

Эмоции и сердце

Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов, Ю.С. Белова, Н.В. Сказин

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава. Москва, Россия

Emotions and the heart

G.V. Pogosova, I.E. Koltunov, Yu.S. Belova, N.V. Skazin

State Research Center for Preventive Medicine, State Federal Agency for Health and Social Development. Moscow, Russia.

Статья посвящена проблемам диагностики и лечения наиболее часто встречающихся у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями психопатологических состояний. Рассматривается клиническая, прогностическая и социальная значимость этих состояний в кардиологическом континууме. Статья анонсирует издание в одном из ближайших номеров журнала Методического пособия для врачей по обсуждаемой проблеме.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, стресс, тревога, депрессия, психопатологические состояния.

The article is devoted to most frequent psychopathological states in cardiac patients. Clinical, prognostic, and social role of these problems is considered in the cardiac continuum context. The forthcoming journal publication of the relevant clinical recommendations is announced.

Key words: Cardiovascular disease, stress, anxiety, depression, psychopathological states.

О тесной взаимосвязи душевного и телесного здоровья человека известно еще со времен Авиценны. В 1910г В.П. Образцов и Н.Д. Стражеско, описывая несколько случаев инфаркта миокарда, подчеркнули, что у всех больных следует отметить резкое, внезапное начало болезни, а непосредственным поводом, вызвавшим тяжелое состояние, были в одном случае подъем на высокую лестницу, в другом — неприятный разговор, в третьем — душевное волнение при азартной карточной игре [1]. С тех пор опубликовано большое число научных работ, в которых изучалась взаимосвязь эмоций, стрессов и патологии сердца, психических и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Эта взаимосвязь представлялась очевидной, особенно с позиций доказательной медицины, далеко не всем исследователям. Считалось, что стрессы и стресс-индуцированные состояния, хотя и могут способствовать манифестации сердечного заболевания, но не являются независимыми факторами риска (ФР) ССЗ.

В последние годы ситуация изменилась. Сегодня стресс (в англоязычной литературе дистресс) и депрессия оцениваются как независимые ФР развития ишемической болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) [2-5]. Более того, депрессия является мощным прогностическим фактором, определяющим выживаемость больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), другие острые коронарные синдромы (ОКС), операции на сосудах сердца, мозговые инсульты (МИ) [6-8].

Показано, что расстройства эмоциональной сферы в значительной мере отягощают клиническое течение ССЗ, являются одной из ведущих причин низкой приверженности больных медикаментозному лечению и выполнению немедикаментозных рекомендаций по вторичной профилактике заболеваний [9-11].

Расстройства психической сферы распространены в гораздо большей мере, чем это принято считать. Особенно если речь идет не о тяжелой психической патологии, а о пограничных, стертых, маскированных формах психопатологических расстройств (ПР), в первую очередь аффективного спектра. Среди них наиболее распространены тревожные, депрессивные, смешанные состояния. Именно эти ПР чаще всего встречаются в общемедицинской сети здравоохранения, в практике участкового врача (врача общей практики), терапевта, кардиолога.

В настоящее время самое крупное, международное, эпидемиологическое исследование по изучению частоты ПР в общемедицинской практике было проведено Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) в конце 80-х годов. Оно называлось Psychological Disorders in Primary Care и проводилось в 18 странах Америки, Европы и Азии. Согласно результатам этого исследования различные ПР наблюдаются у каждого четвертого (24%) пациента общемедицинской сети здравоохранения, расстройства депрессивного спектра присутствуют у каждого пятого (21%) пациента. Из расстройств депрессивного спектра чаще всего отмечаются собственно депрес-

сивные (ДР) (10,4%) и тревожные (ТР) (10%) расстройства. Показатели распространенности ПР значительно варьировали в зависимости от страны и колебались от 20% в Китае до 50% в Чили [12].

В дальнейшем был проведен целый ряд исследований, подтвердивших высокую распространенность расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике, намного превышающую частоту этих расстройств в популяции. Стало очевидным, депрессия и тесно ассоциированные с ней состояния вышли за рамки психиатрии и являются не сугубо психиатрической, а общемедицинской и в определенной степени общественной проблемой. 2001г был объявлен ВОЗ годом психического здоровья и проведен под девизом «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда». Такое внимание к вопросам психического здоровья неслучайно. Оно связано с тем, что ДР являются одной из ведущих причин инвалидизации больных. По оценкам ВОЗ депрессия к 2020г будет второй по значимости причиной инвалидизации и смертности населения Земли, уступающей первенство только ИБС [13].

