

Е.С. Терновая,
аспирант кафедры психиатрии и психосоматики
ИПО Первого МГМУ им И.М. Сеченова

Б.А. Волеь,
д.м.н., профессор кафедры психиатрии
и психосоматики ИПО Первого МГМУ
им И.М. Сеченова

Е.А. Сыркина,
к.м.н., доцент кафедры профилактической
и неотложной кардиологии ИПО Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

И.Б. Ардзинба,
аспирант кафедры профилактической
и неотложной кардиологии ИПО Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

E.S. Ternovaya,
post-graduate student of the chair of psychiatry
and psychosomatics of the Institute of professional
education of the I.M. Sechenov First MSMU

B.A. Volel,
MD, prof. of the chair of psychiatry and psychosomatics
of the Institute of professional education
of the I.M. Sechenov First MSMU

E.A. Syrkina,
PhD, assistant prof. of the chair of preventive
and emergency cardiology of the Institute of professional
education of the I.M. Sechenov First MSMU

I.B. Ardzinba,
post-graduate student of the chair of preventive
and emergency cardiology of the Institute of professional
education of the I.M. Sechenov First MSMU

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

(НА МОДЕЛИ КАРДИОПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫХ СИНДРОМОВ)

PERSONALITY DISORDERS AND CARDIOVASCULAR DISEASES

(ON MODEL OF CARDIOPERSONIFIED SYNDROMES)

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Елена Абрамовна Сыркина, доцент кафедры про-
филактической и неотложной кардиологии
Адрес: 119992, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр. 1
Телефон: 8 (499) 248–78–66
E-mail: e_syrkina@mail.ru
Статья поступила в редакцию: 03.04.2014
Статья принята к печати: 21.05.2014

CONTACT INFORMATION:

Elena Abramovna Syrkina, assistant prof. of the chair of preventive
and emergency cardiology
Address: 6–1 B. Pirogovskaya str., Moscow, 119992
Tel.: 8 (499) 248–78–66
E-mail: e_syrkina@mail.ru
The article received: 03.04.2014
The article approved for publication: 21.05.2014

Аннотация. В основу рабочей гипотезы положено представление о расстройстве личности и сердечно-сосудистых заболеваниях (с учетом течения и приверженности к терапии) как об изначально независимых рядоположенных дименсиях (в противоположность мнению о расстройстве личности как факторе предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям), взаимодействие которых формируется на всем пространстве кардиоваскулярной патологии. **Цель исследования:** изучение взаимодействия личностных аномалий (соматоперцептивные акцентуации) с сердечно-сосудистыми заболеваниями с учетом динамики кардиоваскулярной патологии. **Материалы и методы:** кардиологическое (с использованием стандартных методик и критериев оценки динамики сердечно-сосудистой патологии), неврологическое, психопатологическое обследование пациентов с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией. **Результаты:** Выделено 3 кардиоперсонифицированных синдрома, формирующихся при взаимодействии соматической патологии и расстройства личности: сердечно-сосудистые заболевания с благоприятным, конгруэнтным соматоперцептивной акцентуации (соматотония/невропатия) расстройства личности течением; сердечно-сосудистые заболевания с неблагоприятным, провоцированным соматоперцептивным расстройством личности (соматодисгнозия с отчуждением образа тела) течением; сердечно-сосудистые заболевания с неблагоприятным, коморбидным невропатической акцентуации, расстройства личности течением. **Выводы:** при благоприятном течении сердечно-сосудистого заболевания в условиях конгруэнтной соматоперцептивной акцентуации — расстройство личности способствует улучшению прогноза заболевания (профилактика осложнений, высокая приверженность терапии). При неблагоприятном течении сердечно-сосудистого заболевания в условиях соматодисгнозии с отчуждением образа тела/невропатии — расстройство личности ассоциируется с ухудшением прогноза кардиоваскулярной патологии (развитие осложнений, низкая приверженность терапии).

Annotation. The present study is based on a working assumption that personality disorders (somatoperceptive accentuation) and cardiovascular diseases (coronary heart disease, arterial hypertension) are initially independent dimensions and interact throughout the cardiac pathology (as opposed to the opinion that personality disorder is a predisposition factor for cardiovascular diseases). *Objective:* to study the interaction of different types of personality disorders (somatoperceptive accentuation) with cardiovascular diseases (on the model of arterial hypertension and coronary heart disease), taking into account the course of heart disease and therapy adherence. *Methods:* patients with arterial hypertension and coronary heart disease from the department of cardiology underwent cardiological examination using standart techniques, clinical interview with psychiatrist. Criteria for assessing prognosis of cardiovascular disease were developed. *Results:* 3 specific psychosomatic\cardiopersonified syndromes, formed by interaction of personality disorders and somatic illness, were obtained: the first — with a favorable course of cardiovascular disease, congruent somatoperceptive accentuation (somatotony/neuropathy) of personality disorder; second — with adverse course of cardiovascular disease, provoked by somatoperceive personality disorder (body image aloof); third — with unfavorable course of cardiovascular disease, comorbid neuropathic accentuation of personality disorder.

Conclusion: favorable course of cardiovascular disease in condition of congruent somatoperceptive accentuation: personality disorder helps to improve the prognosis of the disease (prevention of complications, high therapy adherence). Unfavorable course in condition of body image aloof\neuropathy: personality disorder is associated with worsening of the prognosis (complications, low therapy adherence).

