

СТРУКТУРА, СЕМІОТИКА ТА КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ТРИВОГИ У ПАЦІЄНТІВ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вивчено поширеність, структуру та клініко-психопатологічну характеристику тривожних розладів у хворих із кардіологічною патологією. Встановлено, що тривожна симптоматика полімодальна, поєднана із депресивними та обесивними проявами. Запропоновано, впроваджено та доведено ефективність комплексної системи медичної корекції тривоги у кардіологічних пацієнтів, яка складається із медикаментозного та психотерапевтичного втручання. У ході проведеного лікування пацієнти демонстрували позитивну динаміку редукції тривожної симптоматики та поліпшення показників якості життя.

Ключові слова: тривога, кардіологічна патологія, комплексна терапія.

Питання коморбідності непсихотичних психічних розладів у хворих із серцево-судинними захворюваннями достатньо широко висвітлено у вітчизняних та зарубіжних наукових виданнях, що підкреслює актуальність даної проблематики на стику двох медичних спеціальностей — психіатрії та кардіології [1]. Поширеність межових психічних розладів серед пацієнтів кардіологічного профілю становить у середньому 70–100%. Велика питома вага припадає на порушення тривожно-депресивного спектра. За різними даними, серед хворих із артеріальною гіпертензією вони діагностуються у 16,0–64,5% випадків, у 33,0–80,0% хворих, які перенесли коронарну катастрофу, у 25,0–75,0% пацієнтів із гострим інфарктом міокарду [2, 3]. На сьогодні доведеним є факт негативного впливу тривожної симптоматики на перебіг кардіологічної патології, яка в 50% випадків стає головною причиною тимчасової непрацездатності, у 78% — підвищує летальність у кардіологічних хворих [4]. Беручи до уваги результати досліджень щодо психосоматичних зв'язків, слід зазначити, що психосоматичні співвідношення в кардіології традиційно розглядають у контексті двох патогенетичних напрямків: зміни психічної сфери можуть сприяти виникненню кардіологічної патології, в такому випадку їх позначають як фактори ризику. Цей шлях реалізується у разі, коли певні встановлені екзогенні чинники взаємодіють із психологічними дезадаптивними механізмами, внаслідок цього підвищується схильність організму до прогресування кардіологічного захворювання. Згідно з іншими механізмами розлади психіки виступають як один із наслідків кардіологічної патології, при цьому вони відіграють провідну роль у прогресуючому виснаженні фізичних та особистісних адаптаційних ресурсів пацієнтів, що є додатковим стресовим навантаженням та

фактором зниження якості життя зазначеного контингенту пацієнтів [5, 6].

Тривога належить до розладів афективного спектра та суб'єктивно визначається як відчуття внутрішнього неспокою, психологічного дискомфорту перед невизначеністю майбутнього. Структурно вона містить у собі власне психічний компонент, а також має соматоневрологічні прояви. До психічних компонентів відносять неспокій, дратівливість, емоційну напруженість, відчуття перебування «на межі», зниження можливості концентрувати увагу, мнестичної функції, розлади сну. Соматоневрологічна складова є надзвичайно багатомодальною: соматовегетативні симптоми виявляються як відчуття стиснення або болю в ділянці грудини, серцебиття, відчуття нестачі повітря, підвищена пітливість, дискомфорт у роботі шлунково-кишкового тракту (нудота, блювання, спастичний біль по ходу кишківника, позиви на дефекацію), запаморочення, гіперемія або блідість шкірних покривів, часті позиви до сечовипускання, розлади сексуальної функції. Симптоми, пов'язані із напруженням м'язів, виявляються у вигляді головного болю напруги, болю у поперековій ділянці, м'язевих посіпувань, відчуття зниження м'язової сили. При тривозі високоїмовірними є також псевдоалергічні прояви: свербіж, кропив'янка, бронхоспазм [7].

Традиційно у пацієнтів кардіологічного профілю тривога інтерпретується лікарями як «адекватна емоційна відповідь» на тяжке соматичне захворювання, тим самим суб'єктивно нівелюється об'єктивний вплив тривожних симптомів на перебіг та наслідки кардіологічних захворювань [8, 9].

