

## ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКРДА

Курасов Е.С.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

УДК: 616.89-008-053.7:616.127-005.8-036.11

### Резюме

Обследовано 45 пациентов молодого возраста, перенесших острый инфаркт миокарда, выделено три периода психических расстройств: острый, подострый и отдаленных последствий. Установлено, что у 75,6% пациентов развивалось состояние психической дезадаптации различной степени выраженности. В 47,1% случаев психические нарушения протекали в виде психогенно и соматогенно обусловленных расстройств донозологического уровня. Среди клинически оформленных форм преобладали расстройства депрессивного спектра (нозогенные реакции и состояния). Показаны клинико-психопатологические особенности этих нарушений и необходимость комплексной терапии в условиях терапевтического (кардиологического) стационара.

**Ключевые слова:** острый инфаркт миокарда, подострый период, психические нарушения, расстройства депрессивного спектра.

### Введение

В настоящее время проблема психосоматических взаимоотношений приобретает все большую актуальность при сердечно-сосудистой патологии и неотложных кардиологических состояниях, в частности, остром коронарном синдроме (ОКС). По данным современных мультицентровых исследований, распространенность аффективной патологии у этих пациентов достигает 80% [2]. В Российской Федерации ежегодно более 700 тыс. человек переносят острый инфаркт миокарда (ОИМ), а смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) и ее осложнений составляет более 760 человек на 100 тыс. взрослого населения. При этом, в последние годы среди лиц перенесших ОКС отмечается увеличение числа пациентов молодого возраста [1].

Среди этиопатогенетических механизмов формирования неотложных кардиологических состояний в настоящее время особое значение придается депрессии. К числу наиболее значимых факторов риска (как в развитии ИБС, так и в ухудшении прогноза после перенесенного ОКС), вместо считавшегося ранее основным – психологического поведенческого типа А (энергичные, амбициозные, «сгорающие» на работе люди), все чаще упоминаются расстройства депрессивного спектра. Формирование последних, как правило, сопровождается активацией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, развитием дислипидемии (повышением уровня липопротеинов низкой плотности и снижением уровня липопротеинов высокой плотности) и, как следствие, атерогенезом коронарных сосудов [2, 3].

По данным крупнейшего международного многоцентрового исследования INTER-HEART Study (Effect of potentially modifiable factors associated with myocardial infarction in 52 countries), проведенного в 2003 г. с целью

### MENTAL DISORDERS IN YOUNG PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Kurasov E.S.

Investigated 45 young patients with acute myocardial infarction, divided three periods of mental disorders: acute, subacute and long-term effects. Found that in 75.6% of patients developed state of mental maladjustment of varying degree. In 47.1% of cases of mental disorders place in the form of psychogenic and somatogenically caused disorders of pre-nosological level. Among clinically executed forms predominated depressive disorder spectrum (nozogeny reaction and state). Shows the clinical and psychopathological features of these disorders and the need for complex therapy in therapy (cardiological) clinic.

**Keywords:** acute myocardial infarction, subacute period, mental disorders, disorders of depressive spectrum.

выявления факторов риска развития ОИМ, установлено, что независимо от географического региона, этнических, расовых и социальных различий заболеваемость инфарктом миокарда во всем мире определяются девятью независимыми факторами риска, среди которых третьим по значимости являются расстройства депрессивного спектра и стресс [4].

Крайне важным в клиническом плане является тот факт, что независимо, страдал ли больной психическим расстройством до развития ОКС, или оно развилось вторично, как реакция личности на соматическое заболевание, наличие психопатологических нарушений значительно отягощает его клиническое течение и прогноз [5, 6].

Целью исследования явилось изучение особенностей подострого периода психических нарушений при ОИМ у лиц молодого возраста.

### Материал и методы исследования

В ходе настоящего исследования были изучены особенности психических нарушений у лиц молодого возраста (22–45 лет) при ОКС. Всего обследовано 45 пациентов: 34 мужчин и 11 женщин, проходивших лечение в кардиологическом и терапевтическом стационарах. Средний возраст составил  $35,1 \pm 7,2$  лет для первой, и  $38,2 \pm 2,2$  лет для второй группы, соответственно. Основным методом обследования являлся клинико-психопатологический, для изучения личностно-типологических особенностей использовался опросник ММРІ.

### Результаты и их обсуждение

Изучение наблюдавшихся при неотложных кардиологических состояниях клинико-динамических особенностей возникновения и развития психических расстройств

позволяет выделить три основных периода: острый (от появления первых неприятных (или резко болезненных) ощущений, ухудшения общего самочувствия до оказания первой врачебной помощи (минуты – часы); подострый (от оказания первой медицинской помощи и купирования жизнеугрожающих проявлений кардиологического заболевания до стабилизации соматического состояния и выписки из стационара); отдаленных последствий (продолжающийся после выписки из стационара).

