

**ГОРМОНАЛЬНЫЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ АФФЕКТИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ И КОМОРБИДНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Л. А. ЛЕВЧУК¹, Е. В. ЛЕБЕДЕВА¹, Г. Г. СИМУТКИН¹, Т. Н. СЕРГИЕНКО², С. А. ИВАНОВА¹

¹ *Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск*

² *Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск*

В современной эпидемиологической ситуации аффективные расстройства занимают особое место, что связано с ростом распространенности депрессивных расстройств во всех возрастных группах, их социальной значимостью, влиянием на трудоспособность, а также высокой степенью их коморбидности с сердечно-сосудистыми заболеваниями (Краснов, 2011). Сочетание депрессии с соматической болезнью относится к числу неблагоприятных факторов, усложняющих процесс диагностики, терапии и медицинского обслуживания этого контингента, с одной стороны, а с другой — негативно влияющих на течение и прогноз как психического, так и соматического заболевания (Смулевич, 2011). Клинически очерченная депрессия у больных с сердечно-сосудистой патологией усугубляет течение заболевания, усложняет его лечение и достоверно чаще приводит к инвалидизации. В свою очередь, сердечно-сосудистое заболевание может усложнять диагностику депрессии, усиливать ее тяжесть, способствовать хронификации, видоизменять ответ организма на проводимую терапию (Гарганеева, Белокрылова, 2009).

Цель. Изучение гормональных и генетических признаков у пациентов с аффективными расстройствами и коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями и психически здоровых людей.

Материалы и методы. Исследование было проведено в группе пациентов с текущим депрессивным эпизодом в рамках F31-F33, МКБ-10 (94 человека), больных, страдающих депрессивными и коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями (81 пациент) и психически и соматически здоровых людей (134 человека), соответствующих по полу и возрасту обследуемым группам больных. Концентрацию кортизола и дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭАС) в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов реактивов фирмы ЗАО «Алкор Био» (Санкт-Петербург) и автоматическо-

го микропланшетного спектрофотометра Epoch BioTek Instruments (США). Генотипирование по локусам Cys23Ser гена рецептора 2C серотонина HTR2C и Val66Met гена мозгового нейротрофического фактора BDNF проводили с применением наборов реагентов TaqMan® SNP Genotyping Assay и Real-Time ДНК амплификатора «StepOne-Plus» фирмы Applied Biosystems (США). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы SPSS, версия 15,0.

Результаты и их обсуждение. Исследование содержания стероидных гормонов выявило статистически значимый повышенный уровень концентрации кортизола у пациентов с аффективными расстройствами по сравнению с данным показателем в группе психически здоровых лиц ($545 \pm 22,02$ и $435 \pm 20,7$ нмоль/л соответственно, $p = 0,023$). В группе пациентов с депрессивными и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями концентрация кортизола составила $498 \pm 27,1$ нмоль/л, что незначительно выше контрольных значений. Рандомизирование выборок по половому признаку не выявило статистически значимых различий в содержании кортизола у женщин и мужчин исследуемых групп.

Изучение содержания ДГЭАС показало статистически значимо сниженный уровень гормона у мужчин с коморбидными депрессивными и сердечно-сосудистыми заболеваниями по сравнению со здоровыми мужчинами ($p = 0,017$). Для мужчин с депрессивными расстройствами без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии характерна тенденция к снижению ДГЭАС. У женщин с депрессивными расстройствами уровень ДГЭАС также снижен по сравнению с контролем, в группе пациенток с депрессией и соматическими заболеваниями тенденция к снижению гормона усиливается. В проведенных нами ранее исследованиях показано, что невротическая депрессия протекает на фоне повышенного уровня кортизола и сниже-

ния содержания ДГЭАС (Стероидные и тиреоидные гормоны..., 2010).

Оценка распределения частот аллелей гена HTR2C между исследуемыми выборками показала значимые различия в распределении частот аллелей С и G среди пациентов с депрессивными расстройствами по сравнению с данными частотами в группе здоровых людей ($\chi = 4,5$; $p = 0,034$) и пациентов с депрессивными и сердечно-сосудистыми заболеваниями ($\chi = 4,9$; $p = 0,027$). Генотипирование по локусу Val66Met гена BDNF не выявило статистических различий в частотах генотипов и аллелей между исследуемыми группами. Однако, по литературным данным, частота аллеля Val, связанного с тревогой и депрессией, выше в группе пациентов с депрессивными и сердечно-сосудистыми заболеваниями, чем частота этого аллеля у больных с депрессивными расстройствами и здоровых лиц (87; 83,6 и 82,5 % соответственно).

Закключение. Результаты нашего исследования показывают, что для пациентов с депрессивной симптоматикой характерен повышенный уровень кортизола. Концентрация ДГЭАС у пациентов с депрессивными расстройствами снижена, причем у пациентов с коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями дефицит нейротрофического нейростероида усугубляется. Выявлена тенденция к снижению частоты встречаемости минорного аллеля Met гена BDNF среди пациентов с депрессивной симптоматикой по сравнению с группой здоровых людей. Частота аллеля Val гена BDNF в группе пациентов с депрессивными и

коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями выше аналогичных показателей здоровых лиц и пациентов с аффективными расстройствами. Изучение полиморфизма гена HTR2C показало, что частота аллеля G в группе пациентов с аффективными расстройствами значимо ниже соответствующих частот здоровых людей и пациентов с депрессивными и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Таким образом, для пациентов с аффективными расстройствами характерны изменения в нейроморальных системах, причем у пациентов с депрессивными и коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями тенденция к нарушению баланса в данных системах усиливается, что подтверждает данные об утяжелении течения и ухудшении прогноза как психического, так и коморбидного соматического заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

Гарганеева Н. П., Белокрылова М. Ф. Основные симптомокомплексы и условия формирования невротических и аффективных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Сибирский медицинский журнал. 2009. Т. 24, № 4–2. С. 11–17.

Краснов В. Н. Психосоматические аспекты расстройств аффективного спектра: клинические и организационные проблемы // Психические расстройства в общей медицине. 2012. № 2. С. 12–15.

Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Изд-во МИА, 2007. 432 с.

Стероидные и тиреоидные гормоны: возможности применения в прогнозировании течения невротических расстройств / С. А. Иванова, Л. А. Левчук, Е. В. Гуткевич, В. Я. Семке // Психиатрия. – 2010. – № 3. – С. 18–22.

ЦЕРЕБРОПРОТЕКТОРНАЯ ТЕРАПИЯ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

И. А. МАНДЕЛЬ¹, Е. В. ШИШНЕВА¹, В. М. ШИПУЛИН¹, А. И. МАНДЕЛЬ²

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, отдел сердечно-сосудистой хирургии, отделение анестезиологии и реанимации, Томск

² Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск

Актуальность. Нейрокогнитивные нарушения, которые почти всегда сочетаются с эмоциональными и поведенческими расстройствами, наблюдаются у 80 % пациентов после аортокоронарного шунтирования, у трети больных они сохраняются в течение года и более после операции. Выраженность церебральной недостаточности и эффективность ее коррекции относятся к важным прогно-

стическим критериям неосложненного течения послеоперационного периода.

Цель. Выявить изменения когнитивных функций и личностных характеристик больных, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования (АКШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК) в пред- и послеоперационном периодах на фоне применения полипептидного препарата кортексин.

Материалы и методы. В исследование включены 35 больных с ишемической болезнью сердца и дисциркуляторной энцефалопатией (средний возраст $53,4 \pm 6,0$ года), перенесших операцию АКШ в условиях ИК. Все страдали стенокардией напряжения III или IV функционального класса по Канадской классификации. Больные были разделены на две группы. В первую (основную) группу вошли 17 пациентов, которым в течение 9 дней (внутримышечно) до операции и однократно (внутривенно капельно) в начале операции вводилось 10 мг кортексина. Группу сравнения составили 18 пациентов, получавших традиционную терапию. Пациенты обеих групп сопоставимы по возрасту, количеству шунтов, времени пережатия аорты, сопутствующей патологии. Анестезиологическое обеспечение осуществлялось путем тотальной внутривенной анестезии. Накануне операции и в раннем послеоперационном периоде проводилось исследование когнитивных функций и личностных характеристик больных с помощью психологических тестов – запоминания десяти слов, рисуночных тестов, опросника многостороннего исследования личности (ММРІ). Для уточнения механизма антиоксидантного действия кортексина и влияния на метаболические процессы организма исследовались газовый состав крови, показатели кислотно-щелочного равновесия артериальной и венозной крови, уровень гемоглобина, гематокрит, коэффициент утилизации кислорода, лактат, сатурация кислорода в артериальной и венозной крови (SaO_2 , SvO_2).

Результаты. Сравнительная оценка влияния кортексина на интегральную функцию мозга показала достоверно более быстрое и полное восстановление сознания, абстрактно-логического и ассоциативного мышления у пациентов основной группы. Общим для актуального эмоционального состояния больных, регистрируемого тестом ММРІ, были тревожные опасения за состояние своего физического здоровья, депрессивные тенденции, сензитивность, подчеркнутая беспомощность, стремление вызвать сочувствие (повышение показателей по шкале «соматизация тревоги», «пониженное настроение», «демонстративные тенденции» и «психастения»). Дальнейший анализ результатов тестирования позволил сравнить личностные профили больных основной группы, получавших кортексин до и после операции АКШ. В послеоперационном периоде выявлено достоверное снижение (на 1σ) показателей личностного теста ММРІ по шкале «депрессивных тенденций» и повышение значений шкалы «коррекции» и «реализации эмоциональной напря-

женности», что косвенно может рассматриваться как прогностически благоприятный признак, т. к. свидетельствует о росте уровня активности и улучшении социальной адаптации у больных основной группы.

При исследовании мнестических процессов по данным психологического тестирования в пробах с рядами дискретных элементов с удержанием серии изолированных слов выявлено, что до операции пациенты основной группы и группы сравнения демонстрируют равноценное снижение оперативной памяти, ослабление активного внимания, что может быть обусловлено проявлениями дисциркуляторной энцефалопатии. В раннем послеоперационном периоде у больных основной группы воспроизведение в последней пробе снизилось значительно меньше, чем у больных группы сравнения (на 29,8 и 46 % соответственно; $p < 0,05$).

У пациентов группы сравнения, получавших традиционную терапию, в послеоперационном периоде отмечалось снижение возможностей оперативной памяти, в отличие от исходных показателей, увеличение времени, затраченного на тесты, на 37 %, количества ошибок – на 25 %. Выявлены и другие признаки нарушений мнестических функций у пациентов группы сравнения: значимая разница объемов непосредственного и отсроченного воспроизведения, увеличение числа повторов и количества «лишних» слов. В группе пациентов, получавших кортексин, повторов и «лишних» слов не наблюдалось.

Показатели гемодинамики, кислородного баланса (парциальное давление кислорода венозной крови, насыщение кислородом гемоглобина венозной крови и коэффициент утилизации кислорода) и лактата в основной группе не выходили за пределы нормы, что говорит об адекватной доставке кислорода тканям. Во время нормотермического ИК при гематокрите до 20 % не происходило достоверных изменений показателей кислородного баланса организма пациентов. В послеоперационном периоде у пациентов группы сравнения в 3 % случаев отмечалось развитие острых психозов, в основной группе психотических расстройств не наблюдалось.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об адекватном обеспечении кислородом метаболических процессов организма и положительном терапевтическом действии кортексина на когнитивные функции и психоэмоциональное состояние пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших операцию АКШ в условиях искусственного кровообращения.

ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ДЕПРЕССИЕЙ

Т. Г. НОНКА¹, А. Н. РЕПИН¹, Т. Н. СЕРГИЕНКО¹, Е. В. ЛЕБЕДЕВА²

¹ *Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск*

² *Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск*

Актуальность. Одним из наиболее важных механизмов влияния депрессии на прогноз ишемической болезни сердца (ИБС) является вегетативная дисфункция в виде активации симпатико-адреналовой системы, влияющей на регуляцию ритма сердца, и проявляющейся низкой вариабельностью ритма сердца (ВРС), находящаяся в прямой пропорциональной зависимости от степени выраженности депрессии. В настоящее время наиболее распространенным и информативным методом выявления дисбаланса звеньев вегетативной нервной системы является статистический (временной) и спектральный (частотный) методы анализа ВРС. При статистическом анализе ритмограммы низкий показатель стандартного отклонения интервалов RR за сутки тесно коррелирует с риском внезапной смерти. У пациентов после инфаркта миокарда отмечается ригидность ритма, что способствует появлению опасных для жизни аритмий. При сочетании же с депрессивными расстройствами еще в большей степени повышается риск внезапной смерти вследствие активации симпатической нервной системы.

Цель. Изучить влияние депрессивных расстройств и их коррекции на показатели вариабельности ритма сердца у больных с перенесенным инфарктом миокарда.

Методы. В исследование были включены 73 больных с хронической ИБС (со стенокардией напряжения II–III функциональных классов), перенесшие острый инфаркт миокарда более 6 месяцев назад. Были сформированы две группы: основная (39 больных с ИБС с депрессией) и группа сравнения (34 больных с ИБС без депрессивной симптоматики). Диагноз «депрессивное расстройство» верифицировался психиатром. Основная группа была разделена на две подгруппы: первую подгруппу составили 12 пациентов, которые, помимо препаратов для лечения основного заболевания, принимали антидепрессанты (8 человек – флувоксамин, 4 – флуоксетин), вторую – 27 больных, получающих только препараты для лечения основного заболевания. Всем пациентам проводилось холтеровское мониторирование электрокардиографии. Регистрацию ЭКГ в течение 24 часов вы-

полняли исходно и через 6 месяцев наблюдения. Запись анализировали с использованием системы «SCHILLER MT – 200 Holter – ECG» (Швейцария). Статистический анализ материалов был проведен с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows ver 6.0» фирмы «Stat Soft, Inc». При создании базы данных использовался редактор баз данных MS Access 97. Данные представлены в виде $M \pm SD$; n (%); Me [25%; 75%].

Результаты. Группы были сопоставимы по основным клинико-демографическим характеристикам, функциональному классу стенокардии напряжения. У пациентов с депрессией в сравнении с пациентами без расстройств психики выявлено значимое снижение всех анализируемых нами показателей ВРС: SDNN (95 [86; 108] vs 110 [98; 127], $p = 0,005$), SDANN ($77,4 \pm 18,2$ vs $91 \pm 16,9$, $p = 0,003$), SDNNindx ($49,1 \pm 15,6$ vs $57,0 \pm 14,5$, $p = 0,04$), rMSSD (29 [23; 36] vs 33 [29; 45], $p = 0,04$), pNN 50 % (3,9 [2,2; 5,4] vs 5,7 [2,9; 12], $p = 0,02$). При анализе ВРС через 6 месяцев между основной группой и группой сравнения исчезли существенные различия по показателям SDNN (96 [84; 111] vs 106 [98; 124], $p = 0,1$), SDANN (77 [65; 95] vs 83 [68; 104], $p = 0,2$), и rMSSD (28 [24; 32,5] vs 32,5 [26; 39], $p = 0,2$). Кроме того, между первой и второй подгруппами в динамике появились существенные различия по показателям SDNN (110 [96; 140] vs 85,5 [75; 103], $p = 0,008$), SDANN ($93,7 \pm 22,9$ vs $72,7 \pm 21,4$, $p = 0,02$), SDNNindx ($55,8 \pm 16,4$ vs $42,4 \pm 10,8$, $p = 0,01$) и pNN 50 % ($7,8 \pm 6,7$ vs $3,6 \pm 1,8$, $p = 0,02$). Таким образом, антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина обладают вегеторегирующим действием на сердечно-сосудистую систему.

