

Психоэмоциональные расстройства у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: масштабы проблемы, вопросы диагностики

Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова, Г.М. Дюкова¹, А.В. Федотова¹

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава;

¹Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. Москва, Россия

Psychoemotional disorders in cardiovascular patients: problem scope and diagnostics

R.G. Oganov, G.V. Pogosova, G.M. Dyukova¹, A.V. Fedotova¹

State Research Center for Preventive Medicine, Russian Federal Agency of Health and Social Development;

¹I.M. Sechenov Moscow Medical Academy. Moscow, Russia

Статья посвящена проблеме высокой сопряженности психоэмоциональных расстройств и соматических заболеваний, в частности сердечно-сосудистых. Рассмотрены диагностические критерии наиболее часто встречающихся психопатологических состояний — астенического синдрома, тревожных и депрессивных расстройств.

Ключевые слова: психоэмоциональные расстройства, астения, тревога, депрессия, сердечно-сосудистые заболевания.

The article is devoted to high prevalence of psychoemotional and somatic (especially cardiovascular) disease association. Diagnostic criteria for most prevalent psychoemotional disorders (asthenic syndrome, anxiety, and depression) are reviewed.

Key words: Psychoemotional disorders, asthenia, anxiety, depression, cardiovascular disease

За последние несколько десятилетий традиционно жесткое разделение между соматической и психической патологиями было пересмотрено. Это обусловлено очень высокой распространенностью психоэмоциональных расстройств у соматических больных, прежде всего больных сахарным диабетом (СД), инсультами, онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Особенно тесная коморбидность установлена между психопатологическими состояниями и ССЗ. Накопившиеся научные данные позволяют утверждать, что некоторые расстройства, в частности депрессивные и тревожно-депрессивные, являются независимыми факторами риска (ФР) развития ССЗ и их осложнений — инфаркта миокарда, мозговых инсультов, а также предикторами кардиальной смертности [1-3]. Показано, что расстройства эмоциональной сферы в значительной мере отягощают клиническое течение ССЗ, являются одной из ведущих причин низкой приверженности больных медикаментозному лече-

нию и выполнению немедикаментозных рекомендаций по вторичной профилактике заболеваний.

Самое крупное, международное, эпидемиологическое исследование по изучению частоты психопатологических состояний в общей медицинской практике было выполнено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в конце 80-х годов прошлого века. Оно называлось Psychological Disorders in Primary Care и проводилось в 18 странах Америки, Европы и Азии. Согласно результатам этого исследования различные отклонения в психической сфере отмечаются у каждого четвертого (24%) пациента общей медицинской сети здравоохранения; расстройства депрессивного спектра присутствуют у каждого пятого (21%) пациента. Из расстройств депрессивного спектра чаще всего отмечаются собственно депрессивные (10,4%) и тревожные (10%). Показатели распространенности психопатологических состояний значительно варьировали в зависимости от страны и колебались от 20% в Китае до 50% в Чили [4].

В дальнейшем был проведен целый ряд исследований, подтвердивших высокую распространенность расстройств депрессивного спектра в общей медицинской практике, намного превышающую частоту этих расстройств в популяции. Стало очевидным, депрессия и тесно ассоциированные с ней состояния вышли за рамки психиатрии и являются не сугубо психиатрической, а общемедицинской и в определенной степени общественной проблемой. 2001г был объявлен ВОЗ годом психического здоровья. Он прошел под девизом «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда». Такое внимание к вопросам психического здоровья неслучайно. Оно связано с тем, что депрессивные расстройства являются одной из ведущих причин инвалидизации больных. По оценкам ВОЗ депрессия к 2020г будет второй по значимости причиной инвалидизации и смертности населения Земли, уступающей первенство только ишемической болезни сердца (ИБС) [5].