Таким чином, виявлення та терапія тривожних розладів у кардіологічних хворих є важливою комплексною проблемою психіатрії і кардіології.

Удосконалення способів діагностики та застосування сучасних методів терапії дадуть змогу підвищити рівень лікувально-профілактичної допомоги, покращити прогноз кардіологічних захворювань і підвищити якість життя пацієнтів кардіологічного профілю [10–12].

Мета нашого дослідження — вивчити структуру тривожних розладів у кардіологічних хворих, а також розробити комплексну систему надання медичної допомоги при коморбідних тривожних проявах.

У дослідженні на основі інформованої усвідомленої згоди взяли участь 87 пацієнтів амбулаторних поліклінічних закладів Львова: 46 чоловіків та 41 жінка віком 45–65 років із діагнозами «ішемічна хвороба серця» (38 (43,7%) хворих) та гіпертонічна хвороба (49 (56,3%)). Верифікація діагнозу та базове лікування проводилися згідно з наказами МОЗ України від 03.07.2006 р. № 436 та від 23.11.2011 р. № 816.

Дизайн дослідження передбачав скринінгове вивчення вибірки пацієнтів на наявність клінічно значущої тривоги, встановлення клініко-психопатологічних особливостей тривожного синдрому, застосування та оцінку ефективності запропонованої програми медичної корекції тривожного розладу.

Психічний стан пацієнтів оцінювався шляхом аналізу скарг пацієнтів, їх анамнестичних даних, вивчення симптомів, синдромів, їх психопатологічної інтерпретації. З метою стандартизованої оцінки клінічних проявів тривожного розладу і ступеня його вираженості використовували Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS) [13], що складається з 14 тверджень, які відображають градації вираженості ознаки та кодуються за наростанням важливості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимум). За результатами шкалування показник у межах 0–7 балів ми вважали за норму, 8–10 — субклінічну виражену тривогу/депресію, при значенні 11 балів і більше — клінічно виражену тривогу/депресію.

Інтегральна оцінка стану пацієнта здійснювалася шляхом вивчення показників якості його життя за методикою J. E. Mezzich et al. [14], яка містить 10 шкал: 1) фізичне благополуччя (енергійність, відсутність болю та фізичних проблем); 2) психологічне/емоційне благополуччя (гарне самопочуття, згода із самим собою); 3) самообслуговування та незалежність у діях (виконання повсякденних життєвих завдань, прийняття власних рішень); 4) працездатність (можливість виконувати робочі, навчальні та домашні обов'язки); 5) міжособистісна взаємодія (можливість встановлювати та підтримувати добрі стосунки в сім'ї, з друзями та в колективі); 6) соціоемоційна підтримка (наявність людей, яким обстежений довіряє і які

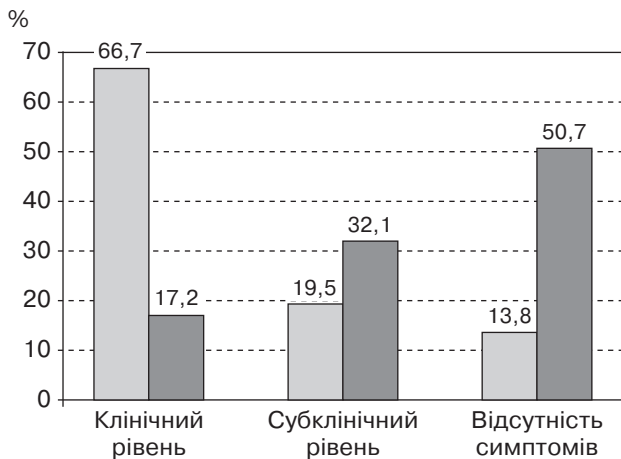
можуть надати йому допомогу та емоційну підтримку); 7) суспільна службова підтримка (приятні та безпечні сусіди, доступ до фінансових, інформаційних та інших ресурсів); 8) самореалізація (відчуття власної рівноваги, гармонійності та гідності, отримання задоволення від сексу, мистецтва тощо); 9) духовна реалізація (віра, релігійність); 10) загальна оцінка якості життя (ступінь задоволеності життям у цілому).

