

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КРОСС-СИМПТОМОВ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ И НЕОТЛОЖНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Курасов Е.С., Костюк Г.П., Конюшенко К.К., Конюшенко Д.А.
 Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

УДК: 616-079.4:616.891.6

Резюме

Обследовано 78 пациентов с ведущей тревожной симптоматикой, проходивших лечение в кардиологическом и психиатрическом стационарах. Установлено, что 78,2% больных впервые обратились за медицинской помощью к терапевтам в связи с соматическими проявлениями тревожных нарушений. Показаны основные дифференциально-диагностические критерии оценки симптоматики, общей для тревожных расстройств и неотложных кардиологических состояний, а также комплексный подход к их терапии.

Ключевые слова: тревожные расстройства, неотложные кардиологические состояния, дифференциальная диагностика.

DIFFERENTIAL EVALUATION OF CROSS-SYMPTOMS OF ANXIETY DISORDERS AND ACUTE CARDIAC CONDITIONS

Kurasov Ye.S., Kostyuk G.P., Konyushenko K.K., Konyushenko D.A.

The article introduces observation of 78 patients with acute anxiety symptomatology, who underwent treatment in cardiology and psychiatry in-patient clinics. It is established that 78,2% of the patients first sought medical care due to somatic anxiety disorders. The article describes major differential and diagnostic criteria for evaluation of symptoms typical for anxiety disorders and acute cardiac conditions, as well as complex treatment approach.

Keywords: anxiety disorders, acute cardiac conditions, differential diagnostics.

Клинико-эпидемиологические исследования последних лет в области психиатрии указывают на значительный рост пограничной психической патологии, среди которых значительное место занимают тревожные расстройства (ТР) [1]. По данным Национального института психического здоровья США (2008) распространенность психических расстройств в этой стране к настоящему времени достигла 32,7%, в структуре которых чаще всего встречаются ТР (22,9%), а депрессии составляют лишь 5,9%. В других странах распространенность ТР колеблется от 0,6 до 6,5%, а в РФ в настоящее время, по некоторым данным, достигает 30% [1, 2].

А.В. Недоступ (2002), D. Kessler (1999) указывают, что у 30–50% первичных пациентов на терапевтическом приеме тахикардия, сердцебиение, боль в груди, колебания артериального давления являются вегетативным компонентом ТР, а не проявлением кардиологической патологии. В случае несвоевременной диагностики тревожного характера выявляемых расстройств данная группа лиц в течение длительного времени получает неоптимальную терапию, которая неэффективна при этих нарушениях. Следует отметить, что по мере своего течения ТР претерпевают патологическое развитие с своеобразным «закреплением» эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений [4, 6]. Более того, отмечаются отчетливые реципрокные взаимоотношения между тревожной симптоматикой и риском формирования сердечно-сосудистой патологии. Так, до 10,2% мужчин в возрасте около 60 лет с высоким уровнем тревоги переносят инфаркт миокарда, несмотря на прием специфической терапии и контроль уровня холестерина [2].

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра тревога стала самостоятельной диагностической категорией. В зависимости от преобладающей симптоматики выделены две основные группы ТР – «тревожно-фобические» и «другие тревожные расстройства». Кроме того, отдельно рассматриваются реакции на стрессовые события и расстройство адаптации (F43.2), в структуре которых также преобладают тревожные нарушения. В группу с фобическим компонентом включаются агорафобия (F40.0), социальные фобии (F40.1) и специфические (изолированные) фобии (F40.2). Группа «других тревожных расстройств» включает паническое расстройство (F41.0), генерализованное тревожное расстройство (F41.1) и смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2).

Целью исследования явилось изучение особенностей диагностики кросс-симптомов, выявляемых у больных с ТР в неотложной кардиологической и психиатрической практике, а также их комплексного лечения.