Выводы. Депрессивные расстройства на фоне ИБС способствуют значительной вегетативной дисфункции: снижению параметров ВРС, что является неблагоприятным прогностическим фактором течения коронарной болезни после перенесенного инфаркта миокарда. На фоне терапии антидепрессантами происходит повышение общей активности вегетативной нервной системы, подавление симпатического и активация парасимпатического тонуса.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Т. М. ПОПОНИНА¹, Ю. С. ПОПОНИНА^{1,2}, К. И. ГУНДЕРИНА¹, В. А. МАРКОВ^{1,2}

¹ Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

² Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск

Цель. Изучение психического статуса и возможности его коррекции у больных с острым коронарным синдромом, ассоциированным с тревожно-депрессивными расстройствами.

Методы. Методом сплошной выборки с помощью опросника госпитальной шкалы тревоги и депрессии (ГШТД) было проведено анкетирование 250 пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), поступивших в отделение неотложной кардиологии ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН. Из них у 85 человек (34 %) были выявлены симптомы тревоги и депрессии, у 165 чел (66 %) тревожно-депрессивной симптоматики не было выявлено. В открытое сравнительное проспективное исследование было включено 46 больных с ОКС с наличием симптомов психической дезадаптации с тревожными расстройствами невротического уровня. Для выявления симптомов психической дезадаптации и оценки выраженности расстройств пациенты были обследованы с использованием ГШТД, шкалы депрессии Бека, Шихана и осмотрены психиатром. Когнитивный статус пациентов оценивался с помощью шкалы Mini – Mental State Examination. На фоне общепринятой терапии ОКС 23 пациента, составившие I группу, получали дополнительно агомелатин (вальдоксан производства компании SERVIER) в дозе 25 мг/сут, пациенты II группы (n = 23) – плацебо. В обеих лечебных группах было равное количество мужчин и женщин (по 10 мужчин – 43,5 % и 13 женщин – 56,5 %). Средний возраст больных I группы составил $59,8 \pm 8,4$ года, II группы – $58,3 \pm 6,9$. На госпитальном этапе, через 1, 3, 6 месяцев наблюдения осуществлялся контроль динамики клинического состояния, показателей биохимического анализа крови, плазменного гемостаза, динамики клинического состояния, психического статуса, качества жизни (шкала оценки качества жизни SF-36).

Результаты. Обе лечебные группы были сопоставимы по клинико-демографическим показателям, а также базисной терапии ОКС. Пациенты обеих групп имели не менее трех факторов риска ишемической болезни сердца (артериальную гипертензию, дислипидемию, курение), а также

высокий риск острого тромбоза коронарных артерий. У 70 % пациентов обеих групп было проведено чрескожное коронарное вмешательство: стентирование в области критических стенозов коронарных артерий. Согласно обследованию когнитивной функции (Mini-Mental State Examination), пациенты группы вальдоксана имели средний балл $27,4 \pm 2,02$, а пациенты группы плацебо – $28 \pm 1,4$, что свидетельствовало об отсутствии у больных обеих лечебных групп выраженных когнитивных нарушений (деменции), которые являлись критерием исключения из исследования.

Через 6 месяцев наблюдения по сравнению с исходным состоянием в группе плацебо статистически значимых изменений психического статуса не было выявлено, а в группе вальдоксана была отмечена значимая положительная динамика при оценке уровня тревоги и депрессии по всем шкалам. При контрольном тестировании опросником Бека было отмечено клинически значимое улучшение в виде редукции депрессивной симптоматики на 50 % и более у 12 респондентов (52 %). В I группе пациентов отмечено отсутствие жалоб на общую слабость, разбитость, раздражительность, ощущение нехватки воздуха, чувства тяжести за грудиной, других кардиалгий. Нами выявлено статистически значимое ($p < 0,003$) уменьшение количества ангинозных приступов и потребляемого нитроглицерина. В группе лечения вальдоксаном, по данным суточного мониторирования ЭКГ, нами не было зафиксировано появления аритмий, внутрисердечных блокад, депрессии сегмента ST.

У 8 пациентов группы вальдоксана отмечено снижение баллов по шкале Бека лишь на 15 % от исходного уровня через месяц лечения, что потребовало увеличения дозы вальдоксана до 50 мг/сут. Два пациента не ответили на лечение: у них было выявлено наличие продолжительного (от 6 до 12 мес.) депрессивного эпизода, в связи с чем данных пациентов перевели на трициклический антидепрессант миансерин в дозе 60 мг/сут. Все больные группы вальдоксана отметили улучшение качества сна: улучшение засыпания, отсутствие ночных пробуждений.

По данным шкалы оценки качества жизни SF-36, у больных, получавших к стандартной терапии ОКС вальдоксан, было выявлено достоверное улучшение показателей оценки общего состояния здоровья ($p < 0,0001$), влияния эмоционального состояния на выполнение работы, социального функционирования ($p < 0,003$), самооценки психического здоровья, снижение интенсивности боли и влияния ее на способность заниматься повседневной деятельностью ($p < 0,0001$).

Аллергических реакций, мышечной слабости не было зафиксировано. Побочных реакций на вальдоксан, кроме дневной сонливости у одного пациента, не было выявлено.

Заключение. Таким образом, настоящее исследование показало, что терапия вальдоксаном способствует достоверному регрессу не только депрессивной, но и тревожной симптоматики у больных с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией. Кроме того, за период наблюдения у пациентов не были зафиксированы такие побочные явления, как ортостатическая гипотензия, удлинение интервала QT, проаритмогенное действие, увеличение частоты сердечных сокращений, что позволяет утверждать о безопасности назначения вальдоксана не только пациентам со стабильной стенокардией, но и при обострении ишемической болезни сердца.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ДЕЛИРИЙ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: ЧАСТОТА И ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ

Е. В. ШИШНЕВА, Е. В. ЛЕБЕДЕВА

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт кардиологии»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт психического здоровья»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск*

В последние годы возрос интерес к проблеме осложнений со стороны центральной нервной системы (ЦНС) при кардиохирургических операциях, в частности к развитию послеоперационного делирия и выявлению предикторов его возникновения. Многокомпонентные стратегии в области поиска предикторов, профилактики и лечения делирия у пациентов в кризисном состоянии являются предметом многочисленных исследований.

Цель. Изучение частоты послеоперационного делирия и предикторов его возникновения у кардиохирургических больных.

Материалы и методы. В основу исследования положен ретроспективный (с 2005 по 2011 г.) анализ историй болезни 268 пациентов разного возраста, с различным исходным неврологическим статусом, разной основной патологией (ИБС, ИБС, осложненной аневризмой левого желудочка (ЛЖ), приобретенные пороки сердца). Пациенты до и после операции были осмотрены психиатром: исследовались когнитивные функции и уровень тревоги и депрессии клинически, а также при помощи тестов MMSE, пробы на запоминание 10 слов, шкал самооценки тревоги Шихана и депрессии Бека. Реаниматологом-анестезиологом в ходе беседы и изучения истории болезни анализировались следующие предикторы, пред-

располагающие к развитию послеоперационного делирия: возраст > 70 лет, пол, диагностированная цереброваскулярная болезнь, исходный когнитивный дефицит, наличие в анамнезе острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), степень риска по шкале Euroscore более или равную 5 %, ФВ ≤ 40 %, анамнестические данные о фибрилляции предсердий (ФП), наличие сахарного диабета. В качестве интраоперационных предикторов развития делирия рассматривали длительность искусственного кровообращения (ИК) > 180 мин, длительность ишемии миокарда > 120 мин, уровень гематокрита во время ИК ≤ 30 %, потребность в переливании препаратов крови, уровень среднего давления перфузии менее ≤ 50 мм рт. ст., потребность в инотропной поддержке, а также применение внутриаортальной баллонной контрпульсации (ВАБК). В условиях ИК 126 пациентам выполнена операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) – I группа, 60 пациентам – операция АКШ с резекцией аневризмы ЛЖ – II группа, 82 пациентам – операция протезирования митрального, аортального клапанов – III группа. Для сравнения частоты воздействия факторов риска применяли показатель «отношения шансов» (odds Ratio, OR). Определяли чувствительность и специфичность предиктора.

Результаты. При сравнении дооперационных предикторов пациенты в возрасте более 70 лет не преобладали статистически значимо ни в одной группе. Мужской пол встречался чаще в I (АКШ) и во II (АКШ + резекция аневризмы ЛЖ). Наличие цереброваскулярной болезни отмечено статистически значимо чаще у пациентов I и II групп по сравнению с III группой (протезирование митрального, аортального клапанов). Риск по EuroSCORE традиционно считается критерием послеоперационных осложнений. Статистически значимые различия по этому критерию выявлены нами у пациентов I группы меньше по сравнению с пациентами II группы. Критерий ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ статистически значимо чаще выявлялся у пациентов II группы, а наличие ФП в анамнезе – у пациентов II и III групп по сравнению с I группой. Такие критерии развития послеоперационного делирия, как исходный когнитивный дефицит, ОНМК в анамнезе, наличие сахарного диабета, по частоте выявления между группами статистически значимо не различались. При сравнении интраоперационных предикторов статистически значимо чаще у пациентов с АКШ и резекцией аневризмы ЛЖ (II группа) регистрировались следующие критерии: длительность ИК > 180 мин, длительность ишемии миокарда > 120 мин, потребность в инотропной поддержке. Связано это, прежде всего, с исходным неудовлетворительным состоянием миокарда (сниженная ФВ) и травматичностью самой операции, что требовало проведения ВАБК.

По остальным критериям (уровню гематокрита во время ИК, потребности в гемотрансфузиях, уровню среднего АД ≤ 50 мм рт. ст. во время ИК) статистически значимых различий между группами выявлено не было.

Выводы. Анализ дооперационных и интраоперационных предикторов позволил нам определить группу риска развития послеоперационного делирия. Делирий был диагностирован у 77 пациентов (28,7 %), из них мужчин – 57, женщин – 20. Из 77 больных, перенесших делирий, 49 (64 %) были в возрасте старше 70 лет. Преобладали легкая и умеренная степень выраженности делирия (с психомоторным возбуждением) – 68 человек (88 %). Тяжелый делирий наблюдался у 4 больных (5,2 %). Тяжелый делирий был связан с более неблагоприятным исходом (затяжным течением делирия ($n = 3$), выраженным когнитивным дефицитом до деменции ($n = 1$)). У 5 пациентов (6,5 %) делирий развился на фоне существующей деменции легкой степени выраженности. Наиболее чувствительными предикторами развития послеоперационного делирия являются: возраст > 70 лет, наличие атеросклероза восходящей аорты, исходный когнитивный дефицит, ОНМК в анамнезе, риск операции по EuroSCORE $> 5\%$, ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, ФП в анамнезе, наличие сахарного диабета и потребность в ВАБК. Выявление и учет значимости этих предикторов позволяет своевременно, в т. ч. профилактически, применять различные стратегии для защиты ЦНС.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ В СЛУЧАЕ КОМОРБИДНОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ РАССТРОЙСТВ

Г. Г. СИМУТКИН

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт психического здоровья»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск*

Частота депрессивных расстройств, по данным крупных эпидемиологических исследований, в течение жизни составляет 12,5 % и на протяжении 12 месяцев – 5,6 % (Kessler, Ustun, 2008). Аффективные расстройства, и в частности депрессия, как и кардиоваскулярные расстройства, представляют собой серьезное экономическое бремя для современного общества и являются причиной серьезных нарушений социальной адаптации у соответствующих пациентов (Краснов, 2012; Lam et al., 2012). Совокупный анализ ежегодных затрат на одного пациента и эпидемиологических данных (12-месячная оценка распространенно-

сти аффективных расстройств), проведенный в 28 европейских странах с общим населением в 466 млн человек, показал, что, по крайней мере, 21 млн человек страдают депрессивным расстройством, а общая годовая стоимость депрессии в Европе оценивается в 118 млрд евро в 2004 г., что соответствует стоимости 253 евро на одного жителя, при этом в целом стоимость депрессии соответствует 1 % от общего объема экономики Европы. Эти данные позволяют назвать депрессию самым «дорогостоящим заболеванием, связанным с головным мозгом, в Европе» (Sobocki et al., 2006). Последние исследования

по «стоимости депрессии» в Европе, охватившие уже 514 млн человек, также подтверждают, что расстройства настроения являются самым дорогим заболеванием, связанным с дисфункцией головного мозга (Gustavsson et al., 2011; Olesen et al., 2012). В ряде исследований указывается на высокую коморбидность депрессивных и сердечно-сосудистых нарушений (Лебедева с соавт., 2012; Fenton, Stover, 2006). Например, по данным, проведенным под эгидой ВОЗ, 72 % пациентов с депрессивными расстройствами имеют то или иное хроническое коморбидное соматическое или неврологическое расстройство, при этом на долю сердечно-сосудистых расстройств приходится 20 % (Kessler et al., 2010). При этом следует отметить, что в случае биполярного аффективного расстройства отмечается даже большая частота мультикоморбидности, чем при монополярной депрессии (Merikangas et al., 2011). Клинические исследования показывают, что сочетание сердечно-сосудистых и депрессивных расстройств носит взаимовлияющий характер и обуславливает более тяжелое течение как сердечно-сосудистых, так и аффективных нарушений (Ramasubbu et al., 2012). В настоящее время существуют противоречивые рекомендации по терапии случаев коморбидности аффективных и сердечно-сосудистых расстройств (Lam et al., 2012; McIntyre et al., 2012), что связано с рядом клинических трудностей при выборе оптимальной фармакотерапии в соответствующих случаях.

Цель. Проведение анализа зарубежной литературы, посвященной выбору оптимальной антидепрессивной терапии при коморбидности «большой депрессии» и сердечно-сосудистых расстройств.

Материалы и методы. В качестве информационных источников использовались интернет-ресурсы (PubMed), полнотекстовые англо- и немецкоязычные статьи.