Характеристика психопатологических состояний, чаще всего наблюдающихся у больных ССЗ

Согласно данным Федерального центра пограничной психиатрии частота пограничных психопатологических состояний у больных территориальных поликлиник достигает 51,6% [6]. При соматических заболеваниях чаще всего наблюдаются психогенные невротические реакции на сам факт соматического страдания, а также неврозоподобные расстройства, преимущественно в виде астенических состояний и расстройств депрессивного спектра, включающих тревожные, тревожно-депрессивные, собственно депрессивные, тревожно-ипохондрические, истероидодепрессивные состояния.

Сам факт постановки диагноза ССЗ, болезненное состояние, необходимость в приеме лекарств, внесении каких-либо изменений в образ жизни в связи с болезнью — все это приводит к психической астенизации больных. Астенический синдром — это наиболее часто встречающееся психопатологическое состояние невротического уровня, которое сопровождает ССЗ.

Астенический синдром

Астения в переводе с греческого означает «бессилие», «отсутствие сил». Слабость, вялость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности и концентрации внимания — основные проявления астенического синдрома. Утомляемость при астении отличается от физиологической тем, что она не коррелирует с объемом нагрузки, отмечается и при минимальных нагрузках, а также отсутствии таковых и не проходит на фоне отдыха.

Помимо слабости, утомляемости и когнитивных нарушений — снижения концентрации внимания, нарушений памяти, при астеническом синдроме наблюдаются выраженное снижение мотиваций, эмоциональная лабильность, раздражительность, гипе-

рестезии — повышенная чувствительность к звуковым и иным раздражителям, страхи. Типичны также разнообразные вегетативные симптомы: тахикардия, одышка, усиленная потливость, вегетососудистые пароксизмы, колебания артериального давления.

У больных с астеническим синдромом часто наблюдаются диспепсия, снижение аппетита, похудание, сексуальные дисфункции — снижение либидо и качества эрекции, различные алгии; при ССЗ в основном боли в области сердца, головные боли. Если астеническая симптоматика присутствует в течение 6 месяцев и более, диагностируют хронический астенический синдром или синдром хронической усталости.

Астения, суть которой заключается в снижении активности, является фактически универсальной неспецифической реакцией организма на любые чрезмерные нагрузки, угрожающие истощением энергетических ресурсов. В этой связи легкая астения, возникающая, например, у студентов к концу экзаменационной сессии, является скорее защитной реакцией, в большинстве случаев не требует лечения и проходит самостоятельно. В отличие от подобной астении, астенический синдром — это патологическое состояние, не проходящее самостоятельно после полноценного отдыха и требующее специфического лечения.

Астенический синдром является по существу проявлением дезадаптационного комплекса, включающего не только социально-психологический, но и молекулярно-биологический компоненты. В этой связи становится понятным, почему при астеническом синдроме нередко наблюдаются нарушения в иммунном статусе пациентов, такие как субфебрилитет, увеличение и болезненность лимфоузлов, часто повторяющиеся боли в горле, мышцах, суставах. Эти симптомы, наряду с приведенными выше, включены Центром по контролю за заболеваниями США в критерии хронического астенического синдрома (синдрома хронической усталости).

На сегодняшний день не существует общепринятой классификации астенического синдрома. Тем не менее принято выделять функциональную астению — астению, возникающую в связи с чрезмерными психоэмоциональными (длительные эмоциональные переживания, неразрешенные конфликты), интеллектуальными (большой объем, длительность, интенсивность умственной работы) и физическими (изматывающий монотонный физический труд, чрезмерные спортивные тренировки) нагрузками.

Астения, возникающая в связи с какими-либо заболеваниями, называется вторичной или соматогенной. Вызвать астению может практически любое заболевание, в т.ч. банальный грипп. Очевидно, что степень выраженности вторичного астенического синдрома и его клиническая картина во многом зависят от характера и тяжести основного заболевания. Астения наблюдается не только при соматических, но и психических болезнях — эндогенной депрессии, шизофрении, эпилепсии.

Являясь в части случаев самостоятельным клиническим состоянием, во многих других астенический синдром служит одним из проявлений тревожных и депрессивных расстройств.

