

Хамраева Н.А.,
Ишанкулова Н.Н.,
Камолов Н.М.,
Тоиров А.Э.

РОЛЬ ДЕПРЕССИИ В РАЗВИТИИ И УТЯЖЕЛЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Самаркандский государственный медицинский институт

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – состояние, при котором нарушается соответствие между потребностью сердца в кровоснабжении и его реальными возможностями, объединяя различные формы коронарной недостаточности, обусловленной атеросклеротическим поражением коронарных артерий или их спазмом. Заболеваемость ИБС у взрослых составляет 20%. Каждые 5 лет на 1000 человек регистрируется 80–120 новых случаев ИБС (Е.И.Чазов, 2001; Н.А.Корнетов, Е.В.Лебедева, 2003).

Известными факторами риска ИБС являются: артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение, сахарный диабет, гиподинамия и фактор наследственности. У 46,5% больных обнаружена связь с курением, у 33,9% - с ожирением и у 17,2% с нарушениями толерантности к углеводам (В.М.Клюжев, А.О.Данько, 2004).

Стресс и невротические нарушения являются независимым фактором риска сердечнососудистых заболеваний наряду с традиционными вышеперечисленными факторами риска. Наличие невротических нарушений тесно связано с более тяжелым течением сердечнососудистых заболеваний и увеличением смертности среди больных (Р.Г.Оганов, Л.И.Ольбинская, А.Б.Смулевич, 2004).

Важную патогенетическую роль при невротических нарушениях отводят повышению активности симпатoadреналовой системы, приводящей к увеличению ЧСС, АД, сократимости миокарда и, соответственно, потреблению миокардом кислорода. У пациентов с ИБС и невротическими нарушениями выявлены более высокие титры антител в плазме крови и биоптате атеросклеротической бляшки сосудов. Негативное влияние невротических нарушений на прогноз ИБС связаны с поведенческими факторами, например, нежеланием пациентов принимать медикаментозные препараты и соблюдать предписанный режим, однако специализированную помощь такие пациенты получают редко (А.Б.Смулевич, 2003; И.Денисов, Б.Мовшович, 2003).

Выраженная депрессия при исходном обследовании у больных с ангиографически подтвержденной ИБС является наиболее значимым изолированным предиктором острой ишемии миокарда. Совершенно очевидно, что диагностика и лечение пограничных состояний у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями необходимы не только для улучшения психологического статуса и качества жизни, но и повышения продолжительности их жизни, в целом для уменьшения смертности (Г.В.Погосова, 2002).

Цель работы. Изучить роль депрессивных нарушений в утяжелении ИБС и оценить эффективность седативных средств в комплексном лечении больных.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов обследования 42 больных ИБС: у (73,8%) с диагнозом ИБС, стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ФК) II, у 3 (7,1%) – ФК III, и у 8 (19,0%) - постинфарктный кардиосклероз. Среди всех обследованных преобладали мужчины (69,0%), возраст которых чаще от 60 до 70 лет (в среднем $64,7 \pm 5,6$ лет). Продолжительность заболевания была от 1 года до 20 лет (в среднем $14,6 \pm 1,5$ лет). Преобладали больные с длительностью заболевания от 6 до 10 лет (20 больных – 48,1%). Среди больных жители города составили – 33,7%, села – 62,3%.

Ведущим в клинике стенокардии оказался болевой синдром. Боль чаще имела колющий характер (28,6%). По интенсивности преобладала средняя интенсивность боли (76,2%). У 10 (23,8%) больных боль была легкой интенсивности. Эквиваленты боли (одышка, сердцебиение, перебои, кашель) присутствовали у всех пациентов (100%). У 23,8% больных наблюдалась недостаточность кровообращения II А стадии, у 21,4% - II Б стадии и у 2 4,8% – III стадия. Из других осложнений наблюдались: дисциркуляторная энцефалопатия (у 11,9%), склероз сосудов головного мозга (у 4,8%), нарушение ритма по типу мерцательной аритмии (у 19,0%).

При помощи ЭКГ исследований удалось установить признаки гипертрофии отделов сердца: левого желудочка – у 92,8%, обоих желудочков – у 16,6% больных. У 47,6% больных отмечались признаки поражения миокарда: снижение сегмента RS-T, сглаженный или отрицательный зубец Т в нескольких отведениях (I, II, III, aVL, aVF, V3, V4 и V5). Признаки ишемии на ЭКГ -

снижение сегмента S-T и изменения зубца Т возникали в определенных участках. Депрессия сегмента S-T в I, aVL отведениях (признак ишемии передней стенки) была выявлена – у 11,9% больных, на II, III, aVF отведениях (признак ишемии задней стенки) - у 26,3% больных, рубец после перенесенного инфаркта миокарда (наличие патологического зубца Q или комплекса QS) – у 14,3% больных.

Для исследования функционального состояния сердца у больных ишемической болезнью сердца был применен метод ЭхоКГ в М- и В-режиме. Для изучения частоты и степени депрессии всем больным были проведены тесты по опроснику Бека, а тип личности определялся по Юнгу. Статистическая обработка цифровых данных была проведена на персональном компьютере Р-IV с использованием программных пакетов StatGraf.