Результаты исследования. Общим принципом терапии случаев коморбидности сердечно-сосудистых и депрессивных расстройств признается тщательный подбор антидепрессивного препарата с принятием во внимание проблемы кардиотоксичности и спектра побочных эффектов (в том числе риска развития метаболического синдрома), переносимости и безопасности сочетания с другими лекарственными препаратами соответствующего антидепрессивного средства (Juckel et al., 2013). На основании данных о хорошей клинической эффективности относительно низкого потенциала взаимодействия и невысокого риска нарушений сердечно-

го ритма препаратами выбора в случае коморбидности депрессивных и сердечно-сосудистых расстройств являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина – СИОЗС (Parissis et al., 2007), при этом СИОЗС способны уменьшать риск повторного инфаркта миокарда и смерти вследствие сердечно-сосудистых расстройств (Taylor et al., 2005). Хорошую эффективность в рассматриваемых клинических случаях показали селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (СИОЗН) – ребоксетин, норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты (НаССА) – миртазапин, в то время как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) – венлафаксин, дулоксетин должны назначаться в указанных клинических случаях с осторожностью (Norra et al., 2008). Отдельные исследования показали, что современный антидепрессант агомелатин (антагонист мелатониновых рецепторов 1-го и 2-го типов, а также антагонист 5-HT_{2c} рецепторов) отличается высокой эффективностью и хорошей переносимостью при терапии депрессии у кардиологических пациентов (Dubovsky, Warren, 2009). В случае легкой и умеренной депрессии полезным может быть использование антидепрессанта на основе травы зверобоя, однако при этом необходимо учитывать возможные неблагоприятные взаимодействия гиперикума с кардиологическими препаратами (Szegedi et al., 2005). Существуют данные о положительном воздействии на депрессивную симптоматику при коморбидности аффективных и сердечно-сосудистых расстройств омега-3 жирных кислот (Freeman, Rapaport, 2011; Mozaffarian, Wu, 2011). В последние годы накапливаются клинические данные, согласно которым нежелательными являются комбинации антидепрессантов с антипсихотиками (особенно фенотиазинового ряда) у кардиологических пациентов, поскольку они увеличивают риск их внезапной смерти (Honkola et al., 2012).

Заключение. Современный арсенал антидепрессивного лечения в случае коморбидности сердечно-сосудистых и депрессивных расстройств представляет собой широкий спектр лекарственных препаратов, обеспечивающих высокую клиническую эффективность терапии депрессии при наличии хорошей переносимости, отсутствии риска увеличения веса тела и невысокого риска неблагоприятных взаимодействий между различными группами кардиологических и психотропных препаратов.

ЛАТЕНТНАЯ АЛКОГОЛИЗАЦИЯ И СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НЕКОТОРЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУПП

С. В. ПРОНИН¹, М. Г. ЧУХРОВА², В. С. ПРОНИН²

¹ Автономная некоммерческая организация «Наркотическая больница «Витар», Новосибирск

² НИИ терапии и профилактики Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск

Существующий уровень потребления алкогольных напитков и связанные с этим негативные последствия в Российской Федерации считаются сверхвысокими, что требует усилий для снижения алкоголизации населения. Назрела необходимость усилить внимание к проблеме латентного (скрытного) алкоголизма среди различных профессиональных групп, в частности среди работников железнодорожного транспорта. Управление подвижным составом на железнодорожном транспорте, работа локомотивных бригад сопряжена с постоянными стрессорными воздействиями. Несмотря на то, что лица, занятые в этих профессиях, проходят регулярное медицинское и психофизиологическое освидетельствование, у них периодически выявляются отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы, которые не укладываются в сложившиеся диагностические представления о данной патологии, и появляется насущная потребность учета влияния различных факторов, в т. ч. алкоголя и других ПАВ, которые могут усиливать риск заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) среди этих лиц и в целом влиять на их профпригодность. Есть и другая проблема – низкая осведомленность врачей о наличии наркологической патологии у сердечно-сосудистых больных.

Цель. Выявление взаимосвязи между потреблением алкоголя и сердечно-сосудистой патологией среди декретированных профессиональных групп на примере работников железнодорожного транспорта.

Дизайн исследования – сплошное, открытое, проспективное, нерандомизированное. Исследование проведено в рамках диспансерного наблюдения. Было проанкетировано, опрошено среди 469 мужчин, где средний возраст ($M \pm SD$) $31,5 \pm 7,6$ года, и проведен анализ вариабельности сердечного ритма (BCP) по данным ЭКГ тестирования. Среди них 45,8 % машинистов (возраст $34,0 \pm 7,0$ года; стаж работы 11,5 года) и 54,5 % помощников машинистов ($29,18 \pm 7,5$ года; стаж работы 5,5 года). Число женатых и лиц, состоящих в гражданском браке, среди машинистов составило

86 % (184 человека) и 57 % среди помощников машинистов.

Для оценки степени зависимости от алкоголя наряду с критериями DSM-IV и ICD-X применялся тест CAGE (Ewing, 1984) [1]. Одна условная доза алкоголя (Drink) равна 50 мл 40 %-ного алкоголя, или 200 мл вина, или 500 мл пива и считается относительно безопасной с частотой приема 2–3 раза в месяц. За основу взяты критерии USDA/HHS Dietary Guidelines (2005) [3]. В обследованной выборке доза алкоголя в условных единицах (дринках) в случае его приема составляет в среднем 3,7 у.е./сут, (10,3 сигареты/сут) у машинистов и 3,3 у.е./сут (12,7 сигареты/сут) у помощников машинистов. При этом полностью исключался прием алкоголя за прошедший месяц 23,7 % машинистов и 36,4 % помощников машинистов. Применялись следующие градации для формирования групп сравнения в зависимости от частоты и количества употребляемого алкоголя: «умеренные» – 1–2 дринка/сут с частотой 1–3 раза/мес – 21 %; контролирующие – 17 %, где частота приема 1–3 раза/мес и 3–4 дринка/сут; высокорисковые (группа A_1) – 11 % с частотой приема раз в неделю и 3–4 дринка за один прием; высокорисковые (группа A_2) – 11 % с частотой приема 2–3 раза в неделю и более 5 дринок за раз. В 13 % не было данных в анкетах по вопросу потребления алкоголя.

Адаптационный потенциал сердечно-сосудистой системы вычислялся по данным вариабельности сердечного ритма [2]. Также использовался тестовый опросник, который содержал 27 вопросов, в т. ч. по качеству сна, фиксировались органические жалобы, учитывались возможные эффекты от самолечения и используемые медицинские препараты при болевой симптоматике, проводилась оценка зависимости от алкоголя, никотина и кофе, также учитывался гемодинамический отклик на лечение сердечно-сосудистой патологии, проводимой некоторым лицам цеховым терапевтом.

Выявлена взаимосвязь между потреблением алкоголя и снижением адаптивного потенциала

сердечно-сосудистой системы в профессиональной группе железнодорожников. При этом общее количество лиц, имеющих начальную (A_1) или сформировавшуюся зависимость от алкоголя (A_2), может достигать 17,6 %, что в определенной степени будет влиять на сердечно-сосудистую систему, приводя к снижению уровня профпригодности к данным специальностям. Замечено, что в группе A_2 высока вероятность резкого снижения адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы с необходимостью проведения медицинских коррекционных мероприятий. При этом лица, отнесенные к группам $A_1 - A_2$ зачастую обращаются с разными поводами к медикам, где ухудшение их общесоматического состояния в ассоциации с приемом алкоголя не принимается во внимание. Это не позволяет повысить эффективность психофизиологической и медицинской коррекции болезненных состояний.

В заключение необходимо подчеркнуть, что нами установлена взаимосвязь между потреблением алкоголя и нарушением функций сердечно-сосудистой системы в профессиональной группе железнодорожников. Выявлены следующие последствия алкогольного потребления у маши-

нистов и помощников машинистов: снижение адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы и избыточный вес. Все это диктует необходимость выработки новых стратегий, направленных на совершенствование системы диспансерного и входного производственного контроля, с постановкой цели полного отказа приема алкоголя и других ПАВ работниками локомотивных бригад. Необходимо активное проведение профилактических мероприятий, формирующих негативное отношение к психоактивным веществам (алкоголь, никотин и т. п.), начиная уже с железнодорожных колледжей. Важно и преодоление у врачей своеобразной диагностической «анозогнозии» поражений ССС и их взаимосвязи с последствиями приема алкоголя и других ПАВ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ewing J. A. Detecting alcoholism. The CAGE Questionnaire // JAMA. 1984. Vol. 14. P. 1905–1907.
2. Heart rate variability. Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use // Europ. Heart J. 1996. № 17. P. 354–381.
3. Standard drink / From Wikipedia, the free encyclopedia // http://en.wikipedia.org/wiki/Standard_drink – (доступ 24.05.11).

ДИНАМИКА КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ АОРТОКОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ

Е. В. ЛЕБЕДЕВА, А. К. СУРОВЦЕВА

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск

Когнитивные нарушения после оперативного лечения ишемической болезни сердца (ИБС) могут встречаться более чем у 30 % пациентов. Впервые о них сообщил доктор Бедфорд в середине 50-х гг. прошлого столетия, он отметил, что у больных пожилого возраста имеют место когнитивные дисфункции после перенесенных хирургических вмешательств в условиях общей анестезии. Сейчас этот феномен широко обсуждается и носит название послеоперационной когнитивной дисфункции (ПОКД, *postoperative cognitive dysfunction*). Обычно это расстройство кодируется по МКБ-10 в рубрике F06.7 (легкое когнитивное расстройство).

Нами было проведено открытое рандомизированное (методом конвертов) сравнительное контролируемое параллельное исследование на выборке из 60 человек, которым была сделана операция аортокоронарного шунтирования в ус-

ловиях искусственного кровообращения на фоне ИВЛ и сбалансированной анестезии.

Цель. Изучение когнитивных функций в группе пациентов, принимавших церебролизин, и в группе сравнения в динамике до и после операции аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения.

Критериями включения в исследование были: согласие пациента, диагностированная ИБС, планируемое оперативное лечение ИБС (АКШ), когнитивные нарушения (19–27 баллов по MMSE), возраст от 40 до 75 лет. Пациенты были разделены на 2 сопоставимые (по полу, возрасту, тяжести клинического состояния, сопутствующей патологии) группы по 30 человек: с периоперационной терапией церебролизинотерапией и группу сравнения.

Проводилось комплексное исследование когнитивной сферы при помощи методик, предполагающих качественный и количественный ана-

лиз полученных результатов (исследование речи, праксиса, понимание пословиц и поговорок, проба на запоминание 10 слов, MMSE, опросник Хачинского). Оценка осуществлялась в предоперационном периоде не менее чем за 3–4 суток до предполагаемого оперативного лечения и после оперативного вмешательства.

Статистическая обработка материала производилась с использованием программы STATISTICA 8.0. Для оценки параметрических данных использовался Т-критерий для зависимых и независимых групп; альтернативно Т-критерию, при отсутствии нормального распределения признаков использовались критерии Крускала – Уоллиса, Манна – Уитни. Данные представлялись в виде «среднее $\pm$ отклонение среднего». Статистически значимым считался уровень $p < 0,05$. Для выявления взаимосвязи признаков использовался корреляционный анализ Спирмена.

Результаты тестирования, имеющие количественное выражение (MMSE и проба на запоминание 10 слов), показали наличие тенденции к улучшению когнитивных функций в группе церебролизина по сравнению с контрольной группой: с $25,4 \pm 1,7$, медиана 26 $p > 0,05$ до операции и $26,6 \pm 1,9$, медиана 27 $p < 0,05$ – после. В то время как в группе сравнения наблюдалась тенденция к снижению показателей с $25,4 \pm 2,2$, медиана 26,0 до операции и $24,7 \pm 2,8$, медиана 25 – после (с легких до умеренных когнитивных нарушений и легкой деменции). В группе сравнения в послеоперационном периоде достовер-

но увеличилось количество слов в первой пробе по сравнению с дооперационным периодом ($5,0 \pm 1,4$ vs $4,2 \pm 0,8$, $p = 0,004$), а также во второй ($6,0 \pm 1,2$ vs $5,4 \pm 1,2$, $p = 0,01$). В других пробах получены недостоверные различия. В группе церебролизина в пробе на запоминание 10 слов в первом воспроизведении количество слов увеличилось с $3,9 \pm 1,0$ до $5,07 \pm 1,2$, $p = 0,0003$, во второй пробе – с $5,3 \pm 1,2$ до $5,9 \pm 1,2$, $p = 0,02$, а в третьей пробе – с $6,1 \pm 1,1$ до $6,7 \pm 1,1$, $p = 0,01$, в пятой – с $6,5 \pm 1,1$ до $7,2 \pm 1,1$, $p = 0,001$, в шестой (отсроченное воспроизведение) – с $5,4 \pm 1,6$ до $6,7 \pm 1,1$ $p = 0,000002$.

Выводы. Исследование памяти обладает высокой чувствительностью к изменению функциональных состояний мозга, поэтому увеличение объема воспроизводимых слов во втором испытании должно указывать на улучшение когнитивных функций. Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование периоперационной защиты мозга способствует сохранению, а в ряде случаев и улучшению когнитивных функций, снижению риска осложнений со стороны психики после проведения операции аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения и холодовой кардиopleгии, особенно у пациентов с высоким риском их развития. Также показывают, что применение психометрических, экспериментально-психологических методик позволяет получать объективные данные о динамических изменениях когнитивных функций после оперативного вмешательства.

УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ И СПОСОБЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Т. В. АВДЮШКИНА, О. А. ЗУЕВА

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

В Кемерове с 2009 г. начала внедряться в практику программа психологической диагностики и коррекции детей и родителей, готовящихся к хирургическому лечению врожденного порока сердца (ВПС).

Ежегодно только в России рождается более 20 тысяч детей с врожденными пороками сердца. Одним из основных способов коррекции ВПС у детей является оперативное лечение. Это приводит к тому, что у родителей возникает беспокойство перед предстоящей операцией. И это беспокойство неизбежно передается детям.

Предметом нашего исследования стало изучение уровня тревожности и степени депрессии у родителей и стратегий реагирования на стрессовую ситуацию. Исследование проводилось на базе детского отделения кардиоцентра г. Кемерово.

В 2013 г. нами обследовано 136 матерей детей с врожденным пороком сердца.

Все обследованные были распределены на три группы: родители детей до года (86), родители детей 1–5 лет (40), родители детей старше 5 лет (10).

Цель. Выявление влияния на стратегию реагирования в стрессовой ситуации уровня тревожности родителей, а также выявление влияния социального положения семьи и уровня образования на характер эмоционального реагирования родителей.

Анализ медико-социального статуса семей детей с ВПС показал, что в многодетных семьях воспитывались 12 детей (9 %); отягощенная наследственность по кардиологическому профилю выявлена у 20 детей (17 %). Материнская выборка по уровню образования распределена на группы: высшее образование – 45 (33,3 %), среднее специальное – 46 (34 %), среднее – 37 (27 %), неполное среднее и без образования – 8 (5,7 %).

Согласно поставленным задачам, были использованы следующие методики: шкала депрессии Э. Бека, шкала самооценки тревоги Цунга.

На основании полученных данных было установлено следующее.

Для всех групп матерей характерно повышенное чувство тревоги – 76,4 %, причем в группе родителей, имеющих высшее образование, преобладает средний и высокий уровень тревожности – 68,3 %. У родителей без образования низкий уровень тревожности определяется в 23,2 %.

Наличие депрессивных расстройств диагностируется у 56,6 % матерей с высшим и средним специальным образованием. У родителей без образования депрессивных расстройств не определяется.