Статистичний аналіз виконано за допомогою стандартного пакету Excel для Microsoft.

За результатами проведеного дослідження було виявлено, що у 12 (13,8%) пацієнтів були відсутні симптоми тривоги та депресії. В 17 (19,5%) випадках діагностовано субклінічний рівень тривоги, у 58 (66,7%) — клінічно значущі симптоми. Саме в останніх пацієнтів із ознаками тривожного стану було проведено детальне вивчення структури тривоги та встановлено його тривожно-депресивний (35 пацієнтів) і тривожно-обсесивний (23 пацієнти) варіанти.

Тривожно-депресивний афект визначався пацієнтами як негативна емоція, спрямована в майбутнє, з відчуттям невизначеної загрози, внутрішнього неспокою. Особливістю цього варіанту є те, що при ньому визначається полімодальність провідного афекту з присутністю разом із тривогою проявів туги. Спрямованість переживань була орієнтована в майбутнє. У більшості випадків характерними були напливи тривожних уявлень про можливі майбутні неприємності, такі переживання поширювалися на найближчих родичів. На фоні тривожних побоювань формувалися ідеї малоцінності зі зниженням самооцінки. Хворі скаржилися на нездатність протистояти очікуваним труднощам і проблемам, відзначали свою фізичну та інтелектуальну неспроможність. На тлі посилення ідеаторних переживань відбувалося наростання почуття безвиході та безперспективності з появою суїцидальних думок.

Надмірна стурбованість станом свого здоров'я при тривожно-обсесивному варіанті поєднувалася з пригніченим настроєм, на фоні чого пацієнти відзначали різноманітні неприємні, болісні й тяжкі відчуття: стягування, печіння, тиск, переливання, перекидання й інші з локалізацією в ділянці грудини. Специфічним симптомом була ініціальна інсомнія, причинами безсоння у вечірній час ставали явища своєрідної візуалізації уявлень (калейдоскоп думок), які перш за все стосувалися побоювань за своє здоров'я. У частини хворих сон був порушений в середній фазі, розлади сну характеризувалися тривожно-жахливими сновидіннями. Всі хворі цієї підгрупи страждали від раннього пробудження, нав'язливих думок та страхів у передранковий час. Пацієнтів



Динаміка тривожної симптоматики у процесі лікування у пацієнтів кардіологічного профілю за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS):
 □ — до лікування; ■ — після лікування

характеризували відсутність зацікавленості подіями у власному житті, інтересу в соціальних інтеракціях. Деяке позбавлення, емоційний підйом, намагання бути зрозумілим виявлялися лише у ході розпитування про стан їхнього здоров'я.

Оцінка якості життя у пацієнтів кардіологічного профілю з тривожними розладами свідчила, що найнижчими показниками відзначалися шкали, які відображають психологічне благополуччя (в середньому 3,34 бала). Достатньо низькими виявилися показники шкал «Особистісна реалізація» — 3,62 бала, «Фізичне благополуччя» — 3,43 бала, «Працездатність» — 3,88 бала, «Суспільна і службова підтримка» — 4,26 бала, «Духовна реалізація» — 4,92 бала. Загалом у хворих із кардіологічними захворюваннями до початку лікування були виявлені низькі показники загального сприйняття якості життя — 3,52 бала.

Стратегія комплексної медичної допомоги пацієнтам кардіологічного профілю базувалася на поєднанні медикаментозних та психотерапевтичних втручань і була спрямована на максимальне відновлення здоров'я, працездатності, особистісного і соціального статусу пацієнтів, досягнення матеріальної та соціальної незалежності, інтеграції та реінтеграції в звичайні умови життя.

