

## КАРДИАЛГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

О. А. ОБЕСНЮК, В. В. ОБЕСНЮК, Л. Я. НОХРИНА, И. П. ПАТРИН

*Государственное казенное учреждение здравоохранения Кемеровской области  
«Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово*

Среди пациентов, обращающихся к терапевтам и госпитализирующихся в терапевтические отделения, особую группу составляют больные с разнообразными, нередко множественными жалобами, у которых при тщательных повторных обследованиях не удается обнаружить объективных изменений со стороны внутренних органов. Особенности клинической симптоматики, состояние психоэмоциональной сферы больных и их поведенческие реакции наряду с негативными данными объективного обследования позволяют подозревать у данной категории пациентов психогенный характер имеющихся расстройств (Смулевич, 2011).

Наиболее частой локализацией органоневротических расстройств являются сердечно-сосудистая (4,7 %), дыхательная (2,1 %), пищеварительная (2,8 %) и мочеполовая (1,1 %) системы (Иванов, 2002).

В практике врачей отделения пограничных состояний нередко встречаются пациенты с жалобами на различные болевые ощущения в области сердца (кардиалгии), нарушения ритма (чаще экстрасистолии). При тщательном объективном обследовании значимой органической патологии не выявляется, и жалобы носят функциональный характер.

Проведя анализ 43 историй болезни пациентов, обратившихся за помощью в наше отделение в 2012–2013 гг., мы пришли к выводу, что кардиалгический синдром формируется обычно на фоне эмоциональных и аффективных нарушений в виде тревожно-ипохондрических и фобических проявлений.

Фобии у этой группы пациентов чаще всего носили характер ипохондрических страхов за свое здоровье и сопровождались выраженными вегетативными и аффективными проявлениями. Довольно часто у этой категории больных наблюдались вегетативные нарушения в виде гипервентиляционного синдрома, который сопровождался ощущением затруднения вдоха и выдоха, сердцебиением, удушьем. Это приводило к болезненной фиксации внимания на состоянии работы сердца и формированию кардиофобического синдрома. При первой беседе пациенты акцентировали внимание врача на имеющихся неприятных болез-

ненных ощущениях, говорили о «ноющей», «прокальвающей», «тянущей» боли в области сердца или левой половины груди, «перебоях» в его работе. У ряда больных постоянная фиксация внимания на имеющихся ощущениях привела к формированию ограничительного поведения (избегания выхода на улицу и пользования различными видами транспорта, избегание одному оставаться в квартире и т. д.).

Отличительной особенностью фобического синдрома пациентов с невротическими расстройствами являлась быстрая утрата первоначальной связи с психогенными моментами, постепенное развитие пароксизмальности этих состояний и обусловленность страхов внезапно возникающими сенестопатиями. Больные говорили, что чувствуют, как «сердце обдаёт кипятком», оно «трепыхается, как лист на ветру», «кувыркается». В дальнейшем фобический синдром не имел динамики, а «обрастал» все новыми и новыми сенестопатиями, которые возникали приступообразно и распространялись не только на сердце, но и область груди и брюшную полость.

При анализе основных психотравмирующих воздействий наиболее значимыми для них были семейные (бытовые) конфликты, неурядицы, ломка привычного жизненного стереотипа, обострение или опасение затяжной соматической болезни у самого пациента или близкого родственника, неприятности по службе, материально-финансовые проблемы, сексуальное травмирование (измена или уход супруга), переживания по поводу начинающегося физического увядания, утрата внимания со стороны партнера.

Переживания ипохондрического характера порой усиливались до состояния выраженной тревоги, паники, сопровождались возникновением страха смерти, что являлось проявлением панических атак.

При расспросе больных обращало на себя внимание то, что различные жалобы на боли, нарушения ритма сердца, нехватку воздуха и так далее излагались образно, драматизированно, с яркой эмоциональной окраской. Повышенная внушаемость пациентов с невротическими расстройствами содействовала «переводу» и «переходу» представлений в стойкую картину ипохондрических

состояний. Происходила фиксация внимания на имеющейся соматической патологии, в результате чего пациенты постоянно предъявляли и демонстрировали «тяжесть своего страдания», не желая считаться с окружающими. В связи с тем что эти больные активно искали врачебную помощь и были настроены на разнообразные исследования, они имели «богатый опыт» общения с врачами разных специальностей, подвергались многочисленным, нередко повторным обследованиям, им назначались различные лекарственные препараты.

Аффективные нарушения были представлены дистимиями или субдепрессиями (по типу тревожных, истерических, астенических). При этом

больные активно стремились к контакту, настойчиво и претенциозно излагали свои жалобы, всегда хотели вызвать к себе жалость и сочувствие. Эмоциональные реакции содержали раздражительность, тревогу в связи с реально сложившимися неблагоприятными обстоятельствами. Психомоторная заторможенность отсутствовала, моторика, мимика и пантомимика отличались выразительностью.

Таким образом, наличие тревожных, фобических проявлений у пациентов с кардиалгическим синдромом может быть одним из критериев диагностики психогенного генеза имеющих у больных симптомов.