Исследование показало, что среди лиц молодого возраста в подостром периоде психических нарушений при ОКС у 34 (75,6%) пациентов развивалось состояние психической дезадаптации различной степени выраженности (рис. 1). В 16 (47,1%) случаев психические нарушения протекали в виде полиморфных расстройств донозологического уровня в виде психогенно и соматогенно обусловленных, синдромально незавершенных невротических и неврозоподобных симптомокомплексов, не достигавших клинически очерченного уровня.

Несмотря на ситуационную обусловленность, субъективную и объективную «понятность» их возникновения (как психологическая реакция на факт возникновения жизнеугрожающего соматического состояния, семантику диагноза, необходимость соблюдать строгий постельный режим, пребывание в отделении интенсивной терапии, выраженные изменения гемодинамических и гомеостатических показателей), они отличались от естественных для человека эмоциональных переживаний определенной стойкостью и специфичностью проявлений. Также отмечались незначительные, субъективно неприятные соматовегетативные нарушения как постоянного, так и пароксизмального характера, приводившие к снижению активности и вовлеченности в процесс лечения. Несмотря на то, что при этом не наблюдалось выраженного субъективного ощущения нездоровья, такого рода проявления сопровождались определенными нарушениями социально-психологической адаптации в виде повышенной конфликтности и ухудшения межличностных отношений.

Среди клинически завершённых форм в подостром периоде психических нарушений у пациентов молодого возраста с ОИМ преобладали расстройства депрессивного спектра – 18 (52,9%) наблюдений. Последние проявлялись в виде депрессивных и тревожно-депрессивных нарушений различной степени выраженности. Среди них в 6 (17,6%) случаях отмечались депрессивные нозогенные реакции невротического уровня. В отличие от неспецифичных внеличностных переживаний острого периода в виде выраженного аффекта страха и тревоги, они представляли собой специфические негативные реакции личности пациентов на факт наличия заболевания, его семантику и опасения угрозы жизни, мучительные болевые ощущения, необходимость пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии, прохождения многочисленных медицинских манипуляций и проведения специфической медикаментозной терапии. В зависимости от



Рис. 1. Психические нарушения подострого периода у лиц молодого возраста, перенесших острый инфаркт миокарда

преморбидных личностно-типологических особенностей отмечались некоторые различия в клинической картине пациентов возбудимого и тормозимого типов, которые определяли своеобразие формирования и клинических проявлений нозогенных депрессивных нарушений.

У лиц первой группы, относимых, в основном к личностным кластерам А и В (паранойяльного, гистрионного (истероидного), импульсивного типов), отмечалось снижение настроения, не доходившее до степени тоскливого аффекта, при этом они жаловались на «ощущение грусти», «подавленность», «неспособность ощущать радость от окружающего». Сниженное настроение обычно сопровождалось выраженной эмоциональной лабильностью, слезливостью, преходящей тревогой за свое соматическое состояние и его исход, незначительным повышением мыслительной активности и суетливостью, снижением аппетита, диссомническими нарушениями. Если пониженное настроение сочеталось повышенной истощаемостью, более выраженными были диссомнические нарушения в виде затруднения засыпания и глубины ночного сна. Всеми больными осознавалась связь между ухудшением своего психического состояния и возникновением неотложного кардиологического заболевания. Содержание депрессивных переживаний обычно ограничивались нозогенными психотравмирующими обстоятельствами. Суточные колебания настроения отсутствовали у всех больных за исключением пациентов с импульсивными особенностями, у которых отмечалось незначительное улучшение состояния в вечерние часы. Больные, в целом, критически оценивали

свое заболевание, активно интересовались динамикой своего состояния и перспективами, активно выполняли врачебные назначения и проходили обследование. В случае преобладания в структуре личности гистрионных (истероидных) особенностей реагирования, они стремились несколько драматизировать свое состояние и преувеличивать его тяжесть, требовали повышенного внимания и сочувствия со стороны медицинского персонала и родственников. В поведении этих пациентов преобладал пассивный способ участия в лечебно-диагностическом процессе, что проявлялось в постоянных напоминаниях им необходимости приема лекарств, выполнения инструментальных исследований, а также просьбами с их стороны обсудить («в присутствии родственников») план их дальнейшего обследования, лечения и прогноз заболевания.