Як базове лікування застосовувалися такі препарати: біспролол — 2,5–5,0 мг 1 раз на добу, ацетилсаліцилова кислота — 75 мг 1 раз на добу на ніч, ізосорбїду динітрат — 20 мг 2 рази на добу, раміприл — 10 мг на добу, аторвастатин — 10 мг на добу ввечері, за потребою — сублінгвальний нітрогліцерин.

Як медикаментозна корекція тривожних проявів нами застосовувався пароксетин у добовій дозі 20 мг. Психотерапевтична складова в лікуванні тривожних розладів у пацієнтів кардіологічного

Динаміка показників якості життя пацієнтів кардіологічного профілю в процесі лікування

Шкали	До лікування	Після лікування
Фізичне благополуччя	3,43±0,78	6,42±1,15*
Психологічне/емоційне благополуччя	3,34±0,16	6,73±1,17*
Самообслуговування та незалежність у діях	5,28±1,08	7,29±1,35
Працездатність	3,88±0,74	4,95±1,31*
Міжособистісна взаємодія	4,61±0,63	6,76±1,24
Соціоемоційна підтримка	4,82±1,43	6,72±1,16
Суспільна службова підтримка	4,26±0,73	6,11±1,08*
Самореалізація	4,12±1,03	6,34±1,14*
Духовна реалізація	4,92±1,17	6,28±1,22*
Загальна оцінка якості життя	3,52±0,43	6,37±1,42*

* $p < 0,05$ порівняно із показниками до лікування.

профілю тривала 6 тижнів. Із 10 сесій 3 були психоосвітніми, решта — короткотерміновою фокусованою терапією. В ході психотерапевтичної корекції не опрацьовувалися тривалі психологічні проблеми. Психотерапевтичні сесії були спрямовані на опрацювання копінг-стратегій, ідентифікацію відчуттів та пошук виходу з негативних переживань. Найефективнішими для поліпшення стану пацієнтів на перших етапах виявилися ранні когнітивні стратегії, зокрема техніка відволікання, тоді як на пізніших етапах терапії добре зарекомендувала себе техніка роботи з негативними автоматичними думками та проведення поведінкових експериментів.

Повторне обстеження вибірки хворих із кардіологічними захворюваннями було проведене на 6-му тижні після проведеної комплексної корекції тривожних розладів. Результати засвідчили таке: поліпшення психосоматичного стану відзначали всі пацієнти. Із 58 хворих клінічно значущий рівень тривоги визначався у 15 (17,2%) осіб, субклінічний — у 11 (12,6%), відсутність тривожної симптоматики демонстрували 32 (36,8%) пацієнти. Таким чином, за клінічними параметрами встановлено суттєве поліпшення стану пацієнтів кардіологічного профілю. Динаміку тривожних симптомів у загальній вибірці хворих за даними Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) відображено на рисунку.

Динаміку показників якості життя обстежених пацієнтів проілюстровано в таблиці.

Таким чином, підсумовуючи отримані результати, слід констатувати необхідність проведення скринінгового психодіагностичного обстеження

щодо наявності тривожних розладів у пацієнтів кардіологічного профілю. У разі виявлення клінічно значущої тривожної симптоматики слід застосовувати комплексну корекцію, яка полягає у призначенні хворим антидепресантів з анксиолітичним ефектом (пароксетин) на фоні короткотермінової фокусованої психотерапевтичної допомоги. У складі психотерапевтичних сесій обов'язковими є психоосвітні заняття. Такий комплексний підхід до лікування тривожних розладів у хворих із кардіологічною патологією засвідчив достовірне зниження рівня тривоги та суттєве поліпшення якості життя обстеженого контингенту хворих.