Тревожные расстройства

Распространенность тревожных расстройств в общемедицинской практике составляет 5-15% [7]. Распространенность субсиндромальной тревоги вдвое выше, а по некоторым данным симптомы тревоги отмечаются у 28-76% больных общемедицинской сети здравоохранения [8]. Пациенты с тревожными расстройствами очень активно пользуются ресурсами здравоохранения [9]. Они в 6 раз чаще посещают кардиолога, в 2 раза чаще невролога и в 1,5 раза чаще госпитализируются. Показано, что панические атаки наблюдаются у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) достоверно чаще, чем у лиц с нормальным артериальным давлением (АД). Английские исследователи обращают внимание практических врачей на высокую (17%) распространенность панических атак среди больных АГ [10].

Тревога — чувство беспокойства, нервозности, взвинченности; предчувствие беды; внутреннее напряжение без видимых причин. Типичными симптомами тревожного состояния являются чувство постоянного беспокойства, нервозности, раздражительности, нетерпимости к обычным бытовым раздражителям (громкой речи, шуму). Из-за тревожных мыслей, от которых невозможно избавиться, у пациентов снижаются концентрация внимания, работоспособность, нарушается сон вплоть до ночных кошмаров. Постоянное внутреннее беспокойство и тревожные предчувствия отражаются на поведении больных, проявляясь двигательным возбуждением. Для самоуспокоения больные вынуждены все время что-то делать. Очень характерны для них неусидчивость, суетливость, ускоренный ритм речи, постоянное потирание пальцев, покусывание губ, ногтей.

Однако на прием к врачу больные с тревожными расстройствами приходят не с перечисленными выше жалобами, а с массой соматических жалоб. Тревожное расстройство практически всегда включает вегетативные симптомы, связанные с активацией симпатического отдела вегетативной нервной системы. Среди типичных вегетативных симптомов — сердцебиение (синусовая тахикардия), ощущение перебоев в работе сердца, экстрасистолия, кардиалгии, явно ассоциированные с дыханием, неустойчивый уровень АД (повышение или понижение), чувство жара (приливов) или ознобов, одышка, ощущение нехватки воздуха, затруднение дыхания, дисфагия («ком в горле»), головная боль, головокружение, чувство дурноты, тремор, мышечные подергивания, парестезии, судороги, тошнота, рвота, боли и неприятные ощущения в животе, связанные с усилением моторики, неустойчивый стул. Вегетативная симптоматика носит полисистемный характер. И хотя у части больных могут преобладать жалобы со стороны, например сердеч-

но-сосудистой системы, более характерна смешанная симптоматика. Несмотря на обилие жалоб, даже при самом тщательном клинико-инструментальном обследовании у пациентов либо не удается диагностировать серьезное заболевание, либо отсутствует параллелизм между объективной тяжестью заболевания и количеством предъявляемых жалоб.

Генерализованное тревожное расстройство согласно критериям Международной классификации болезней 19 пересмотра (МКБ-10), диагностируют при наличии у больных на протяжении большинства дней недели в течение нескольких недель или месяцев выраженной стойкой необоснованной тревоги, а также мышечного напряжения (тремор, суетливость и пр.), вегетативно-болевых симптомов и опасений за здоровье, жизнь близких и свои собственные.

