

Медико-психологічні аспекти в практиці кардіолога і терапевта

31 березня в м. Києві відбулася науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання кардіології в клініці внутрішньої медицини», організована за сприяння фармацевтичної компанії «Ріхтер Гедеон». Крім провідних українських фахівців, у заході взяли участь відомий учений, професор F. Csaba (м. Будапешт, Угорщина), який входить до складу робочої групи з артеріальної гіпертензії Європейського товариства кардіологів, та академік А.І. Мартинов (м. Москва, Росія).

Оскільки існує досить тісний зв'язок між емоційним станом людини та ризиком розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ), без розуміння психологічних проблем пацієнта інколи неможливо провести адекватне лікування. Тому доповідь **завідувача відділу граничних станів і соматоформних розладів Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, доктора медичних наук, професора Олега Созонтовича Чабана**, присвячена медико-психологічним проблемам пацієнтів із кардіальною патологією, викликала неабияке зацікавлення в учасників конференції.

— Незважаючи на наявність сучасних препаратів та постійне вдосконалення клінічних рекомендацій, лікування багатьох хронічних захворювань, зокрема артеріальної гіпертензії (АГ), досі залишається недостатньо ефективним у значній кількості пацієнтів. Однією з причин цього явища може бути те, що дії лікаря часто спрямовані лише на усунення окремого симптому, наприклад на зниження артеріального тиску (АТ). Такий підхід без урахування психологічного стану пацієнта не дозволяє досягти контролю над захворюванням; пацієнт продовжує почувати себе хворим, оскільки основна причина його поганого самопочуття полягає в іншому. У подібних ситуаціях хворі змушені звертатися до інших фахівців.

Академік РАМН Є.І. Чазов, який свою лікарську діяльність присвятив вивченню проблем серцево-судинної патології на біологічному рівні, 24 жовтня 2005 р. цілком несподівано, як на той час, заявив, що в Росії основними причинами зростання смертності від ССЗ (за останні 15 років цей показник збільшився на 30%) є психосоціальні проблеми, у тому числі й тривожно-депресивні розлади. Учений зробив такий висновок: «Потрібно боротися за те, щоб у країні було більше хорошого настрою». Чому вчений, який не є психіатром чи клінічним психологом, раптом починає говорити про емоції пацієнта?

Останнім часом у світовій медичній літературі все частіше почали з'являтися роботи, автори яких розглядають психічну складову патології, що безпосередньо пов'язана із ССЗ, і проводять аналіз кардіологічних аспектів психосоматичних взаємовідносин. Цій проблемі було присвячено чимало цікавих досліджень, про результати яких хотілося б коротко розповісти.

Згідно з даними R. Scharma, H.R. Markar (1990), рівень смертності від ССЗ у пацієнтів з афективними порушеннями у 1,5 раза вищий від середнього в популяції. Смертність протягом року після інфаркту міокарда у випадку долучення депресії підвищується у 2,5 раза (Cagney et al., 1987). Вражають результати роботи американського психолога Джеймса Блументаля (2008) з вивчення корелятивів між летальним наслідком і психологічним настроєм пацієнтів до операції (оцінку проводили за 6 міс та за 1 день до операції), які перебували в кардіохірургічному відділенні шпиталю Університету Північної Кароліни (США). З'ясувалося, що за наявності у пацієнта середньої або важкої депресії

напередодні оперативного втручання ризик смерті в найближчий період після операції зростає більш ніж на 100%. Саме тому сьогодні в багатьох розвинутих країнах пацієнтам із депресією не проводять планові хірургічні втручання.

Існує досить багато цікавих психологічних або психосоматичних аспектів в кардіології та в житті людини взагалі. Наприклад, у 50% пацієнтів із ССЗ в ході обстеження не виявляють вираженого атеросклерозу та несприятливих факторів у анамнезі (куріння, підвищення АТ, цукровий діабет, адинамію). У 50% випадків прогностичним фактором розвитку серцево-судинної патології є не біологічні фактори, а втома, тривога, депресія, загальне нелокалізоване недомагання, хронічне подразнення (P. van Diest, 2004). У таких пацієнтів відсутня мотивація жити. Навіть у випадку правильно встановленого діагнозу і адекватної медикаментозної терапії ризик смерті у таких хворих залишається високим.

