыха, предоставление дополнительных перерывов в работе. Не рекомендуется обучение новой профессии, требующее смены рабочего стереотипа и приобретения новых знаний, умений и навыков. Учитывая повышенную тревожность больных ИБС и их фиксацию на соматических ощущениях, рекомендуются регулярные занятия групповой психотерапией, освоение приемов аутогенной тренировки, а в ряде случаев и более плотное (систематическое) психологическое сопровождение.

Таким образом, современные и научно обоснованные клинико-психологические и психотерапевтические подходы могут внести существенный саногенный вклад в программы комплексного лечения и реабилитации больных ИБС, психологическое сопровождение которых является важным компонентом всего лечебно-оздоровительного процесса.

Литература

1. Бойцов С.А. Механизмы снижения смертности от ишемической болезни сердца в разных странах мира // Проф. медицина. – 2013. – № 5. – С. 9–19.
2. Шальнова С.А. и др. Ишемическая болезнь сердца. Современная реальность по данным всемирного регистра CLARIFY // Кардиология. – 2013. – № 8. – С. 28–33.
3. Погосова Г.В. и др. Ишемическая болезнь сердца: руководство / под ред. Р.Г. Оганова; ВНОК. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 112 с.
4. Клиническая психология: учебник для вузов / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 4-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2013. – 864 с.
5. Курбатова О.А. Клинический патоморфоз депрессивных расстройств у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) // Вестн. неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2013. – № 7. – С. 59–65.
6. Орлова Е.А., Колесник Н.Т. Клиническая психология: учебник для бакалавров / отв. ред. Г.И. Ефремова. – М.: Юрайт, 2012. – 363 с.

7. Основы медицинской и клинической психологии : учебное пособие / под ред. д.м.н. С.Б. Селезнева. – Астрахань, 2009. – 272 с.
8. Порохина Ж.В., Шабалина Н.Б., Поварова Л.П. Оценка уровня психологического реабилитационного потенциала инвалидов и влияние на нее различных психологических факторов (на примере больных с ИБС) // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 2004. – № 2. – С. 25–27.
9. Коронарная болезнь: статистика и классификация ИБС [Электронный ресурс] – URL: http://zalogzdorovya.ru_kar.php?id=71 (дата обращения: 09.11.2016).
10. Селезнев С.Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля (по материалам лекций для студентов медицинских и социальных вузов) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. – 2011, № 4(9). – URL: http://medpsy.ru/mprij/archiv_global/2011_4_9/nomer23.php (дата обращения 09.11.2016).

Поступила 11.01.2017

Сведения об авторах

Березняк Юлия Сергеевна, врач-кардиолог МБУЗ “Амбулатория № 1” управления здравоохранения администрации муниципального образования, город-курорт Анапа.

Адрес: 353430, Анапский район, ст. Анапская, ул. Советская, 27.

E-mail: sely30@yandex.ru; selsb2@mail.ru.

Селезнёв Сергей Борисович, докт. мед. наук, профессор кафедры психолого-педагогического образования Анапского филиала ФГБОУ ВО “Московский педагогический государственный университет”.

Адрес: 353410, Краснодарский край, г.-к. Анапа, ул. Астраханская, 88.