Крайним проявлением тревожных расстройств являются панические атаки (паническое расстройство) — внезапные приступы очень сильной тревоги или страха, сопровождающиеся описанными выше вегетативными симптомами. Приступ паники возникает совершенно внезапно, часто в каком-либо общественном месте (магазине, метро, кинотеатре). Тревога или страх бывают настолько сильными, что буквально парализуют волю больного. Описывая приступ, пациенты помимо страха отмечают нехватку воздуха, сильное сердцебиение, дурноту (иногда полуморочное состояние), резкую слабость («ватные ноги»), боли в грудной клетке или животе, дрожь. Приступ часто сопровождается деперсонализацией и дереализацией (ощущением нереальности всего происходящего). Панический приступ длится как правило недолго, всего несколько минут; состояние пациента постепенно (в течение получаса — часа) нормализуется. Вместе с тем после пережитого панического приступа у больного остаются очень тягостные воспоминания, и возникает страх перед новым приступом. Напуганный больной вынужденно избегает общественных мест, поскольку боится повторения приступов; возникает агорафобия. Это состояние сильно нарушает социальное функционирование пациентов, может привести к потере трудоспособности. При агорафобии больные комфортно чувствуют себя только дома, они перестают пользоваться общественным транспортом (особенно метро), избегают самостоятельно выходить из дома, даже на прием к врачу приходят в сопровождении родственников, отказываются от посещения многолюдных мест (выставок, конгрессов, концертов, спектаклей).

При тревожно-фобических расстройствах в клинической картине центральное место занимают различные фобии — кардиофобия, социофобия, агорафобия и др. У больных ССЗ с коморбидной тревогой нередко формируется кардиофобия — страх «за сердце», страх возникновения инфаркта миокарда или приступа стенокардии. Кардиофобия оказывает существенное влияние на качество и ритм жизни пациентов. По причине своих страхов больные

часто избегают физической активности, переходят на сидячий режим, отказываются от медицинских исследований, связанных с физической нагрузкой (например, велоэргометрии).

Депрессивные расстройства

Доля депрессивных расстройств среди больных общесоматического профиля по разным оценкам колеблется от 10% до 33% [11-13]. По данным зарубежных исследований так называемая большая депрессия отмечается у 16-19% больных ИБС и 24% больных СД [14].

Проявления депрессивных и тревожных расстройств во многом схожи. По некоторым данным перекрест тревожной и депрессивной симптоматики доходит до 60-70%. Иными словами, у одного и того же больного могут присутствовать как симптомы депрессии, так и симптомы тревоги. В таких случаях говорят о смешанном тревожно-депрессивном расстройстве. У части пациентов тревога хронологически предшествует депрессии, т.е. у них длительное время наблюдается недиагностированное и нелеченное тревожное расстройство, которое со временем осложняется депрессией.

По данным самого масштабного, эпидемиологического исследования последних лет — программы КОМПАС (Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в практике врачей общесоматического профиля) — депрессивные, тревожно-депрессивные, тревожно-ипохондрические, другие невротические состояния отмечаются у 46% больных общемедицинской сети здравоохранения, из них выраженные депрессивные — у 24% больных. Особенно высока распространенность расстройств депрессивного спектра у пациентов, страдающих серьезными соматическими заболеваниями, в т.ч. ИБС, хронической сердечной недостаточностью, цереброваскулярными болезнями, СД 2 типа, АГ. Депрессивные расстройства ассоциированы с большинством кардиоваскулярных ФР, включая курение, полный отказ и избыточное потребление алкоголя, одинокое проживание, низкий уровень образования и дохода, незанятость, стрессогенные жизненные события. Депрессивные расстройства также связаны с женским полом, любым серьезным соматическим заболеванием, частыми визитами в медицинские учреждения, приемом психотропных препаратов [15]

Типичные проявления депрессивных состояний

Депрессия — это психическое расстройство, характеризующееся подавленным настроением и негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности, прошлым и будущим.

В международной классификации DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [16] выделены 9 диагностических критериев депрессии (Алгоритм). «Большую» депрессию диагностируют при наличии у пациента в течение 2 недель и

более подавленного настроения и утраты интересов или чувства удовольствия, а также 3 дополнительных критериев из числа приведенных. Однако, врачи общей практики, кардиологи чаще сталкиваются с менее выраженными депрессивными состояниями или так называемой «малой» депрессией. Для постановки диагноза малой депрессии достаточно наличия у больного подавленного настроения или утраты интересов и чувства удовольствия на протяжении 2 недель и более, а также любых 2 критериев из приведенных.