Материал и методы исследования

Обследованы 78 пациентов с различными формами ТР (паническим, агорафобическим, генерализованным тревожным и фобическим), проходивших лечение в психиатрическом и (или) кардиологическом стационарах по поводу тревожных нарушений с полиморфными вегетативными нарушениями. В кардиологической стационар пациенты поступали с диагнозами направления: «гипертонический криз», «ишемическая болезнь сердца», «нейро-циркуляторная дистония», а также по поводу различных нарушений сердечного ритма. Исследуемый

контингент составил: 16 мужчин и 62 женщины. Средний возраст обследованных составил $34,7 \pm 11,5$ лет, длительность заболевания – $3,2 \pm 2,8$ лет.

Результаты и их обсуждение. Рассматривая проявления ТР в терапевтической и кардиологической практике следует отметить, что в настоящее время под тревогой понимают аффект, возникающий в ожидании неопределенной опасности или неблагоприятного развития событий. Клинические проявления ТР, всегда, наряду с психическими нарушениями, включают соматическую симптоматику.

Проведенное исследование показало, что у пациентов с ТР наиболее частыми общими симптомами психических нарушений (рис. 1) являлись: нарушения сна (92,1%), беспокойство «по мелочам» (87,2%), ощущение напряженности, скованности, неспособность расслабиться (84,1%), повышенная утомляемость (77,2%), раздражительность (74,1%), различные страхи (65,2%), невозможность сконцентрироваться (56,2%) и др. В кардиологической же практике этот список дополнялся симптомами, связанными с основным заболеванием, которые проявлялись внутренней напряженностью, вызванной опасением за исход заболевания (78,3%), кошмарными сновидениями (58,1%), страхом инвалидности (43,1%), что было связано с семантикой предварительного диагноза, особенно выставленного специалистами «скорой помощи», и фактом госпитализации в терапевтической стационар по неотложным показаниям.

Соматической составляющей симптоматики общей для всех пациентов с ТР на терапевтическом приеме являлись такие вегетативные симптомы, как колебания артериального давления (89,1%), учащенное сердцебиение (74,3%), чувство «сдавления» в груди (61,1%), чувство «нехватки воздуха» (57,9%), повышенная потливость (44,1%), приливы жара или холода (34,5%) и др.

По данным исследования 61 (78,2%) пациент с ТР первично обращался к терапевту (кардиологу). При этом в 20 случаях (32,8%) врач-интернист уже в ходе первичного исследования смог исключить кардиологическую

патологию и направить этих больных к врачу психиатру (психотерапевту) или медицинскому психологу. Еще у 6 (9,8%) пациентов диагноз кардиологического заболевания был исключен после проведения углубленного обследования (ЭКГ, ЭХО-КГ, лабораторного исследования и др.). 35 (57,4%) больных получали в течение длительного времени (1,5–3 месяца) терапевтическое лечение, в т.ч. стационарное без сколько-нибудь значимого эффекта и лишь затем все-таки были направлены на осмотр к психиатру.

Соотношение мужчин и женщин с ТР составляло 1:3,8. Это, по-видимому, явилось следствием не только относительно более низкой распространенности невротических расстройств у мужчин, но в первую очередь малой обращаемости последних за психиатрической помощью в силу сложившихся социокультурных стереотипов. Стыдясь таких нелепых, с их точки зрения, мыслей или боясь прослыть «сумасшедшими», многие больные на протяжении ряда лет с помощью выработанных индивидуальных систем и «защитных мероприятий» продолжали привычное социальное функционирование и, несмотря на значительное усложнение жизни, упорно избегали врачей-психиатров.

Исследование показало, что дифференциальная диагностика ТР и других патологических, в том числе, неотложных кардиологических состояний, может быть очень сложной. Соматические нарушения, характерные для неотложного кардиологического состояния, могли имитировать ТР, способствовать развитию или ухудшать его течение посредством различных патофизиологических механизмов. Кроме того, симптомы заболевания могли служить триггерами ТР и протекать коморбидно с тревожными нарушениями (табл. 1).