Два крупных эпидемиологических исследования КОМПАС (Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в практике врачей общесоматического профиля) и КООРДИНАТА (Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных Артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца), выполненных в России в 2001-2004гг с общим числом > 12 тыс. включенных больных общемедицинской сети здравоохранения, показали, что симптомы депрессии и тревоги присутствуют примерно у половины больных артериальной гипертензией (АГ), ИБС и с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), а выраженная симптоматика, с высокой степенью вероятности свидетельствующая о наличии клинически значимых тревоги и депрессии, имеет место почти у каждого третьего больного: 28% – при АГ, 31% – при ИБС, 38% – при ХСН [14,15]. Особенно часто ПР отмечаются после перенесенных ИМ, МИ, операции аортокоронарного шунтирования (АКШ), а также при СН.

Взаимосвязь ПР и ССЗ носит реципрокный характер. С одной стороны стресс-индуцированные состояния и депрессия способствуют развитию ССЗ, с другой, ПР могут развиваться вторично как реакция личности на серьезное соматическое заболевание. Согласно данным отечественных и зарубежных клинических исследований распространенность депрессии, соответствующей критериям МКБ-10, среди больных ИБС составляет приблизительно 15-18%, т.е. примерно каждый пятый пациент ИБС страдает депрессией. Еще в большей мере это характерно для больных, перенесших ИМ и операцию АКШ. Распространенность «большой» депрессии среди этой категории больных достигает 30% [10,11].

Наличие депрессии у больных ИБС не только отягощает их клиническое состояние и затрудняет ре-

абилитацию, но и сокращает продолжительность жизни больных. Результаты исследований последних лет свидетельствуют, что депрессия повышает риск коронарных катастроф и коронарной смерти как у здоровых людей, так и у больных ИБС. Уровень смертности у больных, перенесших ИМ и страдающих депрессией, в 3-6 раз выше, чем у лиц, перенесших ИМ и не имеющих признаков депрессии [9]. Значимость депрессии в качестве предиктора коронарной смерти носит более акцентуированный характер у больных с аритмиями, а также у больных ИБС > 60 лет. Отрицательное влияние на прогноз оказывает даже маловыраженная депрессивная и смешанная тревожно-депрессивная симптоматика.

Какие пациенты общемедицинской сети здравоохранения чаще других страдают психопатологическими состояниями (ПС)? Это, прежде всего, женщины. В многочисленных исследованиях выявлена закономерность, согласно которой женщины страдают тревогой и депрессией в 2 и более раз чаще, чем мужчины. Связано это с особенностями нейроэндокринной системы женщины, обеспечивающей регуляцию менструальной и детородной функций. Хорошо известно повышение вероятности возникновения психоэмоциональных расстройств в критические периоды в жизни женщины – во время беременности, родов, послеродового периода, климактерического периода. Значительные колебания настроения возникают также в связи с менструальным циклом. Некоторые специалисты полагают, что более высокие показатели распространенности депрессивных расстройств у женщин связаны с тем, что женщины чаще обращаются за медицинской помощью и охотнее говорят с врачом о своих проблемах, в т.ч. эмоциональных. Мужчины реже пользуются ресурсами здравоохранения и пытаются решать свои психоэмоциональные проблемы самостоятельно. При этом они, как правило, выбирают наиболее бесперспективный путь решения – пытаются «расслабиться» при помощи алкоголя, различных психотропных, а нередко и наркотических препаратов. Некоторые стараются улучшить настроение и поднять жизненный тонус, увлекаясь азартными играми или экстремальными видами спорта. В отчете ВОЗ о психическом здоровье населения планеты за 2001г отмечена тесная взаимосвязь ДР с наркотической и алкогольной зависимостью.

Частота ПС увеличивается с возрастом. Пожилой возраст сам по себе ассоциируется с ухудшением соматического состояния человека, сужением социального функционирования, снижением или потерей трудоспособности, что, несомненно, отражается на психологическом статусе. Выявляемая в последние годы высокая распространенность депрессивных (тревно-депрессивных) состояний в развитых странах Запада в значительной мере связана с увеличением средней продолжительности жизни населения этих стран. ПР гораздо чаще встречаются у пенсионеров, неработающих лиц, инвалидов (наиболее часто у инвалидов I группы).