У Нідерландах було проведено дослідження EHS-CR з участю 3786 пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС), у яких додатково визначали самооцінку здоров'я та якість життя за шкалою EQ-5D у день виписки із стаціонару. Загалом 10-річна смертність становила 3,2%. У пацієнтів, які вижили, відмічалися достовірне покращення якості життя за всіма параметрами EQ-5D, вища самооцінка здоров'я за візуально-аналоговою шкалою (EQ-VAS): 69 проти 57 балів у осіб, які померли протягом 10 років спостереження. У цілому ризик смерті від ІХС у пацієнтів з низькою самооцінкою збільшувався в 3 рази.

Психологи виділяють певні типи особистості, що визначають схильність до ССЗ. Так, особи з високим АТ за зовнішньої дружелюбності і стриманості насправді надмірно контролюють агресію. Особи, які несуть тягар великої відповідальності і яких переслідують настирливі думки та докори сумління (медики, юристи, адміністратори), схильні до коронарного тромбозу та стенокардії.

Ризик ССЗ також пов'язаний з оточенням та соціальною роллю особистості. У японців існує переконання, яке вони називають «атайо». Його суть полягає в тому, що добробут окремої особистості залежить від взаємної підтримки та доброзичливих відносин у групі. Виявляється, що участь в групі та підтримання основних цінностей останньої захищають людину від захворювань, при цьому інші параметри (вік, стать, соціальне становище) мало впливають на цей ефект.

Шведські вчені встановили, що в чоловіків, які приховують своє незадоволення з приводу поганого ставлення до них керівництва чи колег по роботі, ризик серцевого нападу і навіть смерті від ССЗ підвищується. На думку дослідників, представники сильної статі, які відкрито дають вихід гніву та сперечаються з начальством і колегами, тим самим значно знижують ризик виникнення різних захворювань. Натомість кількість серцевих нападів унаслідок конфліктів на роботі в жінок була настільки низькою, що не дозволила зробити жодних висновків.

У Великій Британії було проведено досить цікаве 17-річне дослідження з вивчення взаємозв'язку між функціональністю та показниками здоров'я. У ньому взяли участь 10 тис. працівників державної служби, середній вік яких на початок дослідження становив 44 роки. Вивчали соціальний статус, рівень освіти, життєві звички, рівень щоденного стресу. За 17 років у 13% чоловіків та у 17% жінок виявили серйозні захворювання за збереженням доброго розумового і фізичного функціонування. Ці стани асоціювалися з певною соціально-економічною позицією, стилем життя та рівнем стресового напруження. Вища якість життя серйозно хворих осіб відтермінувала інвалідизацію та зменшувала вираженість проявів хвороби. Для чоловіків був підтверджений позитивний вплив роботи в колективі, для жінок — помірне вживання алкоголю (A. Britton et al., 2008).

Загальновідомим є зв'язок між індексом маси тіла та ризиком ССЗ. Але насправді більше прогностичне значення має не індекс, а форма тіла. Доведено, що збільшення об'єму талії на кілька дюймів збільшує ризик виникнення ССЗ навіть у тому випадку, коли маса тіла залишається в межах норми. У людей з високим значенням співвідношення талія-стегна (waist-to-hip ratios, WHR) ризик атеросклеротичних відкладень удвічі вищий порівняно з особами, які мають низький індекс WHR. У останніх низький ризик ССЗ практично не зростає навіть за наявності надлишкової маси тіла. Показник WHR є більш важливим прогностичним фактором розвитку ССЗ, ніж підвищений АТ, діабет чи похилий вік (Journal of the American College of Cardiology, 2008). Іншими словами, якщо людина здається собі привабливою, то збільшення маси тіла вже не є серйозним фактором ризику. Отже, емоційний фактор є більш важливим, ніж глобальні фізичні чинники.

З'являється все більше фактів, що свідчать про більшу важливість соціологічних факторів, ніж біологічних. У 2010 р. були опубліковані результати досить тривалого дослідження, що розпочалося 1963 року. У дослідженні, до якого входили чоловіки 1913 року народження, проводили аналіз впливу біологічних (включаючи спадковість) та соціальних факторів на тривалість життя. З'ясувалося, що соціально-психологічні фактори більш важливі, ніж біологічні. До сприятливих факторів дослідники віднесли помірне вживання сухого вина, високу фізичну активність, наявність власного будинку до досягнення 50 років.