Наибольшие трудности вызывает диагностика маловыраженной депрессии, особенно у соматических больных. При маловыраженной депрессии у пациентов отсутствуют характерные для «типичной» депрессии суицидальные мысли и намерения, идеи виновности. Диагностика затрудняется и тем, что многие симптомы депрессии и соматических заболеваний являются общими, например такие, как боли различной локализации, снижение работоспособности, утомляемость, снижение концентрации внимания и т.д. Иными словами, у соматических больных чаще всего наблюдаются атипично протекающая, маскированная, скрытая депрессии. При такой депрессии больные, как правило, не предъявляют собственно депрессивных жалоб, таких как подавленное настроение, утрата интересов или чувства удовольствия. У них наблюдается обилие соматических и вегетативных жалоб. Чаще всего «масками» депрессии служат хронический болевой синдром, нарушения сна и аппетита, проблемы в сексуальной сфере, повышенная утомляемость, слабость, снижение работоспособности.

Хронический болевой синдром встречается у более чем половины больных с маскированной депрессией. Боль может иметь различную локализацию. Для больных АГ с коморбидной депрессией наиболее характерны жалобы на головные боли, боли в спине. Иногда боль не имеет четкой локализации (болевые ощущения во всем теле) или носит мигрирующий характер. Боли чаще всего тупые, ноющие, они могут менять свою интенсивность. Они беспокоят больных, если не каждый день, то несколько раз в неделю и в течение длительного периода времени, например, нескольких месяцев. Для больных ССЗ с коморбидной депрессией очень характерны боли в области сердца, которые сами больные, а нередко и их лечащие врачи, трактуют как приступы стенокардии, несмотря на то, что не всегда присутствует параллелизм с какими-либо объективными признаками, например, на электрокардиограмме изменениями в покое или во время нагрузочных проб.

Очень характерны для больных маскированной депрессией различные нарушения сна. Больные могут отмечать трудности засыпания или наоборот повышенную сонливость. Частыми жалобами являются ранее пробуждение (в 3-4 часа утра), беспокойные сновидения, частые пробуждения (несколько раз за ночь), чувство невыспанности — больной отмечает, что спал, но проснулся неотдохнувшим, разбитым.

Астения – Тревога – Депрессия Алгоритм диагностики и лечения

Более половины больных на приеме у врача общей практики составляют пациенты с множественными психовегетативными жалобами, не связанными с органической патологией внутренних органов или нервной системы. В таких случаях врачи обычно ставят диагнозы вегето-сосудистой дистонии (ВСД), нейрциркуляторной дистонии (НЦД) или психовегетативного синдрома (ПВС). Особенно часто такая симптоматика наблюдается при психосоматических заболеваниях (АГ, ИБС, СД, язвенной болезни, др.). Она требует адекватной диагностики и лечения. В подавляющем большинстве случаев речь идет об астенических, тревожных и депрессивных состояниях.

Определения

Астения (от греч. astheneia – бессилие, слабость) – аномальная слабость (утомляемость), длительно продолжающаяся и не проходящая после отдыха.

Диагностические критерии

- АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ
- Слабость и утомляемость большую часть дня (в том числе при отсутствии нагрузок)
- Снижение работоспособности, концентрации внимания, памяти
- Эмоциональная лабильность, раздражительность, гиперестезии
- Снижение мотиваций
- Нарушения сна
- Иммунные изменения (субфебрилитет, боли в горле, артралгии, миалгии, увеличение лимфоузлов)
- Диспепсия
- Снижение либидо и качества эрекции

Тревога – чувство беспокойства, нервозности, взвинченности, предчувствия беды, внутреннего напряжения без видимых причин

ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО

Тревога
Раздражительность, повышенная чувствительность к раздражителям (шуму, свету)
Возбудимость (неусидчивость, суетливость, потирание пальцев)
Обилие вегетативных симптомов:
• сердцебиения, «перебои» в работе сердца, колебания АД, кардиалгии
• головные боли, головокружения
• одышка, «нехватка воздуха», удушье, «ком в горле»
• чувство жара или ознобы, дрожь, тремор, мышечные подергивания, парестезии
Нарушения сна: трудности с засыпанием, поверхностный сон
Фобии: кардиофобия, агорафобия, социфобия
Панические атаки: внезапно приступообразно возникающий сильный страх, паника, сердцебиения, нарушения ритма, удушье, потливость, тошнота, тремор, дурнота, резкая слабость («важные» ноги), головокружение, дереализация.

ДДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Подавленное настроение (на протяжении большей части дня)
Утрата интересов или чувства удовольствия
Утомляемость или упадок сил
Снижение способности к концентрации внимания, принятию решений
Изменение аппетита и веса тела (уменьшение или увеличение)
Нарушения сна (раннее пробуждение, чувство «невыспанности»)
Возбуждение или заторможенность движений
Снижение самооценки, идеи виновности
Суицидальные мысли, намерения, попытки
DSM-IV, 1994

Особенности этиологии и клиники

Связь с хроническими психозами, психическими заболеваниями (в том числе инфекционными, сердечно-сосудистыми, онкологическими, эндокринными и пр.)
Критические периоды в жизни (беременность, лактация, пубертат, климакс).

Астенический синдром как одно из проявлений психического заболевания эндогенной природы (депрессия, шизофрения и пр.)

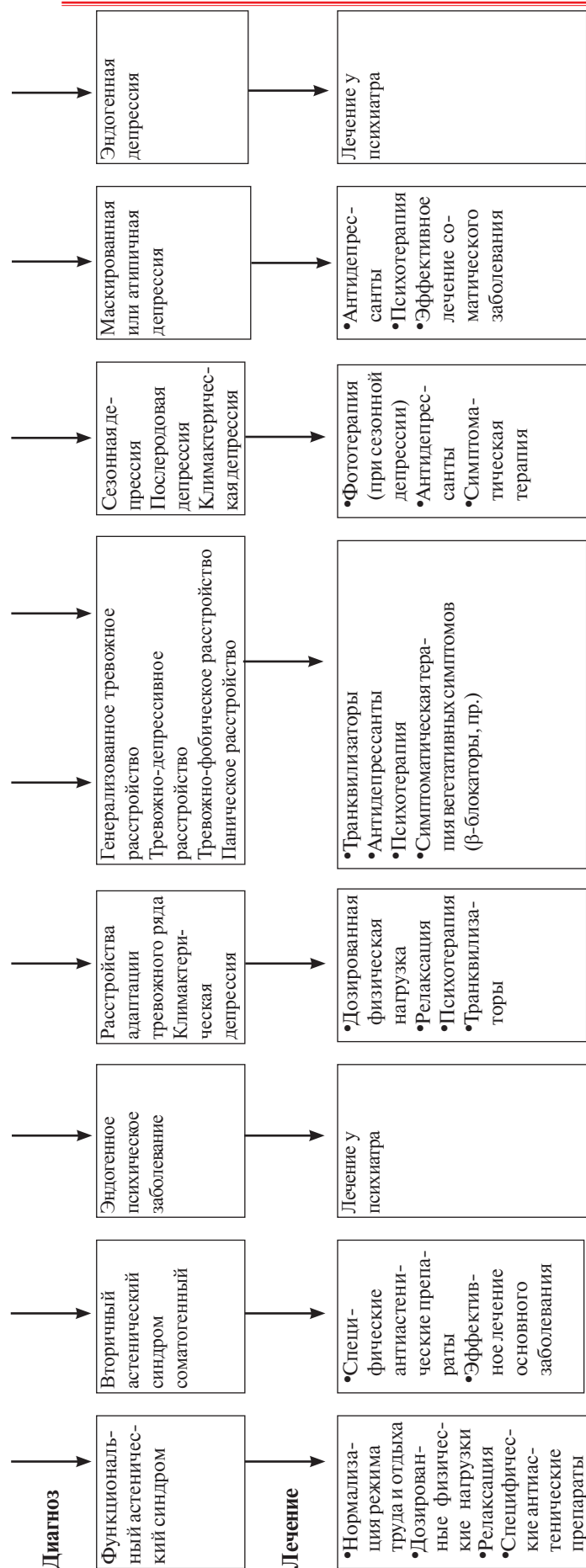
Связь с соматическим заболеванием (особенно на этапе постановки диагноза, выбора тактики лечения).