Еще один фактор, тесно связанный с ПС — пережитые стрессы. Установлено, что высокий уровень хронического, психоэмоционального стресса и пережитые острые стрессы высоко ассоциированы с ТР и ДР. Если раньше психологическая дезадаптация и ПР рассматривались как типичные для руководителей, лиц с высоким образовательным цензом, то исследования последних десятилетий свидетельствуют, что им наиболее подвержены лица с низкими уровнями образования и дохода.

Несмотря на высокую распространенность ПС, как в общемедицинской, так и кардиологической практике, они в большинстве случаев остаются нераспознанными, не лечатся и становятся причиной многократных обращений пациентов в лечебные учреждения, к врачам разных специальностей, все новых и новых обследований, частых госпитализаций. Такая ситуация имеет место во многих странах, в т.ч. европейских, но в наибольшей степени характерна для России. По данным исследования КОМПАС расстройства депрессивного спектра до включения в исследование были диагностированы в общемедицинской сети лишь у 5% из числа больных, которые по данным психометрической шкалы с высокой степенью вероятности этими расстройствами страдали [14]. Показательно, что больные с недиагностированными ПС принимали в течение года до включения в исследование различные психотропные средства, чаще препараты растительного происхождения и транквилизаторы.

Важно отметить, что больные ССЗ с коморбидными ПС — это наиболее «трудные» пациенты участковых врачей, врачей общей практики, кардиологов. Лечение этих больных сопряжено для врача с большими сложностями. Обычно у таких больных имеет место «неэффективность» терапии, рекомендованной врачом по поводу ССЗ. На фоне лечения больные продолжают предъявлять большое число соматических жалоб, постепенно убеждая себя и нередко своего врача в тяжести или «рефрактерности» своего заболевания. Результатом становится, как правило, увеличение доз кардиотропных препаратов или добавление новых, что, впрочем, не повышает эффективность лечения. Таких больных часто направляют на дорогостоящие диагностические обследования, результаты которых лишь констатируют несоответствие тяжести клинической симптоматики и объективных данных.

Описанная ситуация обусловлена в первую очередь тем, что больные, как правило, не предъявляют собственно психопатологических, например депрессивных жалоб, таких как подавленное настроение и утрата интересов или чувства удовольствия. В клинической картине превалирует хронический болевой синдром (кардиалгия), а также различные нарушения сна, повышенная утомляемость и снижение активности, нарушение аппетита, изменение веса, снижение работоспособности, проблемы с концентрацией внимания, снижение полового влечения, панические

атаки или перманентные вегетативные расстройства. Данная симптоматика характерна для так называемой соматизированной или скрытой, маскированной депрессии.

Значительную роль в гиподиагностике ПС у кардиологических больных играет недостаточная информированность врачей общей практики относительно принципов диагностики и лечения расстройств психической сферы. Есть трудности и объективного плана. Психоэмоциональное состояние пациентов, их характерологические и поведенческие особенности гораздо труднее оценить или измерить, чем физические параметры, например уровень артериального давления или содержание холестерина в сыворотке крови. Тем не менее, своевременное выявление ПР врачами соматического профиля при наличии соответствующих знаний и навыков — задача вполне выполнимая.

Выявление ПР в значительной степени облегчается при использовании психометрических шкал и тестов, в т.ч. субъективных (на вопросы отвечает сам больной). Их применение позволяет минимизировать затраты времени врача на обследование, при этом интерпретация полученных результатов не требует специальных знаний. Наиболее известными среди субъективных психометрических шкал для скрининга депрессии являются Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Zigmond A, 1983) и Опросник депрессии Бека (Beck A, 1961). Многократное применение психометрических шкал позволяет изучить динамику состояния больных во времени и на фоне лечения.

Учитывая отрицательное влияние депрессии на прогноз, скрининг с целью выявления депрессии целесообразно проводить среди наиболее уязвимых категорий больных ИБС — больных нестабильной стенокардией, пациентов, перенесших ОКС, в т.ч. ИМ, а также больных, перенесших операцию АКШ.

