УДК 616.12-005.4:616.89-008.45/.47]-071 (048.8)

Ю.И. БЕСПАЛОВ, Г.У. САЯТОВА, С.Ш. ХАЛНИЯЗОВА, Л.Ю. БЕСПАЛОВА, Е.Д. МУКУШЕВА
Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова,
кафедра интернатуры и резидентуры по психиатрии и наркологии

ТРЕВОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИБС

В статье изложены вопросы влияния тревоги на клинику и течение артериальной гипертензии и ИБС вследствие эмоционального реагирования на ситуацию заболевания, являющейся для больного своеобразным стрессом.
Ключевые слова: *артериальная гипертензия, ИБС, тревога, клиника, диагностика, лечение.*

Вводная часть.
В системе социально - психологических знаний и профессиональной деятельности врачей общей практики все большую актуальность приобретают проблемы психоэмоциональных состояний больных с соматическими заболеваниями. По мнению многих авторов XXI век – время стрессов и эмоциональных перегрузов, вследствие этого распространенность психических расстройств в человеческой популяции уже достигла 32,7%. Из них все большее место занимают тревожно – аффективные расстройства (22,9%) и депрессия (5,9%) сопровождающие многие соматические заболевания. Особенно актуальными становится проблема изучения тревожных состояний при артериальной гипертензии и ИБС, а также депрессивных расстройств, которые довольно часто сочетаются, а потому многие авторы объединяют их в единое понятие – «тревожно – депрессивный синдром». Однако в клинической картине важна также диагностика изолированных тревожных расстройств, выступающих как отдельное психопатологическое состояние, которое можно выявить не только путем клинических исследований, но и с изменением психологических тестов.
В обыденном понимании тревога – это волнение, беспокойство, ожидание опасности или чего-нибудь неизвестного. С клинических позиций тревога – аффект, возникающий в ожидании неопределенной опасности, неблагоприятного развития событий. Больной человек испытывает непонятное волнение, ощущение внутренней дрожи, ощущение напряжения, скованности, невозможности расслабиться, повышенную раздражительность, нарушение ночного сна. Это наиболее часто встречающиеся клинические проявления, сопровождающие тревогу. Как правило, в клинике тревоги большое место занимают и вегетативные расстройства, включающие учащенное сердцебиение, одышку, ощущение сдавливания в области груди и горла, повышенную потливость, влажность ладоней, боли в животе, головокружение, учащенное мочеиспускание и др. Эти два вида расстройств – психические и вегетативные у больных сердечно – сосудистыми заболеваниями оказывают выраженное влияние на основные патофизиологические механизмы прогрессирования патологии. Происходит изменение активности симпато-адреналовой, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем, прокоагулянтные сдвиги гемостаза, нарушение функции эндотелия сосудов. Эти нарушения не только определяют и ухудшают течение заболевания, но и могут привести к развитию опасных для жизни клинических осложнений АГ и ИБС, а также к неблагоприятным исходам, вплоть до смерти. Если у здоровых людей симптомы тревоги являются преходящим, то при патологии у акцентуированных личностей по тревожному типу эти расстройства носят постоянный характер, значительно ухудшают течение основного заболевания и могут явиться провоцирующими факторами возникновения таких осложнений, как острый коронарный синдром, гипертонический криз, нарушение ритма сердца, а также параксизмов фибриляций предсердий. Но даже при незначительно выраженной тревоге при соматических заболеваниях и в частности при АГ и ИБС происходит фиксация на заболевании, что ухудшает качество жизни, снижает работоспособность уже в начале заболевания.
Интерес к проблеме тревожных состояний при АГ и ИБС определяется их широкой распространенностью, которые с современных позиций относятся к числу психосоматических заболеваний, так как в их возникновении и развитии существенную роль отводят психотравмирующим факторам. По данным Всемирной организации здравоохранения, в Республике Казахстан смертность от сердечно – сосудистых заболеваний остается самой высокой. При этом тревожные состояния в общемедицинской практике рассматриваются лишь в каждом четвертом случае, и только у половины таких пациентов назначается адекватная терапия т.е. комплексная, сочетающая в себе сердечно-сосудистые, анксиолитические средства, психофармокологические препараты, различные виды психотерапии.
Методы исследования.
Основным методом исследования был клинико-психопатологический, включающий в себя несколько этапов диагностики тревожных расстройств.
1 Этап – выслушивание.
Предлагается пациенту проанализировать:
- жалобы
- проблемы
- что явилось причиной недуга
- при каких обстоятельствах возникли болезненные симптомы
- какие факторы усугубляют течение болезни