Результаты и обсуждение. Нами было выявлено, что больные ишемической болезнью сердца отличаются раздражительностью, резкостью, прямолинейностью, стремятся к лидерству, нетерпимы к чужому мнению и проявляют склонность к отрицанию или преуменьшению болезни. Часто высказывают критические замечания относительно назначаемых им процедур и нередко забывают выполнять рекомендации врачей. При этом, у 55,8% больных был определен А тип, у 45,2% - Б тип. Среди мужчин преобладали лица типа А, среди женщин – Б типа. Как правило, лица с «типом А» это напористый, всегда готовый твёрдо отстаивать свою точку зрения человек с развитым чувством ответственности. Он чрезвычайно активен и всегда готов интенсивно работать. Ему постоянно не хватает времени, и поэтому он привык ускорять все, что делает. Он тороплив, опрометчив, нетерпелив, с трудом выносит стояние в очередях. По сравнению с личностью типа Б, тип А в состоянии стресса более склонен работать в одиночестве. Однако увеличение нагрузки повышает уровень стресса у этого человека и ограничивает возможность получить поддержку. Человек типа А создает для своего организма условия хронического стресса. Чрезмерный стресс приводит к разнообразным расстройствам. Это могут быть эмоциональные нарушения (тревожность, беспокойство, вспыльчивость, раздражительность, угрюмость, подавленность), ухудшение умственных способностей (рассеянность, заторможенность, забывчивость, невозможность сосредоточиться), склонность к излишней выпивке и курению. Стрессовые перегрузки катастрофически влияют на работоспособность: уменьшается производительность труда, снижается способность к преодолению нагрузок, ухудшаются отношения между работниками и психологический микроклимат в коллективе. Понижение работоспособности, в свою очередь, ещё больше усугубляет стресс.

При ишемической болезни сердца у всех больных диагностируются невротические нарушения депрессивного характера: неустойчивость настроения, подавленность и снижение жизненного тонуса. По шкале депрессии Бека больные очень часто отмечали, что постоянно испытывают подавленность или тоску, считают себя настолько несчастными, что не могут этого вынести, чувствуют, что никогда не смогут преодолеть свои трудности, что будущее безнадежно и ничего нельзя исправить. Они считают, что слишком мало сделали заслуживающего внимания, несостоятельны как личность, не получают удовлетворения, любое событие вызывает у них недовольство. Они испытывают отвращение к себе, ненавидят себя, винят себя за то, что всё идёт не так и считают, что у них много недостатков. Имеются элементы суицидов: «мне было бы лучше умереть», «я убил бы себя, если бы смог». Всё время испытывают раздражительность. Просыпаются на 2-3 часа раньше обычного и спать не более 5 часов, утомляются от любого дела и не могут ничего делать. Отмечают сильное ухудшение аппетита, потерю веса (больше 4 кг) и утрату половой активности.

В результате исследований легкая степень депрессии была выявлена у 11,9%, умеренная депрессия – у 21,4%, депрессия средней тяжести - у 35,7% и тяжёлая степень депрессии - у 30,9% больных. Умеренная и выраженная степень депрессии часто диагностируется среди больных мужского пола, а тяжелая депрессия – среди лиц женского пола. Выраженность депрессии у больных до 60 лет очень часто легкой и умеренной степени, старше 60 лет - выраженной и тяжелой степени. Частота и тяжесть депрессивной симптоматики при ишемической болезни сердца зависит от формы и тяжести заболевания. При постинфарктном кардиосклерозе (75,0%) по сравнению с больными со стенокардией (66,0%) чаще регистрируются симптомы выраженной и тяжелой депрессии. Ухудшение систолической функции сердца и связанная с ней сердечная недостаточность, мерцательная аритмия ухудшают депрессивную симптоматику. Степень тяжести депрессии имеет прямую пропорциональную связь со степенью снижения фрак-

ционной силы левого желудочка.

Таким образом, ишемическая болезнь сердца, как тяжелое соматическое заболевание оказывает интенсивное стрессовое воздействие, прежде всего болью в области сердца, развитием сердечной недостаточности и утратой трудоспособности больного. У всех больных при детальном обследовании удастся обнаружить изменения психологических качеств и невротические нарушения, укладывающиеся в рамки депрессивной симптоматики. Невротические нарушения связаны с сутью ишемической болезни сердца. Степень выраженности болевого синдрома, частота приступов, продолжительность заболевания, выраженность сердечной недостаточности, снижение систолической силы левого желудочка, аритмии имеют прямую корреляцию с тяжестью депрессивной симптоматики. Для оценки личностных качеств и депрессивной симптоматики у больных ишемической болезнью сердца рекомендуется применение адаптационных вариантов психологических исследований: по Юнгу и шкале депрессии Бека. Наши исследования показали, что при наличии депрессии больные ишемической болезнью сердца реже придерживаются здорового образа жизни, хуже выполняют врачебные рекомендации по соблюдению диеты, отказу от курения и режима физической активности. Выявление депрессивной симптоматики диктует необходимость применения сочетанной антиангинальной и антидепрессивной терапии.

Использованная литература

1. Корнетов Н.А, Лебедева. Е.В. Депрессивные расстройства у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. // Психиатрия и психотерапия, 2003. Т. 5. № 5. С.10-15.
2. Чазов Е. И. Ишемическая болезнь сердца и возможности повышения эффективности ее лечения. //Клинические исследования лекарственных средств в России, 2001. № 1. С.2–4.
3. Ключев В.М., Данько А.О. Психофизиологические особенности больных ишемической болезнью сердца, характер и степень поражения коронарного русла, биохимические механизмы адаптации в условиях операционного стресса. // Кардиология, 2004. № 3. С.25.
4. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС. // Кардиология, 2004. № 1. С.48-54.
5. Денисов И., Мовшович Б. Психологический статус пациента. // Врач, 2003. № 5. С. 37.
6. Погосова Г.В. Депрессия - новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. // Кардиология, 2002. №4. С.86-91.