

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, РАЗВИВШИЕСЯ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

С. В. ВЫСОЦКИЙ, Е. П. ПАНКОВА, Н. В. ПЛАТОНОВА, А. М. СЕЛЕДЦОВ, М. В. ТИХОВА

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

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, Кемерово

Введение. Психические расстройства, наблюдающиеся при инфаркте миокарда, очень разнообразны. В остром периоде может возникать безотчетный страх смерти, достигающий особой выраженности при нарастающих болях. Харак-

терны: тревога, тоска, беспокойство, чувство безнадежности, проявления гиперестезии.

Поведение больных при этом бывает различным. Они могут быть внешне неподвижны, молчаливы, лежат в одной и той же позе, опасают-

ся сделать хотя бы малейшее движение. Другие больные, напротив, возбуждены, двигательно беспокойны, суетливы, растеряны. Иногда такое возбуждение, сопровождающееся чувством безнадежности, отчаяния, близкой смерти, может приобрести импульсивный характер, напоминающий меланхолический раптус.

Резкое двигательное хаотического характера возбуждение, сопровождающееся элементами спутанности сознания, определяется как эректильный шок. Двигательное возбуждение может протекать на фоне выраженного оглушения, постепенно приобретая характер субкоматозного возбуждения.

Резко подавленное настроение, безотчетный страх, тревога, чувство нарастающей катастрофы могут встречаться в остром периоде инфаркта миокарда и при отсутствии болевого синдрома, а иногда быть предвестником его.

При безболевого формы инфаркта миокарда часто внезапно возникает состояние тревоги, тоски; депрессивное состояние при этом может напоминать витальную депрессию, что особенно характерно для лиц пожилого возраста.

Тревожная депрессия, возникающая во время болевого приступа инфаркта миокарда, опасна возможностью суицидальных действий. При ухудшении состояния тоскливо-тревожная симптоматика может смениться эйфорией, что также весьма опасно в силу неадекватного поведения больного.

В остром периоде инфаркта миокарда возможно возникновение состояний помраченного сознания в виде оглушения разной степени выраженности, начиная от обнуляции и кончая сопором и комой. Могут быть делириозные изменения сознания, а также сумеречные расстройства сознания, что особенно характерно для пожилых людей, у которых инфаркт миокарда развивается на фоне имеющихся гипертонической болезни и церебрального атеросклероза. Расстройства сознания, отмечаемые при инфаркте миокарда, обычно непродолжительны (несколько минут, часов, реже несколько суток).

Очень характерна для инфаркта миокарда астеническая симптоматика. В остром периоде превалирует соматогенная астения. С течением времени начинает преобладать симптоматика, связанная уже с влиянием психогенного фактора: реакция личности на инфаркт миокарда как на тяжелую психотравмирующую ситуацию с угрозой жизни и благополучию. В таком случае психогенные невротические реакции тесно переплетаются с воздействием собственно соматогенного фактора, благодаря чему непсихотические синдромы носят смешанный характер, то приближаясь к чисто невротическим, то к невротоподобным с их полиморфизмом, нестойкостью, рудиментарностью.

Невротические реакции при инфаркте миокарда во многом зависят от преморбидных особенностей и проявляются в виде кардиофобических, депрессивных, тревожно-депрессивных, ипохондрических, депрессивно-ипохондрических и реже – истерических и анозогнозических.

При кардиофобических реакциях у больных превалирует страх перед повторным инфарктом и возможной смертью от него. Они чрезмерно осторожны, сопротивляются любым попыткам расширения режима физической активности, пытаются сократить до минимума любые физические действия. На высоте страха у таких больных возникают потливость, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, дрожь во всем теле.

Тревожно-депрессивные реакции выражаются в чувстве безнадежности, пессимизме, тревоге, нередко – в двигательном беспокойстве.

Депрессивно-ипохондрические реакции характеризуются постоянной фиксацией на своем состоянии, значительной переоценкой его тяжести, обилием многочисленных соматических жалоб, в основе которых могут лежать выраженные сенестопатии.

Сравнительно нечасто встречающиеся анозогнозические реакции весьма опасны пренебрежением больного к своему состоянию, нарушением режима, игнорированием медицинских рекомендаций.

В отдаленном периоде инфаркта миокарда возможны патологические развития личности, преимущественно фобического и ипохондрического типа.

Цель. Оценить психопатологические явления при инфаркте миокарда.

Материалы и методы. В исследование были включены 78 больных на базе 11–12 сомато-геронтологического отделения КОКПБ в 2013 году.

Результаты и их обсуждения. 24 больных – с депрессивно-ипохондрическими реакциями (постоянная фиксация на своем состоянии со значительной переоценкой его тяжести, обилием многочисленных соматических жалоб, в основе которых могут лежать выраженные сенестопатии);

16 больных – с анозогнозическими реакциями (пренебрежением к своему состоянию, нарушением режима, игнорированием медицинских рекомендаций);

30 больных – с тревожно-депрессивными реакциями (выражаются в чувстве безнадежности, пессимизме, тревоге, нередко – в двигательном беспокойстве);

8 больных – с патологическим развитием личности фобического типа.

Психические проявления при каждой из данной соматической патологии:

1. Инфаркт миокарда (ИМ) – ипохондрия, тревожная депрессия, боязнь за свое здоровье, панические атаки.

2. Постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – отмечается бред ипохондрического характера (конгруэнтный бред), депрессия.

Таблица

Соматические проявления			
	65–75 лет	75–85 лет	85 и старше
ИМ 73 больных (100 %)	54 (73,9 %)	14 (19,2 %)	5 (6,9 %)
ПИКС 45 больных (100 %)	12 (26,7 %)	27 (60 %)	6 (13,3 %)

Заключение. У пациентов возрастной группы 65–75 лет преобладающей соматической патологией является инфаркт миокарда – 73,9%.

В возрастной группе 75–85 лет преобладают пациенты, перенесшие постинфарктный кардиосклероз, – 60 %.

В возрастной группе 85 и старше лет преобладают пациенты, перенесшие постинфарктный кардиосклероз, – 13,3 %.

Вывод. Коррекция психических расстройств у геронтологических больных является значимым компонентом в лечении соматической патологии.