Возвращаясь к вопросу дифференциальной оценки тревожной симптоматики в кардиологической практике следует отметить такую ее отличительную особенность как полисистемность жалоб. В случае, если пациент отмечал колебания артериального давления или перебои в работе сердца, боли в груди, то при детальном сборе анамнеза в

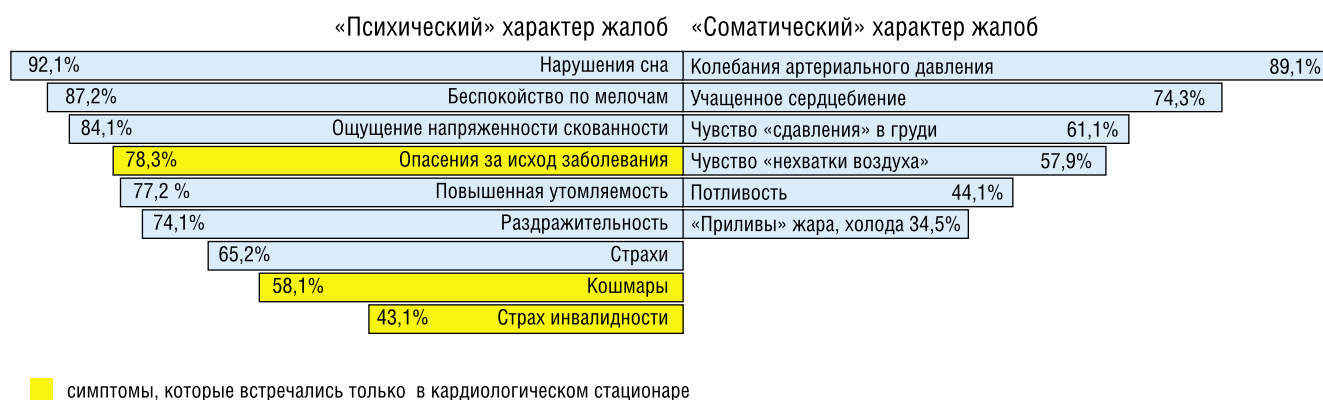


Рис. 1. Симптомы пациентов с ТР

Табл. 1. Соотношение ТР и кардиологических заболеваний

Патологические Состояния	Напоминают ТР	Ухудшают ТР	Являются триггером ТР	Протекают совместно с ТР
Ишемическая болезнь сердца (острый коронарный синдром)	+		+	+
ГБ	+		+	+
Нарушения сердечного ритма	+		+	+
Нейроциркуляторная дистония (гипо- и гипертензивного типа)	+		+	+
Пролапс митрального клапана		+	+	+
Вторичные гипертензии	+		+	+

67 (85,9%) случаях также удавалось выявить симптомы со стороны нервной (головокружение, парестезии, мышечные подергивания), дыхательной (одышка и нехватка воздуха), пищеварительной (тошнота, отрыжка, боль в животе) систем. Помимо перечисленных нарушений в 34 (43,6%) случаях отмечались эпизоды субфебрилитета, озноб, гипергидроз, полиурия. Таким образом, при наличии полисистемных жалоб у больного при отсутствии объективных признаков органической кардиологической патологии более вероятным является диагноз тревожного расстройства, а не ИБС (острого коронарного синдрома), гипертонического криза или какого-либо другого неотложного кардиологического состояния.

Следующей особенностью тревожных нарушений являлось наличие связи динамики клинического состояния больного с развитием психотравмирующей ситуации в окружении. Характерным примером являлись больные с агорафобией: находясь в привычной домашней обстановке, они чувствовали себя нормально, но стоило им выйти из дома или воспользоваться общественным транспортом (особенно метро), как у них возникали или усиливались все те кардиологические проявления тревоги, о которых шла речь. Положительный эффект в отношении соматических жалоб у больных с ТР оказывали седативные и анксиолитические средства. В 87,7% наблюдений купирование боли в сердце корвалолом, валокордином или транквилизаторами свидетельствовало о том, что боли эти не носили ишемического характера, т.е. об их психогенной природе.