Больной должен выговориться, а потому от врача требуется не перебивать больного и эмоционально поддерживать.
2 Этап – расспрос.
Уточнение нужных сведений – сбор анамнестических данных, при этом следует особое внимание обращать на характеристику таких жалоб, как появление неожиданного, немотивированного чувства внутреннего волнения, опасений, разнообразных ощущений, особенностей мыслей, на способы борьбы пациента с тревогой. После окончания расспроса, получив максимум информации о болезни, врач приступает к следующему этапу обследования.
3 Этап
Оценка психического состояния пациента начинающегося с анализа внешнего вида и поведения (взгляд, мимика,

жесты, поза, движения, готовность больного вести беседу, настроение и аффект, речь больного, содержание мышления, критика к своему состоянию и др.). При оценке психического состояния пациента важное значение имело психологическое исследование, которое позволяло окончательно решить вопрос о степени выраженности тревоги, которую мы интерпретировали по шкале тревоги Тейлора, где от 50 до 40 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги, 20-40 баллов соответствует высокому уровню тревоги, 15-25 баллов среднему (с тенденцией к высокому) уровню, 5-15 баллов – среднему (с тенденцией к низкому) уровню, 0-5 баллов – низкому уровню. Каждому пациенту предлагалось заполнить самостоятельно опросники, состоящие из 50 утверждений, на которые следовало дать ответ «да» или «нет».

Экспериментальная часть.

Всего было обследовано 40 пациентов в терапевтическом отделении 7-ой городской больницы в возрасте от 40 до 70 лет, у которых выявлялась тревога в той или иной степени выраженности, сопровождающая артериальную гипертонию и ИБС. Изучение клинических особенностей и выраженности тревоги у пациентов в основном совпадала с результатами оценки по шкале тревоги Тейлора. При этом оказалось, что у 8 мужчин и 3 женщин был очень высокий уровень тревоги (40-50 баллов) по шкале тревоги Тейлора, у 14 мужчин и 5 женщин высокий (20-40 баллов), у 4 мужчин и 2 женщин – средний (15-25 баллов) и у 4 женщин отмечалось тенденцией к низкому уровню тревоги (5-15 баллов). Низкий же уровень тревоги не наблюдается ни у мужчин, ни у женщин. В целом всем женщинам, без учета соматической патологии, были присущи более тяжелые формы тревожных состояний (средний балл 21,8) в сравнении с мужчинами (18,6). Анамнез структуры соматического состояния позволил выявить значимые в этом отношении различия: для женщин было характерным в основном сочетание ИБС с гипертонической болезнью (41,7 %), а у мужчин наиболее часто встречалась гипертоническая болезнь (40 %), тогда как сочетание ИБС с ГБ было отмечено лишь у 12 % ($P \leq 0,05$). Было установлено, что четкого параллелизма между выраженностью тревоги и тяжестью основного заболевания выявить не удалось. Несмотря на то, что у женщин тревога была более выраженной, улучшение физического состояния у них происходило более быстро, чем у мужчин. Анализ характерологических особенностей пациентов показал, что среди женщин преобладали лица с истерическим и тревожным радикалом, а у мужчин наблюдалась ипохондрическая фиксация и психастенические черты характера. Этим отчасти можно было объяснить затяжной характер клинических проявлений тревоги у мужчин, несмотря на то, что у них преобладал диагноз гипертоническая болезнь, а у женщин гораздо чаще встречались более тяжелые формы соматического заболевания в виде сочетания ИБС и гипертонической болезни. У мужчин на фоне тревоги преобладали более конкретные, но достаточно выраженные ощущения сдавливания в области сердца, толчков в груди, сердцебиения. Это вызывало иногда приступы тревоги, опасения о возможности возникновения инфаркта, внезапной остановки сердца. У женщин жалобы носили более расплывчатый характер, они фиксировали внимание врача на раздражительности, трудности засыпания, тремор покалывание в области сердца, слабости, дурноте одышке, периодическом страхе, слезливости, забывчивости. Следовательно, при постановке клинического диагноза с психиатрических позиций у мужчин речь шла о невротическом состоянии, с преобладанием тревоги, ощущений сенестопатического характера с эпизодическими тревожно-паническими расстройствами. У женщин можно было говорить о невротических состояниях с включением в клиническую картину тревоги, астении с быстрой истощаемостью психических функций, эмоциональной лабильности, нарушения активного внимания, необоснованных страхов, приближающихся к паническим атакам. Тревогу и у мужчин, и у женщин вызывала фрустрация и стресс в связи с соматическим заболеванием, превратившихся в условно-рефлекторную реакцию, для лечения которой, как известно, широко используются различные психотерапевтические методики. Лечение тревожных расстройств у больных с гипертонической болезнью и ИБС является патогенетической основой для использования в комплексной терапии не только различных методов психотерапевтического воздействия, но и препаратов, сочетающих в себе анксиолитические и седативные эффекты. Поэтому все наши больные получали персен и ново-пассит, обладающих легким анксиолитическим эффектом в сочетании с психотерапией (рациональная, поведенческая) ориентированной на формирование у пациентов самооценки, адекватного понимания собственных психологических конфликтов, особенностей своего характера, способствующих фиксации на отрицательных эмоциях. Лечение было индивидуальным и дозировки препаратов, и психотерапевтические методики подбирались с учетом клинических особенностей тревоги у больных и клинической картины их основного заболевания. При усилении тревоги назначался карбамазепин в малых дозах (50-150 мг в сутки) и диазепам (реланиум, седуксен, сибозон) в дозе от 2 до 10 мг2-4 раза в сутки.