Особенностью родителей детей с ВПС является их повышенная тревожность, связанная с будущим. Она включает тревогу за здоровье больного ребенка, других детей в семье, их собственного здоровья, а также генерализованную тревогу и чувство неуверенности, страха перед завтрашним днем. Часто их взгляды пессимистичны, они затрудняются представить свое будущее.

Острой психологической проблемой, часто встречающейся у родителей, является наличие чувства вины, связанной с болезнью ребенка. Реакция самообвинения сопряжена с неуверенностью и мнительностью, а также высокой чувствительностью к определенным событиям.

Психологические проблемы занимают далеко не последнее место во всем сложном комплексе лечения ребенка с ВПС. Так или иначе, родители сталкиваются с ними, потому что лечение требует не только усилий и знаний, но и понимания всего, что с ребенком делают и будут делать.

У родителей нами выявлено три типа реагирования на стрессовую ситуацию: *активный, пассивный, сомневающийся*.

Психологическая реакция родителей при *активном типе реагирования* определяется страхом за жизнь ребенка, связанным с его возможным длительным болезненным состоянием после операции, мыслями о его и своем ближайшем и отдаленном будущем. Родители постоянно задают вопросы, интересуются ходом операции и сроками перевода ребенка из реанимационного отделения, возможным консультированием ребенка другими специалистами по мере необходимости, планом дальнейшей реабилитации и восстановительного лечения.

При *сомневающемся типе реагирования* у родителей есть много одинаковых вопросов, которые они редко задают врачам, а стремятся обсудить их друг с другом. Реакция родителей во многом определяется их личным представлением о том, что у ребенка имеется «смертельное» заболевание, которое, однако, можно излечить. У некоторых появляется чувство озлобления, выражающееся в постоянном нарочитом поиске плохого отношения к их ребенку, недостаточного внимания и, по их мнению, медицинских ошибок. Иногда, напротив, родители уходят в себя, не принимая никакого участия в процессе лечения, а просто покорно ожидая исхода, который даже в отличных случаях им кажется плохим.

При *пассивном типе реагирования* у родителей имеется тенденция избирательно блокировать сведения, которые им дают медики. Они могут слушать, но не слышать то, что им пытаются объяснить, особенно когда речь идет о сложных, незнакомых для них понятиях: диагнозе, методах исследования, хирургических возможностях, степени риска и возможного исхода. Другие подсознательно преуменьшают сложность проблемы, охраняя собственную психику.

Таким образом, результаты исследования показали, что уровень тревожности и степень депрессивных расстройств родителей детей с ВПС, нуждающихся в оперативном лечении, имеют корреляцию в зависимости от уровня образования – чем выше уровень образования, тем выше уровень тревоги. При этом определяются три основные стратегии поведения родителей: активная, сомневающаяся, пассивная.

Полученные данные используются нами в психокоррекционной работе с родителями и обучении их эффективным методам поведения.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ, КОМОРБИДНОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

В. В. БЫЧКОВА, О. С. ЩЕТИНИНА

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

Демографические тенденции практически всех стран мира, в том числе и России, свидетельствуют об увеличении удельной доли пожилого населения в общей популяции. Увеличение численности населения старших возрастных групп неизбежно затрагивает и больных с шизофренией как часть общей популяции. В связи с этим ожидаемым является рост распространенности у больных с шизофренией, ассоциированной с поздним возрастом, соматической патологии, прежде всего сердечно-сосудистых заболеваний. Обострения шизофрении сопровождаются развитием сдвигов гемодинамики и нейроэндокринных взаимосвязей, характерными для второй фазы дистресс-синдрома: повышением уровня глюкокортикоидов и АКТГ, повышением плазменных концентраций дофамина и норадреналина (Горобец, 2004), транзиторной гипергликемией и атерогенными сдвигами липидного спектра (Морковкин, Картелишев, 1988), которые в совокупности запускают основные патогенетические механизмы артериальной гипертензии.

В женском блочном отделении Кемеровской областной клинической психиатрической больницы нами было проведено обследование 40 пациенток с диагнозом «шизофрения с сопутствующей артериальной гипертензией» и «диагнозом шизофрения без артериальной гипертензии».

Цель. Выявить особенности психофармакотерапии у больных с шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. В исследование были включены 40 пациенток, имеющих диагноз шизофрения (F20.0), установленный в соответствии с МКБ-10, получающих постоянную психофармакотерапию. Параметры включения в исследование: возраст старше 40 лет, отсутствие агрессивного поведения, информированное согласие пациентов на участие в исследовании.

Пациентки были разделены на две группы. Первая группа, основная, включила в себя 20 пациенток, которые имели ранее установленный диагноз «артериальная гипертензия» (при стационарном обследовании либо в ходе наблюдения у терапевтов по месту жительства). Вторая группа, контрольная, составила также 20 человек, которые ранее не имели установленного диагноза «артериальная гипертензия». Пациентки однократно обследовались с использованием следующих методов:

– клинико-психопатологического, в результате которого определялись тип течения шизофрении и ведущий синдром;

– анализа медицинской документации, в результате которого определялись длительность заболевания шизофренией, артериальной гипертензией, принадлежность получаемых лекарственных препаратов, проводимая антипсихотическая терапия учитывалась с помощью аминазинового эквивалента;

– оценки выраженности симптомов шизофрении с использованием шкалы PANSS;

– измерения артериального давления, частоты сердечных сокращений, окружности талии.

Результаты. Проведенное исследование выявило, что основную группу составили пациентки с достоверно большим возрастом – 45,6, в контрольной – 40,4, длительность заболевания шизофренией в основной группе составила 16,2, в контрольной – 12,2. По типу течения заболевания и ведущему синдрому в основной группе преобладало непрерывно-прогредиентное течение (62,4 %), и ведущим был галлюцинаторно-бредовый синдром (72,4 %). Показатели ЧСС и измерения окружности талии также были значительно выше в основной группе ЧСС (88,2) и ОТ (89,1) по сравнению с контрольной ЧСС (81,2) и ОТ (78,2). При обследовании пациенток с помощью шкалы PANSS было выявлено увеличение показателей PANSS-P, PANSS-N, PANSS-G в основной группе. При сравнении получаемой психофармакотерапии в обеих группах было выявлено, что аминазиновый эквивалент получаемых антипсихотиков у пациенток основной группы практически в 2 раза выше, чем у пациенток контрольной группы. Кроме того, пациенткам основной группы чаще назначались антидепрессанты и транквилизаторы. Менее чем в 20 % пациентки основной группы получали гипотензивные препараты по поводу артериальной гипертензии на амбулаторном этапе.

Выводы. У больных с шизофренией, коморбидной с артериальной гипертензией, отмечается более неблагоприятное течение заболевания, низкое качество ремиссий, требуются более высокие дозы антипсихотической терапии, отмечается тенденция к фармакорезистентности, лишь небольшое количество пациенток получают адекватную фармакотерапию по поводу артериальной гипертензии.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХОЗАМИ, СОЧЕТАЮЩИМИСЯ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**Э. С. ВИШНЕВСКАЯ, Д. Г. УСТЬЯНЦЕВ***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*

Изучены невыборочно истории болезни 619 больных, обследованных и лечившихся в 1–3-м отделении областной клинической психиатрической больницы в 2012 и 2013 гг. Отделение блочное, общепсихиатрическое, мужское. Эндогенные психозы были диагностированы у 311 больных из 619. Среди 311 пациентов у 37 были жалобы на состояние сердца и сосудов. Эти 37 пациентов составили 11,9 % от количества всех эндогенных больных. К 37 пациентам мы присоединили еще 7, обследованных в данном блочном отделении ПБ в 2005 и 2011 г. Всего изучено 44 истории болезни. Диагнозы квалифицировались по МКБ-10 и относились к разделу F 20-29, лишь 4 имели диагноз из раздела F 30-39. Наследственность была отягощена по шизофреническому типу у 24 из них (54,5 %), алкоголизму – у 16 (36,45 %). Большинство больных к моменту первой госпитализации в ПБ были в возрасте до 30 лет (29 из 44 – 65,9 %). Резидуально-органическое поражение головного мозга смешанной этиологии было у 40 (90,9 %), в том числе ПЭП было у 23 (52,3 %). Психосоматические заболевания были у 32 (72,7 %). «Зарницы» будущего психоза (невротические, аффективные, галлюцинаторные, кататонические) были у 40. Наиболее часто в анамнезах у пациентов были панические атаки по типу «я умираю». Таких больных было 19 (47,5 %). Возникал и повторялся вегетативный криз в сочетании с сенестопатиями, деперсонализацией, дереализацией, ментизмом, страхом за жизнь, сердце, рассудок. Негативные расстройства шли одновременно. Складывались характе-

ры, личность становилась странной, чужаковой с «особыми интересами». Например, мистицизм был у 32 из 44 исследованных (72,7 %). Или личность становилась рафинированной, неприспособленной. Часто возникали фасадный алкоголизм, злоупотребление другими психоактивными веществами. Из-за аутизма пациенты фактически не стремились к лечению «сердца и сосудов», отказывались от стационарного обследования в больницах соматического профиля. Они предъявляли простые жалобы: повышение АД, боли в сердце и т. п. Близкие не понимали состояния больных, знали только: «он у нас гипертоник» или «у него аллергия», «у него сахар».

Нам удалось разобраться, что при первом поступлении в ПБ у большинства больных из этих 44 был манифестный депрессивно-ипохондрический параноидный синдром. Бред был не только ипохондрический, но и малоценности, виновности, отношения, гибели (Котара), преследования, порчи, одержимости. Депрессия была не только дистимическая, но и витальная. Сенестопатии были не только кардиальные, но с нарушением коэнестезии. Сенестопатии были у 40 больных (90,9 %), деперсонализация – у 30 (84,4 %), дереализация – у 29 (65,9 %), сезонность депрессии – у 32 (72,7 %), суточные колебания состояния – у 17 (38,6 %), тяжесть в теле – у 34 (77,3 %), резкая потеря в весе (на 10–15 кг за 1–1,5 месяца) была у 13 (29,5 %).

Таким образом, тщательная работа психиатра в стационаре (ПБ) дает возможность выявить полный симптомокомплекс и помочь больному.

**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 обнубиляции 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 неврозоподобным 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.

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА, В ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

В. А. ГОРДЕЕВ, Т. В. АВДЮШКИНА, О. А. ЗУЕВА, А. В. МАКСИМЕНКО

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

В Кемерове с 2009 г. начала внедряться в практику программа психологической диагностики и коррекции родителей и детей, готовящихся к хирургическому лечению врожденного порока сердца.

Предстоящее оперативное лечение врожденного порока сердца (ВПС) у ребенка вызывает беспокойство родителей, которое неизбежно передается детям. Маленький ребенок не понимает до конца, что такое операция и как она проходит, обычно у детей присутствует страх перед врачами и медицинскими процедурами, и в данном случае он усиливается фактором неизвестности. Наложение этих факторов травмирует психику ребенка, что в итоге может привести к развитию невротических и неврозоподобных расстройств.

Существует прямая зависимость между количеством страхов у детей и родителей, особенно матерей. Мать, находящаяся в состоянии тревоги, непроизвольно старается оберегать психику ребенка от событий, так или иначе напоминающих о ее страхах. Целью нашего исследования было выявить влияние эффективного поведения родителей (копинг-поведение), влияющего на уровень тревожности детей, оперированных по поводу врожденного порока сердца.

В 2011–2013 гг. было обследовано 116 детей в возрасте 5–17 лет (21 % от общего количества детей, остальные были младше). Наличие тревожности выявлено у 76,4 % матерей. Повышенный уровень тревожности выявлен у 76,7 % детей (74,4 % – мальчики, 79 % – девочки).

Тревожность – индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым переживаниям состояния тревоги и низком пороге его возникновения.

Предстоящая операция – это стресс, и состояние родителей чрезвычайно важно. Опыт показывает, что в выздоровлении ребенка далеко не последнюю роль играют поддержка родителей и вся окружающая ребенка среда, которая должна быть максимально доброжелательной.

Особенно остро переживается родителями момент самой операции и ближайших часов и дней после нее. Здесь возникают один за другим несколько труднейших, травмирующих моментов: отрыв ребенка от матери (возможно, первый в его жизни), сама операция, первое посещение палаты в реанимационном отделении (это желательно, так как помогает родителям понять и оценить всю сложность ближайшего послеоперационного ухода), перевод в хирургическое отделение и выписка из больницы.

Многое зависит от способов общения родителей с ребенком.

Ребенок, будучи существом повышено чувствительным, обладает высокой чувствительностью к состоянию родителей, и поэтому нашей задачей являлось обучить родителей копинг-стимулирующему поведению, которое подразумевает использование методов, способствующих уменьшению беспокойства и страха у детей перед операцией (отвлечение внимания, разговор, не касающийся проведения манипуляции, юмор).

Копинг, копинговые стратегии – это то, что делает человек, чтобы справиться со стрессом. Понятие копинг-стимулирующего поведения объединяет когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, которые используются, чтобы справиться как с запросами обыденной жизни, так и чрезвычайными или превышающими

ресурсы человека требованиями. В свою очередь, дистресс-стимулирующее поведение определяется, как мнимо обнадеживающие и действующие из лучших побуждений высказывания, которые в действительности в восприятии ребенка противоположны существующей реальности.

Новая стратегия поведения родителей способствует уменьшению беспокойства и страха у детей перед проведением оперативного вмешательства.

Желательное поведение взрослого (копинг-поведение) включало разговор, не связанный с предстоящей манипуляцией (например, о друзьях, игрушках, любимых играх, фильмах), использование юмора и так называемой медицинской реинтерпретации, когда родитель позиционирует саму медицинскую процедуру и оборудование как что-то забавное и позитивное. Такое поведение отвлекает детей от их эмоций и/или помогает перестроить новую потенциально отпугивающую среду на что-то понятное, связанное с низким уровнем беспокойства.

Важно, чтобы контроль над ситуацией находился у взрослого. Ребенок не должен контролировать и принимать решение для осуществления поступков, которые вызывали бы у него повышенный уровень беспокойства.

Не всем детям можно говорить все о предстоящей операции на сердце, но в любом случае ребенка нужно успокаивать тем, что он ничего не почувствует, что мама будет всегда рядом, что все будет хорошо. Подготавливая ребенка психологически к операции, сама мама должна быть внутренне спокойна, так как все переживания и измененный тембр голоса улавливаются ребенком, создавая внутреннее напряжение, тем самым усиливая противовес в сторону недоверия.

Если ребенок уже входит в осознающий себя возраст, нужно стараться честно отвечать на все

заданные им вопросы, ответы должны быть простыми, понятными ребенку и наполнены позитивом. Присутствие рядом мамы, любимых игрушек дает возможность ребенку свести к минимуму весь психологический дискомфорт, связанный с лечебным учреждением. При комфортных условиях и правильной психологической подготовке предоперационный период проходит благоприятно.