Другой особенностью этих расстройств являлось изменение личностного типа реагирования на болевой синдром, что также способствовало дифференциальной оценке. Выраженность фиксации на своем состоянии с сопровождающейся ажитацией, зачастую выходил за рамки адекватной реакции личности на симптомы неотложного кардиологического состояния. При этом больные активно предъявляли жалобы, пребывали в постоянном движении, пытались принять сразу несколько лекарственных препаратов. В итоге они либо вызывали бригаду скорой помощи, либо самостоятельно приходили в стационар или поликлинику с требованием госпитализации. В ходе сбора анамнеза состояние этих пациентов нередко заметно улучшалось, в отличие от истинных больных ИБС, у которых любая гиперактивность и даже просто оживленный разговор, как правило, лишь ухудшат состояние.

Еще одной особенностью течения ТР явились необычность клинических проявлений и их непохожесть на известные соматические нарушения. При психогенных кардиалгиях в рамках ТР длительность, характер и зоны иррадиации боли не соответствовали типичному приступу стенокардии или проявлению острого коронарного синдрома, а формировались исходя из представлений пациента о расположении «поврежденного» органа.

Однако, наиболее характерным для соматических проявлений ТР являлось отсутствие объективных клинических и параклинических признаков органической патологии, выявляемых при инструментальных (ЭКГ, ЭХО-КГ, ВЭМ и др.) и лабораторных методах исследования (биохимические маркеры и др.).

Формирование и длительное течение ТР в 55 (70,5%) случаях сопровождалось своеобразной «деформацией» личностных особенностей. При этом пациент по-особому, «фантастически» преподносил врачу свою внутреннюю картину болезни, уникальную концепцию развития его «тяжелого заболевания». Кроме этого, сами больные отмечали, что за время течения заболевания они «изменились», «стали другими». Это особенно было заметно у лиц, которые до манифестирования тревожных нарушений отличались уверенностью в себе, стеничностью, активностью, целеустремленностью. Но, по мере течения заболевания, они становились робкими, застенчивыми, избегали повышенных нагрузок и даже обычной активности. Ухудшение социальной адаптации приводило к частой смене или потере работы, избеганию контактов с друзьями, родными и близкими, ограничению круга привычных увлечений.

Все эти признаки позволяли отличить те жалобы, с которыми пришел больной к терапевту или кардиологу, от какого-либо соматического заболевания, и понять, что у больного имеется пограничное психическое расстройство с тревожной симптоматикой.

Неуклонный рост ТР (изолированных или в структуре других заболеваний) диктует необходимость освоения навыков их коррекции врачами-интернистами (особенно, кардиологами), которые при определенной подготовке могут курировать большинство больных с ТР. Неукоснительными правилами патогенетического лечения при этом должны быть следующие: подбор оптимальных (в основном невысоких) доз препаратов, тщательный учет всех противопоказаний, побочных эффектов и воз-

можных осложнений, а также обязательное сочетание психофармакотерапии с психотерапией.

Чрезвычайно важны при лечении больных с ТР создание и соблюдение на всех этапах лечения необходимой психотерапевтической среды и осуществление социальной поддержки больного. Подобно тому, как хирург не может оперировать в «септических» условиях, так терапевту (кардиологу) или психиатру бессмысленно лечить подобных пациентов в условиях неразрешившейся психотравмирующей ситуации. В особенности это касается случаев, когда терапевт (кардиолог) не уверен в своем диагностическом заключении, а случайно «брошенное» им слово у пациента с тревожно-мнительными чертами характера может привести к значительному ухудшению состояния.