Выводы.

Тревожные расстройства в рамках гипертонический болезни и ИБС представляют собой широкий спектр психопатологических и соматических симптомов, затрудняющих курацию как в соматической, так и в психиатрической практике. Трудности квалификации этих расстройств и различные диагностические и терапевтические подходы требуют организации междисциплинарного взаимодействия специалистов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 А.М. Вейна Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика. – М.: Медицинское информационное агентство. - 2000. – 725 с.

2 Чазов Е.И Ишемическая болезнь сердца и возможности повышения эффективности ее лечения // Клинические исследования лекарственных средств в России. - №1. – 2001. – С. 2–4.

3 В.В.Гафаров, И.В.Гагулин. Популяционное исследование социально–психологических факторов риска ишемической болезни сердца в мужской популяции Новосибирска // Тер. Архив. - 2000.–Т.72. - № 4. – С.40–43.

4 Kubzansky LD; Kawachi I; Weiss ST; Sparrow D Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological,psychological, and experimental evidence//Ann. Behav. Med.– 1998.– Vol. 20. - N 2. – P. 47–58.

5 Ибатов А.Д. Влияние тревожных расстройств на течение ишемической болезни сердца//Русский медицинский журнал. - 2007. - Т. 15. - № 20. – С. 17-26.

6 Ромасенко Л.В. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания//Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика . 2009. - №3-4. - С. 8-10.

7 Авербух, Е. С. Нервные и психические нарушения при гипертонической болезни. — JI. : Медгиз, 1959. — 352 с.
8 Авербух, Е. С. Психика и гипертоническая болезнь. — Л.: Медицина, 1965. - 176 с.
9 Авруцкий, Г. Я. Лечение психически больных : рук. для врачей. - М. : Медицина, 1988. - 528 с.
10 Агеев, Ф. Т. Распространенность артериальной гипертонии в Европейской части Российской Федерации. Данные исследования ЭПОХА // Кардиология. - 2004. - № 11. - С. 50-54.

Ю.И. БЕСПАЛОВ, Г.У. САЯТОВА, С.Ш. ХАЛНИЯЗОВА, Л.Ю. БЕСПАЛОВА, Е.Д. МУКУШЕВА
С.Ж. Афдендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
психиатрия және наркология бойынша интернатура және резидентура кафедрасы

АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫНЫҢ МАЗАСЫЗДЫҚ ҚАЛПЫ ЖӘНЕ ЖИА

Түйін: Мақалада науқастың ауру жағдайына эмоциялық жауаптың салдарынан болатын мазасыздығының клиникаға, артериалық гипертониясының ағымына және жүректің ишемиялық ауруларына ықпалы жайлы мәселелері қарастырылған.
Түйінді сөздер: артериялық гипертензия, ЖИА, мазасыздану, клиника, дигностика, емдеу

Y.I. BESPALOV, G.U. SAYATOVA, S.SH. KHALNIYAZOVA, L.Y. BESPALOVA, E.D. MUKUSHEVA
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Department of internship and residency in Psychiatry and Addiction

ARTERIAL HYPERTENSION ANXIETY AND ATHEROSCLEROTIC CARDIOVASCULAR DISEASE

Resume: The article illuminates issues of impact of anxiety on clinic, arterial for hypertension flow and ACD due to emotional response to the disease condition which appears to be distinctive stress to the patient.
Keywords: arterial hypertension, coronary disease, psychic tension, clinical unit, diacrisis, curing