После операции мама объясняет ребенку, что он будет себя чувствовать немного по-другому, но это ненадолго. Обязательно говорить ребенку, чтобы он правильно передавал свое состояние доктору, так как от этого будет зависеть его выписка из больницы. Информация выдается ребенку постепенно, по мере выздоровления ребенка прибавляется информация о том, как надо себя вести в послеоперационный период (что можно и чего нельзя).

Задачей психолога было показать и обучить родителей приемлемым формам поведения.

В результате психокоррекционных методов нашей работы с детьми, готовящихся к оперативному лечению врожденного порока сердца, и обучение родителей копинг-стимулирующему поведению уменьшился уровень тревожности детей в пред- и послеоперационный период (с 83,4 % при поступлении до 37,3 % перед выпиской). Среди пациентов практически у всех была обнаружена положительная динамика. Наиболее хорошие результаты отмечались у детей 5–8 лет.

Таким образом, учитывая наличие высокого уровня тревожности у детей с ВПС, готовящихся к оперативному лечению, необходимо формировать стратегии поведения родителей, которые способствуют уменьшению беспокойства и страха у детей перед проведением оперативного вмешательства, а также влияют на послеоперационные исходы.

КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА С ПОМОЩЬЮ АРТ-ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

О. А. ЗУЕВА, Т. В. АДЮШКИНА

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

В настоящее время растет интерес к применению методов арт-терапии в медицине. Это относительно новый метод психодиагностики и коррекции эмоциональных нарушений. Метод невербального выражения чувств и эмоций. Детский рисунок является своеобразным аналогом речи, Л. С. Выготский назвал детский рисунок графической

речью. Арт-терапия играет особую роль в коррекции эмоциональных нарушений. Она дает возможность выхода чувств, которые в силу тех или иных причин не могут быть выражены. Цель нашего исследования: оценка эффективности использования методов арт-терапии в реабилитации детей с врожденными пороками сердца (ВПС),

нуждающихся в оперативном лечении, а также выявление наличия повышенной тревожности и других психологических проблем, гармонизация эмоционального состояния. Занятия с использованием проективной рисуночной методики «Сердце глазами ребенка» проводились с детьми от 5 до 18 лет. Они представляют из себя структурированные занятия, где ребенку предлагается нарисовать свое сердце, как он его ощущает до и после оперативного лечения.

Задачи, которые решались в рамках программы: выявление уровня тревожности у детей с ВПС; отреагирование актуальных состояний; коррекция механизмов психологической защиты; снятие эмоционального напряжения; знакомство с основными эмоциями ребенка в стрессовых ситуациях и гармонизация эмоциональной сферы; развитие саморегуляции, здоровых установок и мотиваций; улучшение детско-родительских отношений в сложной жизненной ситуации, связанной с оперативным лечением; закрепление положительных поведенческих реакций. Арт-терапевтически процесс состоит из следующих основных этапов:

- 1) подготовительных организационных процедур и исходной диагностики;
- 2) коррекционного этапа, оценки промежуточных результатов;

3) завершения работы, оценки конечных результатов.

В исследовании приняли участие 116 детей в возрасте от 5 до 18 лет, из них 63 мальчика и 53 девочки, за период с 2011 по 2013 г. Использовалась индивидуальная и групповая психокоррекция. Для оценки эффективности в начале работы было проведено комплексное обследование психологического состояния детей с целью выявления уровня тревожности. Применялись такие методики, как: непосредственная беседа с ребенком, опросники А. И. Захарова, Е. К. Лютовой, Г. Б. Мониной, шкала самооценки тревожности Цунга. На первом, дооперационном этапе был выявлен общий уровень тревожности, равный 76,7 %. После проведенных психокоррекционных мероприятий уровень тревожности снизился до 55,4 %. Улучшился благоприятный фон настроения, общее самочувствие. Больше стало детей с позитивным настроением на будущее, что положительно сказывается на успешной реабилитации. Таким образом, проективная рисуночная методика «Сердце глазами ребенка», разработанная и применяемая для коррекции психологических проблем у детей с врожденными пороками сердца, является эффективной, на основании чего может быть рекомендована для реабилитации детей в до- и послеоперационном периоде, а также для более широкого использования.

ПОЛИОРГАННАЯ СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ И СВЯЗАННЫЕ С НЕЙ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА (по материалам СПЭ)

В. Г. ИВАНОВ, О. А. ВОЛКОГОНОВ, Т. В. БУРСОВА, Ю. С. ГАЦКОВСКАЯ

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

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

Соотношение соматической и психической патологии остается актуальнейшей задачей современной медицины (Александровский, 2002; Лебедева, Семке, Якутенок, 2010; Дмитриева, Харитонов, 2003; Сафуанов, 2006). Для судебно-психиатрических экспертов особый интерес представляет оценка влияния комплекса взаимосвязанных факторов (психопатологических, соматических, социальных, психологических, личностных и других) на способность гражданина осознавать или понимать значение своих действий и руководить ими. Такая способность во многом зависит от «состояния» субъекта в юридически значимый период.

За последние годы отмечается рост числа оспариваемых в судебном порядке имущественных сделок (договоры купли-продажи и дарения жилья, оформление ренты и составление завещаний и др.). Вследствие этого значительно увеличилось количество проводимых комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз по делам о признании сделок недействительными. Это касается преимущественно лиц пожилого возраста. Именно пожилые люди оказываются наиболее уязвимыми в таких ситуациях вследствие многих причин, в том числе по причине соматической патологии и связанных с ней психических расстройств, которые нередко являются

предопределяющими при вынесении судебного решения.

Цель исследования. Изучение воздействия соматических заболеваний и связанных с ними психических расстройств на личность и ее поведение при совершении сделки купли-продажи, оформлении завещания и договора дарения, а также прочих видов сделок. В качестве материала исследования были использованы истории болезни с заключением амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по гражданскому делу о признании сделки, завещания или дарственной недействительными. Все испытуемые обнаруживали признаки органического поражения головного мозга с различными психическими нарушениями (от эмоционально-лабильных расстройств до деменции) в сочетании с полиорганной соматической патологией. Возраст обследованных лиц от 51 до 82 лет. Сделка для них представляла субъективно и объективно сложную ситуацию.

Анализ показал, что полиорганная соматическая патология была представлена довольно широко и затрагивала основные жизненно важные функции. На первом месте по частоте встречаемости находилась артериальная гипертензия. На втором месте – ИБС со стенокардией напряжения. На третьем месте оказались сахарный диабет и онкологические заболевания. Довольно часто встречались патология гепатодуоденальной системы, язвенная болезнь, неврологическая патология и остеохондроз. Реже были представлены патология зрения и слуха, а также дыхательной системы.

Жалобы большинства пожилых испытуемых носили полиморфный характер, преимущественно отражали основное соматическое заболевание и нередко предъявлялись эмоционально в сочетании с идиаторными психическими составляющими. Все они отмечали болевые ощущения, которые носили постоянный характер, «не давая покоя», иногда становились «невыносимыми» или «нестерпимыми». На втором месте оказались жалобы, которые описывались как «приступ» в особом субъективном понимании, от которого «даже теряется сознание». Здесь имелись в виду различные соматовегетативные пароксизмальные проявления, возникающие по психогенным моментам. Разнообразные астенические жалобы занимали третье место. Жалобы психического характера не отличались разнообразием из-за того, что обследованные испытывали затруднения при их выражении. Зачастую, говоря о том, что «все плохо», обследованные хотели отразить свое психосоматическое состояние в соответствии с пси-

хологической ситуацией. Если конкретно, то они жаловались на ослабление памяти, сниженное настроение, трудность сосредоточения. Значительное место занимали жалобы на одиночество, тревогу, нарушения сна, утрату прежних возможностей, конфликтные отношения с окружающими. Целенаправленный опрос позволял выявлять более специфические жалобы, например нозоспецифические фобии, транзиторные психотические расстройства с отдельными фрагментарными иллюзорно-галлюцинаторными нарушениями и малооформленным бредом с идеями отношения. Особую трудность для обследованных представляло описание своих интеллектуально-познавательных способностей. В основном они описывали свое состояние относительно юридически значимого периода так – «сделалась душой», «как дурак был». В связи с этим данная жалоба воспринималась экспертами скорее как элемент непсихотической деперсонализации, так как при этом сохранялось субъективное понимание собственной измененности. Трудности представляло и выявление в жалобах расстройств аффективного спектра, депрессии и реже – гипомании. Собственные высказывания испытуемых не соответствовали ни тяжести аффективных расстройств, ни их характеру. Преимущественно депрессивные расстройства воспринимались пожилыми как «обычные для возраста», а гипомания отражала «естественную активность по жизни». Суицидальные высказывания также встречались нередко, отражали специфику изменений личностных особенностей подэкспертных, и конфликтные ситуации, в которых они периодически оказывались, особенно остро ощущая свою беспомощность.

Индивидуально-психологические особенности лиц пожилого возраста при проведении комплексных психолого-психиатрических экспертиз по гражданским делам для определения полноценности волеизъявления в период совершения имущественной сделки исследовались психологом стандартизированными тестовыми, проективными, инструментальными методиками, спектр которых подбирался индивидуально для каждого подэкспертного. Подбор зависел не только от возрастной категории, но также от образовательного и культурного уровней, сенсорных механизмов, учитывалась тяжесть соматических проявлений. По материалам дела, показаниям свидетелей, медицинским документам, в ходе направленных бесед с подэкспертными исследовалось возможное наличие психотравмирующих факторов, таких как стресс, фрустрация, состояние психической напряженности. Многосторонний подход психо-

логической оценки юридически значимой ситуации совершения гражданского акта имущественной сделки, составления завещания, оформления ренты и прочего позволял произвести экспертную оценку влияния личностных особенностей пациентов на их способность разумно и рассудительно осуществлять гражданские акты, понимать характер и значение своих действий и руководить своими действиями.

Как пример приводим следующий экспертный случай. Испытуемая Н., 76 лет, в течение длительного времени (более 6 лет) находилась под наблюдением врача-кардиолога, принимала амбулаторное лечение, дважды стационарировалась в кардиологический стационар на плановое обследование и лечение. В последний год перенесла психотравмирующую ситуацию: умер муж, по словам испытуемой, внезапно и неожиданно для нее. Она была фрустрирована, стала испытывать чувство одиночества, появился страх смерти, нарушился сон. В личностном функционировании заострились тревожность, беспокойство, лабильность эмоций, снизились волевые контролирующие механизмы. Испытуемая обостренно стала воспринимать даже незначительные ухудшения своего здоровья, часто вызывала бригаду скорой медицинской помощи, без особой нужды посещала кардиолога. В этот период она совершила гражданскую сделку договора дарения своей приватизированной квартиры случайной знакомой, с которой разговаривалась в ожидании приема врача в поликлинике. Испытуемая пожаловалась ей на тяжелую жизнь, та проявила сочувствие и участие, высказала намерения помочь нашей

подэкспертной в приобретении продуктов, уборке квартиры. Испытуемая имела сына, внуков, которые относились к ней доброжелательно, помогали, регулярно посещали ее. Сын покупал ей лекарства, оплачивал коммунальные услуги, подарил мобильный телефон. Но испытуемая считала, что «свои не понимали меня, не страдали за меня». Ее мотивационные доводы в период гражданского акта определялись субъективным эмоционально насыщенным отношением без прогноза последствий совершаемой сделки договора дарения. Испытуемая на пике переживаний соматической фиксации, состояния фрустрации стала непоследовательной, импульсивной в деятельности, мышление приобрело аффективную зависимость, снизилась логическая целенаправленная составляющая умственной работоспособности. Экспертная комиссия, оценив все аспекты соматического состояния, психических процессов и сопутствующие психологические факторы, пришла к выводу: их совокупность была настолько значительна, что нарушила способность свободы волеизъявления, лишив испытуемую Н. возможности полноценно понимать характер и значение совершаемых ею действий и руководить ими в период совершения сделки договора дарения.

Таким образом, юридически значимое «состояние» пожилых лиц при совершении сделки купли-продажи, оформлении завещания и договора дарения включает в себя в первую очередь расстройство, характерные для основного соматического заболевания, потом личностно-ситуационные, а также психогенные и психопатологические.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК У ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ

О. В. МАКАРОВА, К. В. ВЕРШИННИНА

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

Актуальность. В последние годы наряду с общим старением населения отмечается рост распространенности сосудистых заболеваний. В клинике соматогеронтопсихиатрического отделения большую часть составляют пациенты с деменцией различной этиологии, имеющие сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают первое место в структуре общей смертности населения России и Кемеровской области. Артериальная гипертензия (АГ) – одна из причин смертности и инвалидизации больных с ССЗ.

Цель работы. Изучить особенности течения артериальной гипертензии у пациентов с деменцией в зависимости от степени выраженности деменции.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 72 пациента с деменцией в возрасте $59,7 \pm 5,3$ года. В зависимости от выявленного сопутствующего диагноза АГ, пациенты были разделены на две группы. В первую группу входили 42 пациента, которым был поставлен диагноз «деменция различной степени тяжести» и выявлена сопутствующая артериальная гипертензия (АГ)

II–III степени, средняя продолжительность заболевания $11,6 \pm 1,54$ года), во вторую группу вошли 30 пациентов с деменцией без АГ. У каждого респондента выявляли наличие различных факторов риска, всем пациентам с деменцией определяли тяжесть деменции по шкале MMSE.

При дальнейшем анализе пациенты первой группы были разделены на две подгруппы в зависимости от тяжести деменции. В первую подгруппу вошли 22 пациента, которым был выставлен диагноз деменции тяжелой и средней степени, во вторую подгруппу – 20 пациентов с деменцией легкой степени и преддементными нарушениями. Сравниваемые подгруппы оказались сопоставимы ($p > 0,1$) по возрасту и полу, у пациентов обеих групп одинаково часто встречались ИБС и стенокардия, нарушения ритма по типу экстрасистол, ХСН.

У пациентов каждой подгруппы первой группы была определена степень и стадия АГ и рассчитан суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE.

Результаты. Среди обследованных лиц АГ встречалась в 58,8 %. В группе лиц с АГ деменция тяжелой степени встречалась в 54 % случаев. В группе пациентов без АГ деменция тяжелой сте-

пени встречалась значимо реже, чем у больных с АГ (38,24 и 54,5 % соответственно, $p < 0,05$).

В подгруппе лиц с тяжелой степенью деменции АГ второй степени встречалась значимо чаще, чем у больных с легкой степенью деменции (48,24 и 20,5 % соответственно, $p < 0,05$), в то время как высокий суммарный СС риск встречался одинаково (59,4 и 61,8 % соответственно, $p < 0,05$). Длительность АГ в анамнезе также значимо больше среди лиц с тяжелой степенью деменции ($18,8 \pm 2,3$ и $11,2 \pm 3,1$ года соответственно, $p < 0,05$). При оценке функционального класса ХСН значимых различий между группами не получено (I и II ФК: лица с тяжелой степенью деменции – 72,5 %, с легкой степенью деменции – 75,7 %, $p > 0,05$; III и IV ФК: 15,32 и 13,6 % соответственно, $p > 0,05$).

Выводы.