Согласно современным оценкам до 50% людей в течение своей жизни имеют риск перенести одно расстройство в психической сфере и, по меньшей мере, 20% имели такое ПР в течение 1 года до включения в эпидемиологическое исследование. При такой распространенности очевидно, что основная тяжесть по выявлению, диагностике и лечению психоэмоциональных расстройств ложится не на психиатров, к которым обращается ограниченное число больных, а на врачей общей практики, терапевтов, кардиологов.

Врачи соматического профиля, особенно участковые терапевты, имеют преимущества в отношении диагностики ПР — они наблюдают пациента годами, знают обстоятельства его жизни, историю болезни и им легче заметить изменения в его состоянии, появление сопутствующей симптоматики, отличной от той, которая наблюдалась ранее. Необходимо учитывать сложившийся менталитет — нежелание большинства пациентов обращаться к психиатрам или наблюдаться в учреждениях психиатрического профиля.

Высокая распространенность расстройств депрессивного спектра в кардиологической и терапевтической практике, негативное влияние этих ПР на клиническое течение и прогноз ССЗ, показатели социального функционирования и качества жизни больных, а также уровни кардиальной и общей смертности ставят перед врачами общемедицинской сети здравоохранения новые задачи.

По данным за 2001г общее число врачей-психиатров в РФ составило 16596 человек [16]. Даже простое сопоставление числа врачей и количества больных с теми или иными признаками ПР, а это примерно 50% всех обращающихся в территориальные поликлиники, свидетельствует, что силами психиатров проблема помощи пациентам данной категории не может быть решена, тем более при сложившемся в нашем обществе менталитете в отношении психиатрии и стойком нежелании пациентов лечиться у психиатра. Необходимо учитывать, что даже явные проявления депрессии и других ПР очень редко осознаются пациентами как связанные с психикой, вот почему большинство пациентов считает себя соматическими больными и обращается не в специализированные учреждения, а к врачам терапевтических специальностей, чаще всего к участковым врачам в обычные территориальные поликлиники.

Принимая во внимание эти факты, а также наметившуюся в России тенденцию к расширению функций участковых врачей/врачей общей практики, становится очевидным, что именно врачи первичного звена должны будут сыграть приоритетную роль в своевременном выявлении и оказании надлежащей помощи больным с психоэмоциональными расстройствами. Такая практика принята во многих странах.

Литература

1. В.П., Стражеско Н.Д. К симптоматологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца. Москва «Издательство А.И. Мамонтова» 1910; 20 с.
2. Anda R, Williamson D, Jones D, et al. Depressed affect, hopelessness, and risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology* 1993; 4: 285-94.
3. Pratt LA, Ford DE, Crum RM, et al. Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction: prospective data from Baltimore ECA follow-up. *Circulation* 1996; 94: 3123-9.
4. Barefoot JC, Scholl M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation* 1996; 93: 1976-80.
5. Larson SL, Owens PL, Ford D, Eaton W. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke. Thirteen-year follow-up from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *Stroke* 2001; 32(9): 1979.
6. Wassertheil-Smoller S, Applegate WB, Berge K, et al. Change in depression as a precursor of cardiovascular events: SHEP Cooperative Research Group (Systolic Hypertension in Elderly). *Arch Intern Med* 1996; 156: 553-61.
7. Pfiffner D, Niederhauser HU, Maeder JP, et al. Psychosocial predictors of mortality following myocardial infarction: a seven-year follow-up study in 222 patients. *Eur Heart J* 2000; 21: 204.
8. Sorensen C, Brandes A, Thrane J, et al. Depression and acute coronary syndrome, prevalence and significance for survival. *Eur Heart J* 2000; 21: 212.
9. Погосова ГВ. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. *Кардиология* 2002; 4: 86-91.
10. Краснов В.М. Психиатрические расстройства в общемедицинской практике. *РМЖ* 2002; 25(144): 1187-91.
11. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. Москва 2000.
12. Ustun TB, Sartorius N. *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester 1995.
13. Brundtland GH. Mental health in the 21st century. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78: 411.
14. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А., Деев А.Д. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. *Кардиология* 2005; 8: 38-44.
15. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): первые результаты многоцентрового исследования. *Кардиология* 2005; 11: 4-11.
16. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России. *Псих психофармакотерапия* 2001; Приложение 1: 3-6.

Поступила 16/11-2006