У лиц тормозимой группы, относимых, в основном к личностному кластеру С (обсессивно-компульсивный (ананкастный), тревожный и зависимый типы), отмечалось преимущественно сниженное настроение, не носившее характера тоски и также не имевшее четких суточных колебаний. Чаше депрессивный аффект у этих пациентов имел тревожный характер, причем у ряда больных тревога была выраженной и постоянной. При этом связь ухудшения психического состояния с возникновением ОКС, также как и в группе лиц возбудимого типа, четко осознавалась всеми больными. В отличие от больных с депрессивными нарушениями той же группы, пониженное настроение практически всегда сочеталось с астеническими проявлениями – раздражительностью, повышенной утомляемостью, слабостью, общей гиперестезией, которые не уменьшались после продолжительного отдыха и ночного сна. Также отмечались диссомнические нарушения, когда больные подолгу не могли заснуть, а ночной сон был укороченным и прерывистым. По утрам и на протяжении всего дня у этих пациентов наблюдалась повышенная сонливость, отсутствовало чувство отдыха и бодрости. Больные жаловались на «замедленность мыслей», «вялость», «заторможенность движений».

Тревожно-фобические нозогенные реакции были выявлены у 4 (11,8%) пациентов с ОИМ. Для них было характерно выраженное чувство страха и тревожные опасения по поводу своего здоровья, прогноза течения заболевания, возможной инвалидности и утраты трудоспособности. Кроме этого клиническая картина сопровождалась раздражительностью, снижением настроения, слезливостью, нарушениями сна. В ряде случаев тревожные расстройства достигали выраженности панических атак с витальным страхом смерти и полиморфными соматовегетативными симптомами (диспноэ, тахикардия, кардиалгии, ощущения «жара» и т.д.). Анализ клинико-динамических особенностей тревожно-фобических реакций показал, что они возникали несколько позднее других форм невротических нозогенных реакций. Как правило, это происходило на фоне нестабильного соматического состояния, повторных ишемических изменений

в миокарде, болевых ощущений, выраженных колебаний артериального давления, нарушений сердечного ритма и проводимости, получения «неприятной» информации от врачебного персонала. Среди пациентов этой группы преобладали лица с характерологическими особенностями личностного кластера С (тревожный, обсессивно-компульсивный) и В (истероидный (гистрионный) и пограничный типы).

Одним из основных проявлений тревожно-фобических реакций при ОКС являлись различные фобические нарушения (кардиофобия, танатофобия, агорафобия и др.). При этом формировался своеобразный «страх за сердце», «страх остановки сердца», «повторного инфаркта» или «приступа стенокардии». В дальнейшем кардиофобические нарушения оказывали существенное влияние на качество жизни и повседневный ритм пациентов. По причине своих страхов они часто избегали физической активности, требовали особого «щадящего» режима, отказывались от проведения медицинских исследований, связанных с функциональными нагрузками (велоэргометрии, тредмил-теста и т.д.).

Особую группу расстройств депрессивного спектра – 8 (23,5%) наблюдений, составили более выраженные депрессивные состояния эндоформного характера. Отличительной особенностью этих нарушений являлось наличие в клинической картине аффективных нарушений витального характера, схожих с таковыми при большой депрессии. Практически все пациенты этой группы не отмечали четкой связи между ухудшением своего психического состояния и возникновением ОКС.

Депрессивные нарушения у этих больных характеризовались витальным оттенком тоски, «тяжести в груди», ощущением «полного упадка сил», мыслительной заторможенности, негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения и окружающей действительности, неспособностью получать удовольствие от жизни и испытывать положительные эмоции, снижением побуждений к деятельности. Нарушались физиологические функции, снижался аппетит. Также отмечались умеренные проявлениями симпатикотонии в виде сухости во рту и склонности к тахикардии. Одной из наиболее характерных особенностей этой группы являлись циркадные аффективные колебания с ухудшением самочувствия в утренние часы и умеренным улучшением настроения к вечеру. Диссомнические нарушения характеризовались резко нарушенным засыпанием и отсутствием чувства сна, либо частым прерывистым сном с яркими тревожными сновидениями, кошмарами, зачастую определявшими утреннее состояние больных. В отделении интенсивной терапии эти пациенты отличались пассивностью, сниженной вовлеченностью в лечебный процесс, врачебными рекомендациями и результатам обследования. Перспективы своего выздоровления они зачастую оценивали скептически. Но при этом, в отличие от пациентов с большой депрессией, они достаточно редко высказывали суицидные мысли, идеи виновности и самоуничтожения.