1. У 58,8 % ($n = 42$) больных с деменцией выявлена артериальная гипертензия.
2. В подгруппе лиц с тяжелой степенью деменции АГ была более выражена и имела более длительное течение.
3. Степень деменции не влияла на суммарный сердечно-сосудистый риск.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЕТЯМ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

А. В. МАКСИМЕНКО, Д. Г. ПЛАТОНОВ

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

Операция на сердце с психологической точки зрения является значительным травмирующим агентом как для самого пациента детского возраста, так и для его родителей. Особенности личности ребенка и его родителей, психологический микроклимат в семье могут существенно повлиять на развитие таких психопатологических явлений, как тревога и депрессия у самого ребенка и у его родителей. Уровень тревожных ожиданий и депрессивные переживания в предоперационный период создают неблагоприятный фон для проведения хирургического вмешательства, а возникновение таковых расстройств на ранних или даже отдаленных послеоперационных этапах может оказать заметное негативное воздействие на результаты лечения.

Большое значение имеет психологическая реабилитация детей и подростков, от успешности которой во многом зависит, сможет ли оперированный ребенок преодолеть сложности социальной адаптации, стать полноценным членом

общества. Однако дифференциальные программы психологической реабилитации больных, перенесших операцию при врожденном пороке сердца, в нашей стране разработаны недостаточно. Между тем хорошо известно, что внутренняя картина болезни является одним из наиболее важных факторов, влияющих как на течение заболевания, так и на ход реабилитационного процесса, и без учета ВКБ невозможно разработать эффективные способы коррекционных воздействий на больного.

В мировой медицине четко утвердилось представление о кардиохирургической деятельности как о тесной совместной работе кардиохирургов, кардиологов, психологов, психотерапевтов и психиатров. Такие исследования имеются и в России, однако главным образом они сосредоточены на взрослом контингенте больных. В то же время подобная проблематика в детском возрасте представляется гораздо более объемной и сложной уже потому, что ребенок является неотъемлемой ча-

стью своего маленького семейного социума, психологические особенности которого значительно осложняют их простое понимание, не говоря уже о необходимой коррекции.

Понимание важности отдельного рассмотрения детской патологии имеется и в Кузбасском кардиологическом центре, и в психиатрической службе Кемеровской области. В Кузбасском кардиоцентре функционирует специализированное детское кардиохирургическое отделение с предполагаемой мощностью 250 операций в год, в котором проведены сложные кардиохирургические операции многим детям Кузбасса.

Психиатрической службой Кемеровской области разработана «Перспективная программа развития специализированной детско-подростковой психиатрической службы на 2008–2015 гг.», которая подразумевает гораздо более тесное взаимодействие детско-подростковой психиатрии с другими медицинскими службами.

Таким образом, можно констатировать схожесть взглядов на проблемы детско-подростковой патологии между Кузбасским кардиологическим центром и психиатрической службой Кемеровской области. Эта схожесть проявляется также в понимании важности психологических проблем маленьких пациентов и их родителей и необходимости решения этих проблем для более успешной кардиохирургической помощи.

С сентября 2008 г. начала функционировать программа совместной деятельности Кузбасского кардиологического центра, Кемеровской областной клинической психиатрической больницы и Русско-Американской медицинской ассоциации. Эта программа создана для того, чтобы оказание медицинской помощи детям, нуждающимся в операциях на сердце в Кемеровской области, соответствовало всем мировым стандартам.

Программа разделена на несколько этапов.

Первый этап психиатрической части программы «Дооперационный» (с момента поступления в стационар). Цель: выявление психологических проблем у готовящихся к операции детей и их родителей. Оценка уровня обнаруженных проблем и их коррекция.

Второй этап «Ранний послеоперационный» (до выписки из стационара).

Цель: выявление и возможная коррекция психологических проблем различного уровня, возникших вследствие самого процесса оперативного вмешательства на сердце и обстановки вокруг этого.

Третий этап «Ранний реабилитационный» (1–6 месяцев выписки).

Цель: выявление и возможная коррекция психологических проблем различного уровня, возникших вследствие изменившихся условий жизни детей и их ближайших родственников.

Четвертый этап «Отдаленный послеоперационный» (12 месяцев после выписки).

Цель: оценка психического и психологического состояния детей и их ближайших родственников с точки зрения изменения «Качества жизни».

Методы исследования. Для детей в возрасте 3–7 лет – развернутое клиническое интервью по опроснику А. И. Захарова. Для детей остальных возрастов и родителей – анкета Е. К. Лютова, Г. Б. Мониной. Для родителей – шкала оценки депрессии Гамильтона, шкала самооценки тревоги Цунга, методика оценки качества жизни «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY».

При выявлении доклинического уровня депрессии и(или) тревоги коррекция проводится клиническим психологом. При выявлении клинического (невротического уровня) нарушений коррекция проводится врачом-психотерапевтом.

Со всеми детьми и их родителями проводилась психокоррекционная работа, а с контингентом, имеющим повышенный уровень тревожности и депрессии, проводились дополнительные специализированные медико-психологические мероприятия (психокоррекционные беседы, арт-терапия, игра-терапия, сказка-терапия, дыхательная гимнастика, расслабляющие упражнения, точечный массаж, пальчиковая гимнастика), специализированные внутрисемейные тренинги.

В результате исследования нами получены данные, что более 50 % детей, которым осуществлялось кардиохирургическое лечение, имеют повышенный уровень тревожности с тенденцией снижения на 2-м этапе обследования.

У родителей детей, находящихся на лечении в кардиохирургическом отделении, наблюдался повышенный уровень тревожности практически у всех в зависимости от возраста: от 60 до 100 % – на 1-м этапе и у 25 % – на 2-м этапе. Кроме того, у многих родителей тревожность сочеталась с повышенным уровнем депрессии: более половины, от 40 до 72,7 %, – на 1-м этапе и от 11,8 до 27,3 % (18 %) – на 2-м этапе.

Проведенные мероприятия позволяют говорить о необходимости совместной работы кардиохирургической и психиатрической службы и в дальнейшем как о высокоэффективной и полноценной медицинской помощи, позволяющей улучшить качество жизни маленьким пациентам и их родителям.

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 (Смуглевич, 2011).

Наиболее частой локализацией органо-невротических 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 экстрасистолы). 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», «прокалывающей», «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 имеющихся у больных симптомов.

ТРЕВОЖНОСТЬ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Д. Г. ПЛАТОНОВ, О. А. ЗУЕВА, Т. В. АВДЮШКИНА, А. В. МАКСИМЕНКО

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

Проблема тревожности является одной из наиболее актуальных проблем в современной психологии. Работы, посвященные особенностям психической деятельности у детей с врожденными пороками сердца (ВПС), которым необходимо оперативное лечение, в доступной литературе практически отсутствуют. Среди негативных переживаний тревожность занимает особое место, часто она приводит к созданию неблагоприятного фона для проведения хирургического вмешательства и негативно воздействует на результаты послеоперационного лечения. Тревожность способствует снижению успеваемости, трудностям в общении, различным соматическим отклонениям. Наличие психотравмирующих обстоятельств, связанных с болезнью, таких как осознание и переживание болезни, госпитализация, отрыв от семьи, лечение, представление о будущем и прогнозе болезни, приводит к увеличению числа тревожных детей, отличающихся повышенным беспокойством, неуверенностью, эмоциональной неустойчивостью.

Целью нашего исследования было изучение тревожности у детей с врожденными пороками сердца в условиях предстоящего оперативного лечения.

Выбор методик для экспериментального исследования был обусловлен задачами исследования, надежностью и валидностью используемых методик, учетом личных особенностей испытуемых.

Для проведения данного исследования был использован следующий блок методик: клиническое интервью, опросники тревожности А. И. Захаро-

ва, Е. К. Лютовой, Г. Б. Мониной, шкала самооценки тревоги Цунга.

В исследовании с 2011 по 2013 г. приняли участие 116 детей, из них 63 мальчика и 53 девочки в возрасте от 5 до 18 лет. Исследование проводилось в два этапа. Первый этап «Дооперационный» (2–3 дня до предполагаемой операции) – выявление проблем, оценка их выраженности, коррекция. Второй этап «Ранний послеоперационный» (7–10 дней после операции) – выявление и коррекция психологических проблем различного уровня, возникших вследствие оперативного вмешательства и связанной с ним тревоги.

Данные исследования тревожности на «Дооперационном» этапе.

Мальчики (63 пациента). Была выявлена низкая тревожность – у 16 пациентов (25,3 %), умеренная тревожность – у 27 (42,8 %), высокая тревожность – у 4 (6,3 %). Общая тревожность составила 74,4 %, что является высоким уровнем тревожности у мальчиков данной группы.

Девочки (53 пациента). Была выявлена низкая тревожность – у 17 пациентов (32 %), умеренная – у 23 (43,3 %), высокая – у 2 (3,7 %). Общая тревожность составила 79 %, что превышает таковую у мальчиков.

Общая тревожность (мальчики, девочки) – 76,7 %.

Данные исследования на «Раннем послеоперационном» этапе.

Мальчики (63 пациента). Была выявлена низкая тревожность – у 12 пациентов (19 %), умеренная – у 19 (30,1 %), высокая – у 1 (1,5 %). Общая тревожность – 50,6 %.

Девочки (53 пациента). Была выявлена низкая тревожность – у 13 (24,5 %), умеренная – у 18 (33,9 %), высокая – у 1 (1,9 %). Общая тревожность – 60,3 %.

Общая тревожность (мальчики, девочки) – 55,4 %.

В результате проведенного исследования на первом этапе выявлен повышенный уровень тревожности. Девочки обнаружили более высокий уровень тревожности. Менее тревожными оказались мальчики. Сравнительный анализ второго этапа показал снижение уровня тревожности. После проведенных психокоррекционных мероприятий уровень общей тревожности снизился

с 76,7 до 55,4 %, у мальчиков – на 23,8 %, у девочек – на 18,7 %.

Таким образом, проведенное исследование показало, что повышенная тревожность сопровождает ребенка на первом и втором этапах лечения, однако после проведенной психокоррекции значительно снижается. Повышенный уровень тревожности может негативно влиять на процесс лечения ребенка и на психику в целом. Полученные результаты позволяют говорить о необходимости совместной работы психологической и кардиохирургической служб для достижения высокоэффективной и полноценной помощи, позволяющей улучшить качество жизни детей и их родителей.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

А. М. СЕЛЕДЦОВ, Л. М. ВОЛГИН, И. В. ИВАНЕЦ, Н. В. СОМОВА, Г. П. ОСИПОВ

*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

Злоупотребление алкоголем представляет важную медико-социальную проблему. Алкоголизм способствует развитию и прогрессированию многих соматических заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистой патологии. Весьма многообразны различные преходящие расстройства сердечно-сосудистой деятельности, наблюдающиеся в структуре алкогольного абстинентного синдрома.

Нами проведено клиническое и электрокардиографическое исследование 236 пациентов, поступивших в течение 2012 г. в отделение для лечения неотложных состояний в психиатрии. Все пациенты страдали алкогольной зависимостью 2–3-й стадии, перенесли алкогольные психозы. Средний возраст больных составил 42,8 года.

Поступление в стационар было связано с развитием психотических расстройств в структуре алкогольного абстинентного синдрома. Жалобы сердечно-сосудистого характера, такие как сердцебиение, боли в области сердца, выявлялись только при направленном осмотре, что свидетельствует об их субъективно-второстепенной роли в структуре алкогольного абстинентного синдрома. Даже при наличии объективных проявлений (высокое артериальное давление, тахикардия, изменения ЭКГ) они оставались на втором плане, а больные были фиксированы на плохом общем состоянии, отсутствии сна, тревоге, психотических расстройствах.

Высокие показатели артериального давления (более 140/80–90 мм рт. ст.) наблюдались в 194 (82,2 %) случаях. Из них только 82 (34,7 %) больных имели гипертоническую болезнь в анамнезе. Гипотония при обследовании была выявлена у 6 (2,5 %) больных.

При проведении обследования только у 39 (16,5 %) больных не было выявлено выраженных изменений ЭКГ. Метаболические изменения миокарда регистрировались у 137 больных (58 %), дистрофические изменения – 7 (3 %), ишемические изменения миокарда – 12 (5 %), признаки перегрузки левого желудочка – 5 (2,1 %), нарушение возбудимости – 9 больных (3,8 %), нарушение функции проводимости регистрировалось у 51 (21,6 %), нарушения ритма – 20 (8,5 %), гипертрофия левого желудочка – 82 (34,7 %), постинфарктный кардиосклероз – у 4 (1,7 %).

Таким образом, у пациентов, перенесших алкогольные психозы, в 84,5 % регистрировались симптомы поражения сердечно-сосудистой системы, требующие корригирующей и патогенетически обоснованной терапии. Наиболее частыми симптомами являлись высокие показатели артериального давления (82,2 %) и метаболические изменения миокарда (58 %). На втором месте по частоте находились признаки гипертрофии миокарда левого желудочка (34,7 %), на третьем – признаки нарушения функции проводимости (21,6 %).

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

И. П. ШАМОВА, В. В. ЖИЧКУС, А. М. СЕЛЕДЦОВ, Е. П. ПАНКОВА, Н. В. ПЛАТОНОВА, 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*

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ, ТРЕВОЖНЫХ, ИПОХОНДРИЧЕСКИХ И ДРУГИХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. ПО ДАННЫМ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА СОСТАВЛЯЮТ 20–25 % ОБРАЩЕНИЙ К ВРАЧАМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ.

Депрессивные состояния являются одной из основных причин дезадаптации и снижения трудоспособности пациентов. По данным ВОЗ, в оценке причин инвалидизации депрессии в настоящее время занимают четвертое место. Актуальным является изучение коморбидности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) на фоне заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Психические нарушения развиваются у 33–85 % больных, страдающих ИБС и перенесших инфаркт миокарда (Урсова, 1993; Зайцев, 1975; Смулевич, 1999). Спектр психических расстройств при этом широк – от невротизированных до тревожно-депрессивных и психотических.

Причины, способствующие возникновению психических расстройств при ИБС и после перенесенного инфаркта миокарда, – особенность клинического течения и степень тяжести заболевания, конституционально-биологические факторы, особенности личности больного, неблагоприятная социальная среда.

Цель исследования. Изучение особенностей тревожно-депрессивных расстройств у больных с ишемической болезнью сердца и перенесших инфаркт миокарда. Разработка комплексного подхода к терапии и реабилитации данной категории пациентов.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе соматогеронтопсихиатрического отделения КОКПБ. В него вошло 99 пациентов. Средний возраст пациентов 67 лет. При исследовании выявлено, что 49 пациентов (49,2 %) перенесли депрессивный эпизод легкой степени тяжести, 33 пациента (32 %) – депрессивный эпизод средней степени, 17 пациентов (18,8 %) – депрессивный эпизод тяжелой степени.

В работе использовались клинко-психопатологический, клинко-динамический, клинко-катамнестический, психологические, лабораторные и функциональные методы исследования.