В настоящее время для лечения ТР используют препараты практически всех классов психотропных средств, однако наиболее широко применяются транквилизаторы, и все чаще антидепрессанты. Их назначение имеет ряд особенностей. Применение первых позволяет добиться быстрого, но непродолжительного эффекта, и сопряжено с риском развития лекарственной зависимости. Назначение антидепрессантов обеспечивает достижение более стойкого положительного результата в терапии тревоги без возникновения истинного привыкания, в связи с чем является более предпочтительным. Однако наступление положительного эффекта в этом случае является отсроченным. По этой причине целесообразно в первые 7-10 дней сочетание их назначения с транквилизаторами. Начинать лечение ТР наиболее оправданно антидепрессантами последних поколений, к которым относят селективные ингибиторы обратного захвата серотонина – пароксетин, флувоксамин, сертралин, циталопрам, эсциталопрам. При этом необходимо соблюдать осторожность, учитывая кардиотропные эффекты некоторых из них в виде риска развития артериальной гипертензии и негативное влияние на фракцию выброса у больных с сердечной недостаточностью. Также возможно потенцирование или ослабление эффектов психотропных и соматотропных препаратов (в случае совместного применения), которое может оказаться как благоприятным, так и нежелательным, и даже опасным. В связи с этим важным является мониторинг ЭКГ и АД во время проведения антидепрессивной терапии, внимательное наблюдение за эффектом терапии, получаемой пациентом.

В сложных в дифференциально-диагностическом плане ситуациях или при отсутствии ожидаемого результата фармакотерапии (при терапевтически адекватных дозах в течение адекватного периода времени) пациентов следует курировать при консультативном участии психиатра (психотерапевта), а возможно, и передать ему больного для полноценного лечения. В трудных случаях, когда компетенции кардиолога становится недостаточно, необходимо направить пациента на осмотр к психиатру. К числу наиболее распространенных ситуаций, когда следует принимать такое решение, относят отчетливый

суицидальный риск; тревогу, манифестирующую как проявление шизофрении или другого процессуально-обусловленного расстройства; аддиктивную патологию и личностные расстройства.

Непременным залогом успешности терапии резистентных ТР является комплексный подход, включающий в себя наряду с полноценной фармакотерапией широкий спектр психотерапевтических, физиотерапевтических и социально-реабилитационных мероприятий.

Проводимые в настоящее время исследования в кардиологии и психиатрии свидетельствуют о неуклонном росте распространенности группы ТР, имеющих высокую актуальность как для кардиологов, так и для психиатров. При этом длительное и малоэффективное лечение этих пациентов с использованием одной лишь соматотропной терапии зачастую приводит к хроническим изменениям, существенно ухудшающих их социализацию. В связи с этим, сотрудничество психиатров и кардиологов способствует успешной своевременной диагностике и лечению ТР с разнообразными кардиологическими симптомами, улучшая уровень социального функционирования пациентов и снижая число повторных госпитализаций.

Литература

1. Рачин А.П. Депрессивные и тревожные расстройства в общей практике: справочное руководство для врачей / А.П. Рачин. – Смоленск, 2004. – 96 с.
2. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике / А.Б. Смулевич. – М., 2000. – 159 с.
3. Недоступ А.В., Федорова В.И., Казиханова А.А. Психовегетативные соотношения и их коррекция при вегетативной дисфункции синусового узла / А.В. Недоступ, В.И. Федорова, А.А. Казиханова // Клинич. медицина, 2004. – №10. – С. 26–30.
4. Яковенко Т.В. Качество жизни пациентов с различными формами фибрилляции предсердий и влияние на него лечения нозогенных психических реакций / Ю.В. Шубик и [др.] // Вестник аритмологии. – 2008. – №51. – С. 36–39.
5. Kessler D. Symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care / Kessler D., Lloyd K., Lewis C. // BMJ. – 1999. – Vol. 318. – P. 436–439.
6. Simon J. Somatic symptoms and psychiatric disorder: an international primary care study / Simon J., Lecrubier Y., Ustun T.B. // Rev Contemp Pharmacotherapy. – 1996. – Vol. 7. – P. 279–285.

Контактная информация

Курасов Евгений Сергеевич

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Тел.: 8 (911) 963-02-21

e-mail: doc4678@mail.ru