Список літератури

1. Маркова М. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова // Неврология и психиатрия.— 2008.— № 243.— С. 71–74.
2. Марута Н. А. Особенности диагностики и терапии тревожных расстройств невротического и органического генеза / Н. А. Марута, Т. В. Панько // Укр. вісн. психоневрології.— 2013.— Т. 21, вип. 1 (74).— С. 75–82.
3. Ho A. K. Association of anxiety and depression with hypertension control: a US multidisciplinary group practice observational study / A. K. Ho, C. T. Thorpe, N. Pandhi // J. Hypertens.— 2015.— Vol. 7.— P. 418–427.
4. Дзеружинская Н. А. Тревожные расстройства у пожилых пациентов кардиологического стационара / Н. А. Дзеружинская // Проблемы старения и долголетия.— 2003.— Т. 12, № 1.— С. 71–78.
5. Проблема психосоматичних співвідношень у хворих на ішемічну хворобу серця / О. С. Юрценюк, Н. С. Карвацька, С. Д. Савка [та ін.] // Здобутки клінічної і експериментальної медицини.— 2016.— № 4.— С. 133–135.
6. Chauvet-Gelinier J. C. Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation / J. C. Chauvet-Gelinier, B. Bonin // Annals of Physical and Rehabilitation Medicine.— 2017.— Vol. 60 (1).— P. 6–12.
7. Напреєнко О. К. Нециркулярні депресії: монографія / О. К. Напреєнко, К. М. Логановський, О. Г. Сиропятов; за ред. О. К. Напреєнка.— К.: Софія-А, 2013.— 624 с.
8. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis / A. M. Roest, E. J. Martens, P. de Jonge, J. Denollet // J. Am. Coll. Cardiol.— 2010.— Vol. 29, № 1.— P. 38–46.
9. Сапатий А. Л. Оцінка якості життя хворих на гострий інфаркт міокарда, що розвинувся і перебігав на фоні артеріальної гіпертензії та хронічної серцевої недостатності / А. Л. Сапатий // Галицький лікарський вісн.— 2013.— Т. 20, № 2.— С. 102–105.
10. Федченко В. Ю. Комплексна психотерапевтична корекція невротичних розладів з симптомами тривоги / В. Ю. Федченко // Укр. вісн. психоневрології.— 2015.— Т. 23, вип. 4.— С. 90–96.
11. Корж А. Н. Рациональная фармакотерапия больных с ишемической болезнью сердца в сочетании с тревожными расстройствами / А. Н. Корж, С. В. Краснокутский, О. Ф. Майорода // Врачебное дело.— 2012.— № 8.— С. 101–107.
12. Клименко В. І. Ефективність психотерапії в системі медичної допомоги кардіологічним хворим / В. І. Клименко // Архів клінічної медицини.— 2008.— № 1.— С. 79–82.
13. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ.; под ред. Д. Я. Райгородского.— Самара: Бахрах-М, 2001.— 672 с.
14. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак [и др.]— Харьков: АРСИС, 2004.— 239 с.

СТРУКТУРА, СЕМИОТИКА И КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Л. В. РАХМАН, Р. И. БИЛОБРЫВКА

Изучены распространенность, структура и клинико-психопатологическая характеристика тревожных расстройств у больных с кардиологической патологией. Установлено, что тревожная симптоматика полимодальная, соединенная с депрессивными и обсессивными проявлениями. Предложена, внедрена и доказана эффективность комплексной системы медицинской коррекции тревоги у кардиологических пациентов, состоящая из медикаментозного и психотерапевтического вмешательства. В ходе проведенного лечения пациенты демонстрировали положительную динамику редукции тревожной симптоматики и улучшение показателей качества жизни.

Ключевые слова: тревога, кардиологическая патология, комплексная терапия.

STRUCTURE, SEMIOTICS AND COMPLEX THERAPY OF ANXIETY IN CARDIOLOGICAL PATIENTS

L. V. RAKHMAN, R. I. BILOBRYVKA

The prevalence, structure and clinical psychopathological characteristic of anxiety disorders were investigated in patients with cardiological diseases. It was established that anxiety signs are poly-

modal, coupled with depressive and obsessive manifestations. Complex medical correction of anxiety in cardiological patients consisting of medical and psychotherapeutic interventions was suggested and implemented, its effectiveness was proven. During the treatment the patients showed positive dynamics regarding the anxiety reduction and improved quality of life.

Key words: anxiety, cardiological pathology, complex therapy.

Надійшла 30.04.2017