Из поступивших в соматогеронтопсихиатрическое отделение КОКПБ в 2012 году обследовано и пролечено всего 99 больных. Из них страдающих ИБС – 79

человек (79,9 %) и перенесших инфаркт миокарда – 20 человек (20,1 %).

У 8 пациентов основным симптомом была астения с нарушением сна.

У 32 больных основной психопатологический синдром определялся как «депрессивное состояние», поскольку на первом плане в жалобах акцент был на сниженное настроение, которое сопровождалось нарушением сна (затрудненное засыпание, частые ночные пробуждения), снижение аппетита, напряжение, нервозность, озабоченность, предчувствие ожидания болевого приступа.

У части пожилых больных (25 пациентов) на фоне ИБС, при хороших клинических данных и результатах электрокардиограммы отмечалась тревога с кардиофобической реакцией, сопровождающаяся ипохондрическими переживаниями, жалобами на неприятные ощущения за грудиной, «дергание», «пощипывание», «кратковременные остановки сердца», мысли о повторном приступе ИБС или возникновении инфаркта.

У 18 пациентов выявляли угнетенное, подавленное настроение, апатию, безнадежность, пессимизм, неверие в улучшение состояния; у 16 пациентов – волнение, преобладание переоценки тяжести своего состояния, неоправданное беспокойство за здоровье, чрезмерную фиксацию на своих ощущениях, множество жалоб, несоответствие их и клинических данных.

Медикаментозная коррекция тревожно-депрессивных расстройств проводилась антидепрессантами и транквилизаторами в сочетании с симптоматическими препаратами по рекомендации кардиолога, а также применялась индивидуальная психокоррекция. Применялись препараты: ципралекс, вальдоксан, азафен, феварин, amitriptilin, sibazon, реланиум в/в капельно и в таблетках, феназепам.

Отмечено, что более быстрый эффект (до трех недель) наступал у пациентов с тревожной депрессией, а менее курабельны (до трех месяцев)

пациенты с преобладанием ипохондрических жалоб. В этой группе в основном пациенты, перенесшие инфаркт миокарда в течение последнего года. Отмечено, что существенную роль в улучшении состояния пациентов играет участие и внимание близких родственников.

Таким образом, выявлена достаточно высокая распространенность тревожно-депрессив-

ных расстройств у больных, страдающих ИБС и перенесших инфаркт миокарда. У большинства пациентов имелись депрессивные расстройства легкой и средней степени тяжести. Определены различные особенности тревожных и депрессивных расстройств, что необходимо учитывать при разработке комплексной программы лечения и реабилитации больных данной нозологии.

ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

К. О. ЯЦЕНКО, Е. Е. ВОЛОДИНА, П. К. САВИНЦЕВ, Н. П. КУРОЧКИНА

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

Нередко мы встречаем и в соматических, и в психиатрических заболеваниях комбинированную этиологию, как, например, при заболеваниях сосудистой системы, и представляющую «клубок» соматогенного и психогенного. Это означает, что в медицине роль психики и личности с ее отношениями должна быть действительна и учтена в отношении не только психических, но и всех заболеваний человека в целом (Мясищев, 1960).

Психогенные и соматогенные факторы срочной службы и специфические условия в армии современной России в некоторых моментах могут иметь экстремальный характер, что соответственно обуславливает рост пограничных психических расстройств среди военнослужащих, с их психосоматической составляющей (Казенных, Куприянова, 2004; Марченко, Абриталин, Чудиновских, 2009). Психосоматические расстройства у военнослужащих диагностируются от 42,3 до 22 % случаев (Костенко, Прудникова, 1996; Богданов с соавт., 2008; Марченко с соавт., 2009). В общем спектре психосоматических расстройств у военнослужащих одним из ведущих заболеваний является гипертоническая болезнь (Куликов с соавт. 2000; Semiz et al., 2008; Разсолов, Рудовский, 2009).

Цель работы. Исследование взаимосвязи невротических психических расстройств у военнослужащих с эссенциальной гипертонией.

Материалы и методы. Обследовано 23 военнослужащих, проходивших военно-врачебную психиатрическую экспертизу, с невротическими психическими расстройствами. Сопутствующий диагноз – повышение артериального давления. Средний возраст на момент обследования 19,3 года. Основными методами исследования были: клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, экспериментально-психологический.

Результаты и обсуждения. Развитие невроза с повышением артериального давления в основ-

ном приходится на 2–3-й месяц службы, выявлено 11 (47,8 %) человек. Жалобы, с которыми обращались военнослужащие, в большей степени относились к проявлениям невроза, чем гипертонической болезни. Повышение артериального давления было зарегистрировано или при направлении в психиатрический стационар, или уже в психиатрическом стационаре. Психогении и соматогении, способствовавшие развитию невроза, специфичны и отличаются от таковых в обычных условиях. Ощущение несвободы, подчинение старшим, регламентированный порядок, ожидание конфликта и так далее приводят к развитию невроза и эссенциальной гипертонии. При этом происходит переход непатологических (вегетососудистых) форм соматического сопровождения эмоций в патологические (психовегетативные) формы – психосоматические нарушения и, в частности, в повышения артериального давления. Таким образом, структура личности военнослужащих с заболеваниями системы кровообращения определяется невротическими расстройствами, повышенным уровнем самоконтроля, интровертированностью. Это проявляется соматизацией тревоги, то есть психосоматическим вариантом дезадаптации, мишенью которого оказывается наиболее слабое звено функциональной системы организма.

Оценка психосоматического состояния военнослужащих, кроме непосредственно клинической, имеет еще и социальный подтекст. Возникает резонный вопрос, как рассматривать категорию годности к службе в армии – по разделу психических или соматических расстройств? Известно, что психиатрический диагноз имеет гораздо большие социальные последствия для индивидуума, чем соматический. Поэтому для медицинского освидетельствования данного контингента следует учитывать не только психическую и соматическую составляющие, но и прогноз дальнейшего социального функционирования.

ПОДХОДЫ К НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СВЕТЕ КОНЦЕПЦИИ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО ЦЕРЕБРО-ИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

А. В. БЕЛИНСКИЙ

*Коммунальное учреждение «Запорожская областная клиническая психиатрическая больница»,
Запорожье, Украина*

На основании имеющихся данных об альфа-адренолитических свойствах большинства нейролептиков нами была сформулирована гипотеза нейролептического цереб्रोишемического синдрома (Белинский, 2011). Суть ее состоит в том, что длительное применение нейролептиков для лечения шизофрении и других эндогенных психозов у части больных приводит к тому, что за счет некомпенсированного нарушения церебральной гемодинамики у них развиваются цереб्रोишемические явления, клинически во многом сходные с обусловленными другими факторами (атеросклероз, гипотония). То есть прием антипсихотической терапии у некоторых пациентов ведет в первую очередь к нарушению церебральной гемодинамики, за которой следуют такие явления, как паркинсонизм, острая дистония, окулогирный криз, поздняя дискинезия, стойкая астения, когнитивное снижение, депрессии и другие. Это проливает свет на патогенез большинства негативных последствий антипсихотической терапии и служит ключом к их лечению и профилактике.

Выдвинутая гипотеза косвенно подтверждается ранее проведенными исследованиями на позитронно-эмиссионном компьютерном томографе (Jibiki, 2002), согласно которым введение нейролептиков ишемизирует в первую очередь структуры, богатые дофаминовыми синапсами.

Для подтверждения данной гипотезы нами в настоящее время проводится широкое клиническое исследование с использованием реоэнцефалографического (РЭГ) исследования.

Предварительные результаты исследования показали, что наибольшую вероятность плохой переносимости нейролептиков имеют пациенты с ангиодистоническим типом кровообращения и

низким вольтажом на электрокардиограмме (по умолчанию снимается одно отведение параллельно с ЭЭГ). Данный тип церебрального кровотока встречается наиболее часто у молодых больных, что коррелирует с общепринятыми данными о распространенности нейролептического синдрома преимущественно у лиц молодого возраста (Федорова, Ветохина, 2006).

Наилучшая переносимость как конвенционных, так и атипичных нейролептиков отмечена у пациентов с гипертоническим типом кровообращения и характерными для артериальной гипертензии изменениями на ЭКГ. Следует также отметить, что на фоне нейролептической терапии у ряда пациентов наступала редукция гипертензивной симптоматики, дозы гипотензивных средств, которые принимали больные, были снижены, а в некоторых случаях даже сведены к нулю.

Больные с гипозастойным и смешанным типом РЭГ в данном исследовании представлены в незначительном количестве, и делать однозначные выводы относительно переносимости ими нейролептических средств пока рано.

Больные с нормальным типом РЭГ в данном исследовании практически не встречались, что, по видимому, обусловлено патогенетическими механизмами, которые включает основное заболевание, по поводу чего нейролептики назначались (эндогенный психоз).

Полученные данные также проливают свет на причины эффективности пираретама и других ноотропов в лечении нейролептических осложнений. Данный метод лечения был предложен еще в 70-е гг. прошлого века, а недавно нашел свое подтверждение в ходе двойного слепого рандомизированного плацебо-контролируемого исследования (Lerner, 2007).

ВЛИЯНИЕ БУСПИРОНА ГИДРОХЛОРИДА НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Н. Т. ВАТУТИН, М. А. ХРИСТИЧЕНКО, Е. В. КЕТИНГ, В. В. АДРИЧЕВ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Цель. Оценить влияние буспирона гидрохлорида на клиничко-функциональное состояние пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии и наличием тревожно-депрессивных расстройств.

Методы исследования. В исследование включены 102 пациента (65 мужчин и 37 женщины, средний возраст $67,4 \pm 9,5$ года) с ХСН II–IV функциональных классов (ФК) по NYHA, которым в связи с выявленными тревожно-депрессив-

ными расстройствами был назначен буспирона гидрохлорид в дозе 10 мг 3 раза в день. Наличие и выраженность тревожно-депрессивных расстройств устанавливались путем применения опросника «Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS», 11 баллов и выше по одной из подшкал расценивались как клинически значимая тревога/депрессия, требующая медикаментозной коррекции. Все пациенты страдали стенокардией напряжения II–III ФК, 67 из них (65,7 %) перенесли инфаркт миокарда. Обследованные получали стандартную терапию ХСН и ишемической болезни сердца согласно Рекомендациям ассоциации кардиологов Украины по лечению ХСН.

Перед началом исследования пациенты подписали информированное согласие. Из исследования исключались лица с психическими заболеваниями в анамнезе, выраженным нарушением когнитивных функций, алкогольной и наркотической зависимостью, получающие другие психотропные препараты, имеющие тяжелую сопутствующую патологию.

Исходно и через 3 месяца приема буспирона гидрохлорида оценивались клиническое состояние по Шкале оценки клинического состояния (ШОКС) в модификации В. Ю. Мареева (2000 г.) и тест с 6-минутной ходьбой, выполнялась эхокардиография на аппарате ACUSON 128XP/10 с

определением фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) по Simpson.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием программы Statistica 8.0. Данные представлялись в виде среднее $\pm$ стандартное отклонение. Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента.

Полученные результаты. Исходно количество баллов по ШОКС составило $8,4 \pm 0,1$ (95 % ДИ от 8,1 до 8,6), а при повторном обследовании – $7,7 \pm 0,2$ (95 % ДИ от 7,2 до 8,1), $p < 0,01$.

Результаты теста с 6-минутной ходьбой соответствовали $134,1 \pm 2,1$ м (95 % ДИ от 129,8 до 138,4) исходно и $143,2 \pm 2,5$ м (95 % ДИ от 138,4 до 146,8) через 3 месяца лечения буспироном, $p < 0,001$.

Исходно и при повторном обследовании ФВ ЛЖ составила $43,07 \pm 9,48$ % (95 % ДИ от 32,5 до 52,4) и $42,98 \pm 8,24$ % (95 % ДИ от 34,1 до 50,9) соответственно, $p > 0,05$.

Выводы. Добавление буспирона гидрохлорида к стандартной терапии ХСН ишемической этиологии при наличии у пациентов тревожно-депрессивных расстройств позволяет достоверно улучшить их клинико-функциональное состояние по результатам ШОКС и теста с 6-минутной ходьбой, не оказывая существенного влияния на ФВ ЛЖ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАФОРИЧЕСКИХ АССОЦИАТИВНЫХ КАРТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ

О. Л. ДИНКЕЛЬ, Л. А. СОРОКИНА

*Муниципальное учреждение здравоохранения
«Прокопьевская психиатрическая больница», Прокопьевск*

Проблемы адаптации (приспособления) человека к окружающей среде, образу жизни, профессиональной деятельности всегда являлись актуальными (Карауш, Куприянова, 2006). Расстройства адаптации широко распространены как в общей медицинской (до 10 %), так и амбулаторной психиатрической практике (23–27 %) и являются дезадаптивной реакцией на отчетливо обнаруживаемый психосоциальный стресс или стрессы, проявляются через 3 месяца после начала действия стресса. Реакция является дезадаптивной из-за нарушений в социальной или профессиональной деятельности, а также в общесоматическом и душевном состоянии. Проявления этих нарушений выходят за рамки нормальных, обычных, ожидаемых реакций на подобный стресс и представлены в МКБ-10 рубрикой F43.2. Стресс – это состояние напряжения адаптационных механизмов. Критические ситуации вызывают дистресс, который воспринимается и переживается субъектом как

горе, личное несчастье, сопровождается снижением контроля, истощением сил и нарушением адаптации, препятствует самоактуализации личности.

Под нашим амбулаторным наблюдением находились 18 пациентов с расстройством адаптации (F43.21 и F43.22) в течение от трех до шести месяцев, которых направили на консультацию к психиатру и психотерапевту терапевты и кардиологи муниципальных и частных лечебных учреждений с диагнозами: «кардионевроз», «психосоматическое расстройство». У пациентов были жалобы на боли в сердце, тахикардию, повышенное артериальное давление, вегетативные нарушения, но детальное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование органических соматических изменений не выявило. В группе исследования было 13 женщин и 5 мужчин. Средний возраст составил $43 \pm 0,47$ года. Все пациенты дали информированное согласие на комплексное лечение, включающее психотерапию и пси-

хофармакотерапию с применением вальдоксана. Психотерапевтические сессии проводились раз в неделю продолжительностью один час. Катамнез отслеживался в течение 6 месяцев.

Пациенты были разделены на две группы: у 11 человек применялась интегративная психотерапия, включающая гештальт-терапию, рациональную психотерапию, нейролингвистическое программирование; в психотерапии 7 человек как основной метод терапии применялись метафорические ассоциативные карты.