Следует отметить, что перечисленные выше проявления эндоформных депрессивных нарушений при ОКС практически не встречались в развернутом виде. В абсолютном большинстве наблюдений отмечались отдельные симптомы, формировавшие картину своеобразной «малой» депрессии. При этом значительную роль играли полиморфные болевые и сенестопатические ощущения различной локализации, постоянные и пароксизмальные вегетативные расстройства (гипергидроз, тахикардии, диспноэ и т.д.).

Болевой синдром встречался более чем у 75% пациентов с эндоформной депрессивной симптоматикой. Как правило, это были патологические телесные сенсации, исходившие из разных анатомических областей, но имевшие наибольшую выраженность в области грудной клетки и проекции сердца. Больные жаловались на постоянные или периодические боли, которые носили своеобразный «плавающий» характер (в передней, боковой или заднегрудной области), были различными по степени выраженности в течение суток, могли иррадиировать в другие части тела (живот, шею, руки, спину). При этом, электро- и эхокардиографическое обследование не выявляли новых участков ишемии и органических изменений в миокарде. В 62,5% наблюдений возникновение или усиление болей было связано с внешними психотравмирующими стрессовыми обстоятельствами («неприятной» беседой с близкими родственниками, конфликтами с медицинским персоналом, «отрицательными» результатами обследования). В наибольшей степени это было выражено у пациентов с преморбидными личностными особенностями кластеров В и С (истероидный (гистрионный), пограничный и ананкастный типы). Отличительной дифференциальной особенностью болевых ощущений являлось купирование (либо значительное уменьшение) их интенсивности приемом небольших дозировок транквилизаторов (диазепама, феназепамы и т.д.) или седативных препаратов.

Общим для всех пациентов с синдромально завершенными психическими расстройствами при ОКС было наличие «сквозной» астенической или астеноподобной симптоматики (невротического или неврозоподобного регистра), в происхождении которой играли роль как психотравмирующие нозогенные, так и соматогенные факторы, связанные с патологическим изменением деятельности сердечно-сосудистой системы на фоне кардиологического заболевания. Астенические нарушения проявлялись слабостью, вялостью, повышенной утомляемостью, снижением общего тонуса и концентрации внимания, эмоциональной лабильностью, повышенной раздражительностью, явлениями общей гиперестезии (усиленная чувствительность к звуковым, световым и иным раздражителям), полиморфными вегетативными симптомами (повышенной потливостью, диспепсией и т.д.), диссомническими нарушениями. Следует отметить, что выраженность астенической симптоматики, как правило, коррелировала с тяжестью аффективных нарушений.

## Заключение

Высокая распространенность расстройств депрессивного спектра в кардиологической и терапевтической практике, их негативное влияние на течение и прогноз кардиологического заболевания, показатели социального функционирования и качества жизни больных, а также уровни кардиальной и общей смертности ставят перед врачами общемедицинской сети новые задачи. Проведенное исследование показало, что у пациентов молодого возраста ОКС в 75,6% случаев сопровождается развитием психических нарушений, среди которых преобладают расстройства депрессивного спектра. Поэтому своевременное и эффективное лечение ОКС у лиц молодого возраста возможно лишь при участии специалистов различного профиля (терапевтов, кардиологов, психиатров), от чего зависит не только прогноз соматического заболевания и но и качество жизни пациентов.

## Литература

1. Васюк Ю.А. Особенности патогенетической взаимосвязи депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний / Ю.А. Васюк, Т.В. Довженко, Е.Л. Школьник // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – Т. 2, № 1. – С. 32–35.
2. Краснов В.Н. Депрессии и сердечно-сосудистые заболевания / В.Н. Краснов // Практикующий врач. – 2002. – № 2. – С. 22–31.
3. Крыжановский В.А. Диагностика и лечение инфаркта миокарда / В.А. Крыжановский. – Киев: Феникс, 2001. – 451 с.
4. Смулевич А.Б. Психокardiология / А.Б. Смулевич [и др.]. – М., 2005. – 735 с.
5. Glassman A.H. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina (the SADHART trial) / A.H. Glassman, C.M. O'Connor, R.M. Califf // JAMA. – 2002. – Vol. 288, № 6. – P. 701–709.
6. Shapiro P.A. An open-label preliminary trial of sertraline for treatment of major depression after acute myocardial infarction (the SADHART Trial). Sertraline antidepressant heart attack trial / P.A. Shapiro [et al.] // Am. Heart J. – 1999. – Vol. 137, № 6. – P. 1100–1106.

## Контактная информация

Курасов Евгений Сергеевич  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра психиатрии  
Тел.: +7 (911) 963-02-21  
e-mail: doc4678@mail.ru