Семейный анамнез тревожных расстройств. Тревожность как черта личности. Часто связь с употреблением алкоголя, транквилизаторов, наркотиков.

Связь симптоматики с временем года (осенне-зимним периодом). Критические периоды в жизни (пубертат, предменструальный период, беременность, роды, климакс).

Связь с соматическим заболеванием. Обилие соматовегетативных жалоб (соматическая «маска депрессии»). Могут отсутствовать типичные депрессивные симптомы (идеи виновности, суицидальные мысли).

Наследственный характер депрессии. Эпизоды депрессии в анамнезе. Выраженные суточные колебания настроения (утренняя тоска). Суицидальные мысли, действия.



Характерны также нарушения аппетита и связанные с ними изменения веса тела. При типичной депрессии аппетит снижен, иногда в значительной степени, и больные отмечают существенное уменьшение веса (на 5% и более от исходного). При атипичных депрессиях аппетит наоборот повышен, и соответственно отмечается увеличение веса, что больше характерно для женщин.

Большинство больных маскированной депрессией беспокоят повышенная утомляемость, слабость, сниженная физическая и умственная работоспособность; отмечаются вялость, чувство хронической усталости, нарушения концентрации внимания, затруднения при выполнении привычной работы. Эти симптомы нередко становятся причиной ухода пациентов с работы или перехода на менее ответственную, более легкую работу. В то же время отдых не приносит удовлетворения, ощущения прилива сил. Чувство усталости носит стойкий характер и часто не зависит от тяжести нагрузки. Вызывают утомление обычные бытовые нагрузки, а у некоторых больных даже такие процедуры, как купание, умывание, одевание, причесывание. Постепенно интересы пациентов сужаются, они перестают испытывать удовольствие от того, что раньше всегда радовало, — общения с близкими, любимой работы, интересной книги, хорошего кинофильма.

Многие больные с депрессией испытывают различные проблемы в половой сфере. У мужчин отмечается снижение либидо, нередко развивается импотенция. У женщин также снижается половое влечение, могут иметь место нарушения менструального цикла неорганической природы, в т.ч. олиго- или дисменорея. Но чаще наблюдается акцентуированный предменструальный синдром с резким ухудшением настроения и общего состояния, а также обилием соматических жалоб за неделю до менструации.

Для классической депрессии характерен особый циркадный ритм — большая выраженность всех симптомов — снижение настроения, чувства усталости, соматических жалоб и др. в утренние часы. К вечеру состояние пациентов обычно улучшается. Необходимо отметить, что типичный суточный ритм депрессии наблюдается далеко не у всех пациентов, вместе с тем его наличие определенно свидетельствует о депрессивном расстройстве.

Женщины страдают депрессией в 2 и более раз чаще, чем мужчины. Это связано прежде всего с особенностями нейроэндокринной системы женщины, обеспечивающей регуляцию менструальной и детородной функций. Хорошо известно повышение вероятности возникновения психоэмоциональных расстройств в критические периоды в жизни женщины — во время беременности, родов, послеродового периода, климактерического периода. Значительные колебания настроения возникают также в связи с менструальным циклом. Некоторые специалисты полагают, что более высокие показатели распро-

страненности депрессивных расстройств у женщин связаны с тем, что женщины чаще обращаются за медицинской помощью и охотнее говорят с врачом о своих проблемах, в т.ч. эмоциональных.