Метафорические ассоциативные карты – это психотерапевтический и психологический инструмент, который относится к группе проективных методик и используется в психотерапевтической практике в 25 странах мира в качестве диагностической и терапевтической методики. Метафорические ассоциативные карты («Ох-карты», «ОН-cards», «проективные карты», «терапевтические карты») – это набор разных по количеству, цвету и содержанию картин карточного формата. Карты – это результат совместной работы художников и психотерапевтов. Первая колода метафорических ассоциативных карт была создана в 1975 г. канадским профессором искусствования Эли Раманом, который хотел вынести искусство из галерей и приблизить его к людям. Его колода карт получила название «ОН» (междометие, в английском языке выражающее удивление). Им совместно с психотерапевтом Джо Шлихтером были разработаны правила и принципы использования карт как психотерапевтического инструмента. Позднее благодаря немецкому психотерапевту Моритцу Эгетмейеру и его издательству «ОН-Verlag» карты распространились по всему миру и стали исходным пунктом нового направления психотерапии. На их основе разными авторами были созданы и продолжают создаваться множество других метафорических карточных колод. Изображения на картах включают процессы проекции и свободных ассоциаций. При работе со зрительными образами у пациента отсутствует или значительно снижена сознательная цензура, и это облегчает работу с его подсознательными конфликтами, вытесненным материалом.

Психотерапия проводилась в индивидуальной форме. Длительность курса психотерапии с использованием метафорических ассоциативных карт длилась в среднем 1,7 месяца; с применением интегративной психотерапии – 4,2 месяца. Об эффективности проводимой терапии мы судили на основании динамики эмоционального состояния пациентов, результатов психологических тестов,

положительных отзывов пациентов о своем состоянии, своих переживаниях, связанных с проводимой психотерапией, динамики в профессиональных и семейных межличностных отношениях.

Использовались наборы «ОН», «Соре», «Habitat» самостоятельно или в различном сочетании. При проведении психотерапии ОН-карты создавали атмосферу безопасности и доверия, поощряли людей к рефлексии, самопознанию, открытию собственной креативности и улучшению коммуникации с окружающими. Они очень быстро помогали пациентам прояснить и осознать актуальные переживания и потребности, их незавершенные внутренние процессы, вытесненные травматичные переживания; помогали разобраться в причинах происходящих с человеком событий и найти решение для сложных ситуаций. Использование ОН-карт позволяет получить доступ к целостной картине собственного «Я» пациента, его личностному мифу о мире и о себе в нем, а также о его субъективном образе ситуации. Использование ОН-карт для обращения к психотравмирующей ситуации через метафору позволяет избежать дополнительной ретравматизации и создает безопасный контекст для поиска и моделирования решения. Карты запускают внутренние процессы самоисцеления и поиска своего уникального пути выхода из кризиса, восстанавливая нарушенную адаптацию, повышая стрессустойчивость.

Клинически положительный эффект от проводимого лечения проявлялся в уменьшении или исчезновении чувства тревоги, внутреннего напряжения, раздражительности, повышении общего фона настроения, оживлении эмоциональной реакции, интересов, исчезновении инверсии и улучшения качества сна, улучшении ситуации на работе и в семье.

По данным катамнеза длительностью шесть месяцев, у всех пациентов группы, в терапии которой использовались метафорические ассоциативные карты, курс лечения был достоверно короче, на всем протяжении наблюдения сохранялась достигнутая профессиональная, семейная адаптация, отсутствовали соматические жалобы, вегетативные и аффективные нарушения, сами пациенты отмечали свою стрессоустойчивость. В группе, в которой применялась интегративная психотерапия, курс лечения был дольше, у пациентов этой группы также исчезли жалобы на соматическое неблагополучие, исчезли вегетативные нарушения. Четыре человека вновь обращались за помощью при возникновении стрессовой ситуации в семье или на работе.

Таким образом, вполне очевидна необходимость дальнейшего применения метафорических ассоциативных карт в комплексном лечении пациентов с расстройством адаптации, которые существенно расширяют терапевтический арсенал психотерапевта или психолога. Введение новых

методов и форм психотерапевтического, психологического и психиатрического сервиса, нацеленных на укрепление здоровья населения, позволяет решать одну из важнейших задач по повышению качества жизни современного человека (Купринова, Семке, 2004).

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ С ИБС С КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ

Н. Ю. КУВШИНОВА

***Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский
университет» Минздрава России, Самара***

Изучение связанного со здоровьем качества жизни (КЖ) на настоящем этапе приобрело достаточно большую популярность в кардиологической практике. Объективный подход к изучению КЖ, как правило, связан непосредственно с постановкой диагноза и независимой врачебной оценкой клинического состояния больного и того, как это состояние может отразиться на его трудоспособности, физической активности, возможности выполнять привычные социальные функции. В рамках субъективного подхода ведущая роль отводится субъективной удовлетворенности пациентом своей жизнью и ее различными сторонами в связи с болезнью. В английской литературе в данном контексте широко используется термин «субъективное благополучие» (subjective well-being), включающий как аффективный компонент, так и когнитивную составляющую, сводимую к удовлетворенности жизнью. Именно субъективное отношение пациента к себе, к возможности удовлетворения возникающих потребностей в ситуации болезни, к своему социальному окружению, различным событиям своей жизни и степень удовлетворенности происходящим формируют субъективное благополучие личности.

Существующие в настоящее время исследования свидетельствуют о том, что субъективное благополучие большинства людей в общем мало меняется с течением жизни, в основном это происходит после потрясений, как положительных, так и отрицательных, после чего субъективное благополучие возвращается к прежнему уровню (Петренко, Митина, 2000). Следовательно, ориентируясь на показатель КЖ как независимый критерий эффективности терапии, врач должен учитывать тот факт, что субъективная оценка КЖ во многом определяется личностью пациента и,

соответственно, может мало меняться не только в процессе терапии, но и в течение всей жизни.

Целью нашего исследования явилось изучение взаимосвязи некоторых психологических особенностей больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с качеством жизни, которое изучалось при помощи опросника ВОЗ КЖ-100. Было обследовано 127 пациентов с ИБС в возрасте от 45 до 58 лет с длительностью заболевания от полугода до 5 лет, находившихся на плановом лечении в отделении кардиологии клиник Самарского государственного медицинского университета с 2008 по 2011 г. У всех пациентов значился диагноз: «ИБС, стабильная стенокардия напряжения II и III функциональных классов»; 63 человека в прошлом перенесли инфаркт миокарда.

В результате было установлено, что субъективное КЖ пациентов с ИБС ниже, чем у здоровых людей по всем сферам, кроме сферы «Духовность». Определена взаимосвязь КЖ с особенностями клинического течения заболевания: суммарный показатель удовлетворенности жизнедеятельностью оказался достоверно ниже у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, по сравнению с теми, у кого инфаркта не было; средние значения интегрального показателя КЖ больных с 3-м функциональным классом стенокардии напряжения ниже, чем у пациентов со 2-м функциональным классом стенокардии. Вместе с тем наиболее низкие значения КЖ по «Физической сфере», «Психологической сфере», «Уровню независимости» и «Социальным отношениям» были зафиксированы в группе пациентов с 3-м функциональным классом стенокардии напряжения без инфаркта миокарда. Данный факт мы объяснили психологическими особенностями больных — именно у данной группы пациентов факторы пси-

хологической дезадаптации проявлялись в максимальной степени.

Доказано, что субъективная оценка КЖ больных с ИБС достоверно взаимосвязана с целым комплексом психологических факторов – личностными чертами, актуальным эмоциональным состоянием, характером межличностных отношений, типом отношения к болезни, типом объяснительных стилей. Так, низкий уровень КЖ сопряжен с дефицитом коммуникативной компетенции, тревожно-депрессивными тенденциями, высокой эмоциональной чувствительностью, радикальными наклонностями личности, пессимизмом. Установлено, что КЖ достоверно выше у пациентов с гармоничным эмоциональным состоянием, у которых преобладают такие личностные особенности, как эмоциональ-

ная уравновешенность, высокий уровень коммуникативной компетентности, жизнерадостность, ответственность, организованность, стрессоустойчивость, достаточный самоконтроль, уверенность в себе, практичность. С высокими значениями КЖ были сопряжены такие психологические характеристики, как экстравертированная направленность личности, эмоциональная уравновешенность, уверенность в себе, интеллектуальные способности, гармоничное эмоциональное состояние.

Таким образом, в случае использования показателей КЖ как критерия эффективности терапевтических мероприятий следует учитывать психологические особенности больного, в первую очередь те, которые требуют своевременной и грамотной психологической коррекции.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

И. Е. КУПРИЯНОВА, Б. А. ДАШИЕВА, И. С. КАРАУШ, К. В. ГАЛЕЕВА

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск

Актуальность исследования клиники психических расстройств при артериальной гипертензии обусловлена их высокой распространенностью: пограничные психические расстройства обнаруживаются в 60–80 % случаев (Лебедева, Семке, Якутенок, 2009), аффективные расстройства – в 12–25 % (Смулевич, 2005). Психоэмоциональные влияния (психологические конфликты, стрессовые ситуации) являются важными компонентами патогенетических механизмов, приводящих к развитию артериальной гипертонии (Dunbar, 1955; Tetsuya et al., 2001).

Цель. Определить спектр пограничных психических нарушений, их клинико-динамические особенности и качество жизни у пациентов на разных стадиях артериальной гипертензии с разработкой комплексных лечебно-реабилитационных программ.

Обследовано 57 женщин и 44 мужчины в возрасте от 21 года до 65 лет (средний возраст – $53,8 \pm 3,5$ года), находившихся на стационарном лечении в ФБГУ «НИИ кардиологии» СО РАМН. Стадии артериальной гипертензии определялись согласно Рекомендациям ВНОК (2004).

Исследование уровня тревоги по шкале Гамильтона показало, что уровень тревоги был наиболее выражен у пациентов со II стадией заболевания (I стадия – $10,5 \pm 0,5$ балла, II стадия – $13,4 \pm 0,4$ балла, III стадия – $12,8 \pm 0,4$ балла).

Статистически достоверно отличались показатели I стадии артериальной гипертензии от II ($p \leq 0,001$) и III стадий ($p \leq 0,05$). Анализ симптомов тревоги при артериальной гипертензии выявил преобладание симптомов психической тревоги у пациентов с I стадией заболевания ($5,2 \pm 0,71$ балла) и увеличение числа симптомов соматической тревоги при III стадии ($6,0 \pm 0,56$ балла).

Уровень депрессии по шкале Гамильтона показал нарастание психопатологических симптомов в соответствии со стадиями основного заболевания: I стадия – $4,3 \pm 0,6$ балла, II стадия – $7,3 \pm 0,4$ ($p \leq 0,01$), III стадия – $9,2 \pm 0,4$ ($p \leq 0,001$ и $p \leq 0,001$ соответственно). Наиболее высокие показатели тревоги и депрессии были выявлены у пациентов с депрессивными эпизодами ($19,9 \pm 0,9$ балла) и дистимией ($17,5 \pm 0,8$ балла).

По шкале SF-36 у пациентов с артериальной гипертензией I стадии определялись высокие показатели качества жизни (общее состояние здоровья – $52,1 \pm 1,82$ балла; физическая работоспособность – $69 \pm 3,05$; эмоциональное состояние – $75,3 \pm 2,29$; социальная роль – $48,6 \pm 2,37$; энергичность – $60,3 \pm 2,89$ балла). При II стадии артериальной гипертензии были выявлены более низкие характеристики общего состояния здоровья – до $47,6 \pm 2,25$ балла, физической работоспособности – $32,9 \pm 2,16$ ($p \leq 0,001$), эмоционального состояния – $44,5 \pm 1,63$ ($p \leq 0,001$), социальной

роли – $47,8 \pm 2,29$, энергичности – $46,9 \pm 2,85$ ($p \leq 0,01$). Показатели при артериальной гипертензии III стадии значительно снижались, особенно по таким категориям, как общее состояние здоровья ($39,1 \pm 1,89$, $p \leq 0,001$ по сравнению с I стадией и $p \leq 0,01$ по сравнению со II стадией), физическая работоспособность ($29,4 \pm 2,24$), эмоциональное состояние ($38 \pm 3,02$, $p \leq 0,05$ при сравнении со II стадией).

С учетом анализа спектра психопатологических особенностей пациентов на разных стадиях артериальной гипертензии были разработаны реабилитационные программы с комплексом образовательных, психотерапевтических, психофармакологических и психопрофилактических мероприятий.

Для пациентов с I стадией артериальной гипертензии была предложена реабилитационная программа № 1.

Образовательная составляющая программы основывалась на анализе неблагоприятных социальных факторов и проблем, связанных со значимыми позициями качества жизни.

Психотерапевтическая составляющая программы базировалась на рациональной психотерапии и проведении групп краткосрочной психотерапии с использованием релаксационных техник.

Психофармакологическая составляющая программы включала назначение адаптогенов, седативных средств и «дневных» транквилизаторов. С учетом выраженности вегетативных проявлений фармакотерапия назначалась даже пациентам с психодезадаптационными состояниями.

Профилактическая составляющая программы включала регулирование режима труда и отдыха, отказ от курения, выполнение релаксационных заданий, занятия физическими упражнениями и практику приемов совладания со стрессовыми ситуациями, тренинг уверенного поведения (асертивности).

Для пациентов со II стадией артериальной гипертензии разработана программа № 2.

Образовательная составляющая программы дополнялась обучением релаксационным техникам, медитациям, дыхательным упражнениям.

Психотерапевтическая составляющая программы включала групповые занятия по когнитивной психотерапии, устранение неправильного осмысления жизненных ситуаций и формирование навыков личностного роста.

Психофармакологическая составляющая программы основывалась на купировании тревож-

ных расстройств транквилизаторами в средних терапевтических дозах (альпразолам, афобазол). Коррекция сна проводилась гипнотиками (ивадал, сомнол, имован). При возникновении панических атак использовался альпразолам с последующим назначением антидепрессантов (коаксил, рексетин).

Профилактическая составляющая программы включала контроль за режимом питания и физической нагрузкой, поддержание стабильного эмоционального состояния, формирование позитивного мышления, анализ конфликтных ситуаций с «отреагированием аффекта».

Для пациентов с III стадией артериальной гипертензии внедрена программа № 3.

Образовательная составляющая программы включала формирование трудовой деятельности в новых условиях жизни, организацию досуга, восприятие физических ограничений, связанных со здоровьем и сексуальной жизнью, соблюдение диеты, коррекцию вредных привычек, выделение жизненных приоритетов.

Психотерапевтическая составляющая программы основывалась на индивидуальной психотерапии с фокусированием на интрапсихическом конфликте, изменении реакции личности на болезнь, трансформации оценок, целей, убеждений.

Психофармакологическая составляющая программы включала седативную терапию, антидепрессанты, малые нейролептики (эглонил, сонапакс), ноотропы.

Профилактическая программа включала контроль за массой тела, отказ от вредных привычек, принятие ответственности за свое здоровье, замещение дисфункциональных стереотипов на новые убеждения, формирование стратегий сотрудничества, распознавание негативных эмоций.

Клиническая эффективность комплексных программ выражалась в исчезновении или уменьшении психопатологических проявлений либо значительном снижении тяжести тревожных и депрессивных проявлений, что подтверждалось показателями клинических шкал: у пациентов с I стадией артериальной гипертензии уровень тревоги снизился на 30 %, уровень депрессии – на 23,3 %; у пациентов со II стадией заболевания на – 32,5 и 34,8 %, а при III стадии – на 21,8 и 25,7 % соответственно.

Таким образом, психосоциальная реабилитация улучшала физическое и психическое состояние пациентов.