Суттєвим фактором ризику ССЗ є тривога. Якщо у людини був хоча б один напад генералізованого тривожного розладу та/або панічного розладу, ймовірність виникнення захворювання серцево-судинної системи (включаючи ІХС) зростає в 5,9 раза, АГ — в 1,7 раза. Існують певні ознаки наявності тривоги у пацієнта: акцент на соматовегетативній сфері; розширений діапазон проявів, дифузність; коморбідність; значна поширеність без точної діагностики; утруднення класифікації захворювання. Лікар часто сприймає зазначені прояви як фізіологічну реакцію пацієнта на захворювання, окремо не виділяючи компонент тривоги. Невизначеність і множинність скарг хворого може викликати нерозуміння та негативізм з боку лікаря.

У хворих з кардіальною патологією нерідко має місце алекситимія (невміння висловити свої емоції), що зустрічається в 31-49% випадків ІХС. Алекситимія є фактором високого ризику гіперхолестеринемії, надлишкової ваги, цукрового діабету, АГ, зловживання алкоголем. Кардіологічного



О.С. Чабан

хворого з алекситимією характеризують багатослівність під час описування своїх проблем; підміна мети здоров'я; складність із чітким формулюванням своїх відчуттів; спосіб життя — дія, а не емоції; поверхневі емоційні контакти з оточенням; бідні фантазії, сновидіння та асоціації; ускладнення вербалізації своїх глибоких та особистих переживань; бідність міміки, обмеженість пантоміми, жестів; дисоціація між жестами, мімікою та словами. Спілкування з лікарем у таких пацієнтів, як правило, обмежується обговоренням результатів аналізів та досліджень. Без сумніву, перераховані стани потребують психологічної корекції.

Пристаючи до лікування кардіологічного пацієнта, лікар намагається забезпечити в першу чергу якісне функціонування пацієнта (з хворобою чи без неї). Якщо ж захворювання вилікувати неможливо, необхідно намагатися покращити якість життя хворого. Коли ми говоримо про поняття здоров'я в кардіології, маємо на увазі не тільки фізично, але й психічно та психологічно здорову особистість.

У свою чергу психологічне здоров'я означає:

- бути орієнтованим на реальність;
- реально сприймати себе та оточуючих;
- реально сприймати себе зі своїм характером та ставленням до хвороби;
- бути спонтанним та не гратися в ролі;
- бути автономним, незалежним і вільним;
- мати духовні орієнтири (психологічні та релігійні аспекти);
- ідентифікувати себе з людством;
- бути готовим до емоційної близькості з людьми (емпатія);
- мати почуття гумору;
- бути креативним;
- проявляти низьку конформність;
- будучи онтогенетичним егоїстом, у колективі виявляти альтруїзм.

Важливим компонентом лікування пацієнтів із серцево-судинною патологією, окрім корекції психоемоційного стану, є нормалізація когнітивних функцій. Ефективним у профілактиці та лікуванні мнестичних розладів є оригінальний препарат Кавінтон (Ріхтер Гедеон), більш відомий лікарям-інтерністам як цереброваскулярний засіб. Зокрема, 3 клінічні випробування, проведені у Великій Британії за участю здорових добровольців, продемонстрували, що Кавінтон покращує пам'ять у осіб молодого та середнього (від 25 до 45 років) віку (D.M. Coleston et al., 1988). Але, як на мене, ще більш цікавими були висновки в дослідженні L. Vlaha і співавт. (1989): призначення препарату Кавінтон Форте (30 мг на добу) супроводжувалося достовірним підвищенням самооцінки здоров'я та добробуту пацієнтів порівняно з таким плацебо.

Не зменшуючи ролі сучасної медикаментозної терапії, варто ще раз наголосити на необхідності комплексного підходу до профілактики та лікування ССЗ, включаючи вивчення структури особистості хворого, психотерапію та психопрофілактику.

Підготував В'ячеслав Килимчук