Распространенность депрессивных расстройств увеличивается с возрастом. Пожилой возраст сам по себе ассоциируется с ухудшением соматического состояния человека, сужением социального функционирования, снижением или потерей трудоспособности, что несомненно отражается на психологическом статусе. Высокая распространенность в последние годы депрессивных (тревожно-депрессивных) состояний в популяции в значительной мере связана с увеличением средней продолжительности жизни населения развитых стран.

Как распознать психоэмоциональные расстройства у соматических больных?

В настоящей статье приведен диагностический алгоритм, в котором представлены определения, диагностические критерии и принципы лечения наиболее часто встречающихся у больных ССЗ психопатологических состояний — астенического синдрома, тревожных и депрессивных расстройств.

Значительную помощь врачу общесоматического профиля в плане диагностики расстройств эмоциональной сферы может оказать использование в клинической практике психометрических шкал и тестов. Они экономичны и доступны для широкого использования в первичной сети здравоохранения.

К числу наиболее информативных психодиагностических инструментов относятся:

- Госпитальная шкала тревоги и депрессии;
- Опросник депрессии Бека;
- Анкета CES-D для выявления депрессии;

- Опросник тревоги Спилбергера;
- Тест СМОЛ.

Использование этих методик позволяет не только выявить депрессию, тревогу и другие психологические отклонения, но и дать количественную оценку изучаемых показателей. Многократное применение тестов помогает изучить динамику состояния больных как во времени, так и на фоне лечения. Пациенты, которые по данным психометрических тестов имеют клинически значимые нарушения, нуждаются в тщательном клиническом обследовании, при необходимости с привлечением консультантов.

Решение о привлечении психотерапевта или психиатра принимает лечащий врач после консультации с пациентом. Только в случае согласия пациента его можно направить в психотерапевтический кабинет поликлиники или медицинского центра. Консультация психиатра необходима при затруднениях в постановке диагноза, наличии у пациента тяжелого психопатологического состояния, а также при неэффективности назначенной интернистом психотропной терапии.

Определить наличие психопатологических нарушений может не только психиатр, но и врач общей практики, кардиолог, невролог. Диагноз ставится на основании критериев выявления психопатологических расстройств, изложенных в МКБ-10 или DSM-IV. Согласно принятой на сегодня концепции, лечение психопатологических состояний легкой и средней степени тяжести также может осуществляться в общемедицинских учреждениях терапевтами, врачами общей практики, кардиологами. Основные принципы лечения астенического синдрома, тревожных и депрессивных состояний у больных ССЗ с учетом их основного заболевания будут представлены в одном из ближайших номеров настоящего журнала.

Литература

1. Zellweger MJ, Osterwalder RH, Langewitz W, et al. Coronary artery disease and depression. Eur Heart J 2004; 1: 3-9.
2. Погосова Г.В. Депрессия — новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. Кардиология 2002; 4: 86-91.
3. Januzzi JL, Stern TA, Pasternak RC, et al. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. Arch Intern Med 2000; 160: 1913-21.
4. Ustun TB, Sartorius N. Mental Illness in General Health Care: An International Study. Chichester 1995.
5. Brundtland GH. Mental health in the 21st century. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78: 411.
6. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Москва «Медицина» 2000; 241 с.
7. Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The epidemiology of generalized anxiety disorder. Psychiatr Clin North Am 2001; 24: 19-39.
8. Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике. РМЖ 2004; 22: 1277-83.
9. Kennedy BL, Schwab JJ. Utilization of medical specialists by anxiety disorder patients. Psychosomatics 1997; 38: 109-12.
10. Davies SJ, Ghahramani P, Jackson PR, et al. Association of panic disorder and panic attacks with hypertension. Am J Med 1999; 107(4): 310-6.
11. Краснов В.М. Психиатрические расстройства в общемедицинской практике. РМЖ 2002; 25(144): 1187-91.
12. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. Москва 2000.
13. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике. Москва 2002.
14. Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. Gen Hosp Psychiatry 1992; 14: 237-47.
15. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А. и др. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. Кардиология 2005; 8: 38-44.
16. DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington 1994

Поступила 22/11-2005