Ключевые слова. Соматоперцептивные акцентуации, кардиоперсонифицированный синдром, артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, приверженность терапии.

Keywords. Arterial hypertension, coronary heart disease, adherence to cardiovascular medication, personality disorder, cardiopersonified syndrome.

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении многих лет расстройство личности (РЛ) рассматривалось как пусковой фактор развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В результате проведения масштабных исследований, посвященных поиску особых характерологических черт больных с ССЗ, выделены специфические типы личности: «коронарная» (нетерпеливость, агрессивность к окружающим, враждебность), «гипертоническая» (гневливость, чувство вины за собственные враждебные импульсы, повышенная потребность в одобрении со стороны окружающих) [Dunbar F., 1947], тип А (амбициозность, ответственность, внутреннее напряжение, конкурентность, стремление любой ценой достичь цели [Friedman M., Rosenman R.H., 1974]) и тип Д («негативная возбудимость» — тенденция испытывать отрицательные эмоции [Denollet J., 1998]).

На современном уровне знаний достоверность сформулированных Н.Ф.Дунбар, М. Фридман, Р. Розенман и Ж. Деноллет гипотез получила подтверждение лишь на частных выборках больных [Beutel M.E. et al., 2012; Sirri L. et al., 2012], а оценка коморбидных связей РЛ и ССЗ происходит, как правило, без учета параметров сердечно-сосудистой патологии (тяжесть, закономерности течения, осложнения) и приверженности пациентов терапии.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В аспекте существующей дискусионности во круг роли РЛ в динамике ССЗ оправдан поиск альтернативных путей взаимодействия (противоположных воззрению о наличии прямой зависимости между факторами РЛ и кардиоваскулярной патологии). В основу рабочей гипотезы положено пред-

ставление о личности и сердечно-сосудистой патологии как об изначально независимых дименсиях, взаимодействие которых формируется не только в дебюте, но и на всем пространстве заболевания. В качестве составляющих, соучаствующих в процессе коморбидных соотношений, учитываются не только РЛ (соматоперцептивные акцентуации)¹, но и особенности динамики ССЗ (благоприятное / неблагоприятное течение), приверженность пациентов к кардиотропной терапии.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение роли соматоперцептивных акцентуаций в динамике сердечно-сосудистой патологии (артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца).

Задачи исследования:

определение соматоперцептивных акцентуаций, соучаствующих в коморбидных связях с ССЗ;

¹ Для анализа РЛ в настоящем исследовании избрана группа аномалий соматопсихической сферы — соматоперцептивные психопатии\акцентуации [Lemke R., 1951], наиболее полно отражающие свойства личности, ответственные за уязвимость к воздействию соматической болезни. В ряду соматоперцептивных акцентуаций выделено 3 основных типа:

- соматопатия / невропатия [В. Morel, 1860]: вегетативная лабильность, сенсбилизация к инфекционным агентам; «псевдоаллергические» реакции, немотивированный субфебрилитет, метеочувствительность и пр;

- соматотония [W. Sheldon. 1940]: ощущение повышенного телесного тонуса, сочетающееся с потребностью в регулярной физической активности — «культ тела» (занятия спортом, толерантность к нагрузкам, выносливость);

- соматодистония с отчуждением образа тела [Cash T., Smolak L., 2012]: безразличие к проявлениям телесной сферы, незаинтересованность в поддержании физической формы (нерегулярное питание, отсутствие режима сна и отдыха), высокая толерантность / нечувствительность к болевым стимулам.

выделение кардиоперсонифицированных (психосоматических)² синдромов, формирующихся в процессе перекрытия соматоперцептивных акцентуаций и симптомокомплексов ССЗ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнено при совместном участии сотрудников кафедры психиатрии и психосоматики (зав. кафедрой — академик РАН А.Б. Смулевич) и кафедры неотложной и профилактической кардиологии (зав. кафедрой — проф. А.Л. Сыркин) Института профессионального образования (директор — профессор Е.В. Ших) Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (ректор — чл.-корр. РАН, профессор П.В. Глыбочко), а также доцента кафедры нервных болезней лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Вахниной Н.В. (зав. кафедрой — профессор Парфенов В.А.).

Набор материала проводился на базе клиники кардиологии (директор — проф. А.Л. Сыркин) Университетской клинической больницы № 1 (гл. врач — к.м.н. Бабенко О.В.) Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Исследование проводилось клиническим и инструментальным методом. Каждый пациент подвергался психопатологическому, неврологическому (МРТ головного мозга и др.) и соматическому обследованию с анализом субъективных и объективных анамнестических данных.

Кардиологическое обследование включало проведение ЭКГ в 12 стандартных отведениях, суточное мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование АД, ЭхоКГ, стресс-тесты (тредмил-тест / стресс ЭхоКГ, скintiграфия миокарда с нагрузкой), коронароангиографию, спироэргометрию. Лабораторное обследование выполнялось по стандартным методикам в условиях клинко-диагностической лаборатории при стационаре.

Критерии включения:

длительность течения ССЗ не менее 3-х лет (достаточный временной интервал для оценки характера течения ИБС и АГ, а также приверженности к кардиотропной терапии);

для больных ИБС: подтвержденный диагноз ИБС: I25.2 — перенесенный в прошлом ИМ; I25.1 — атеросклеротическая болезнь сердца (достоверно значимый коронарный атеросклероз, подтвержденный результатами коронароангиографии);

² Психосоматический синдром — симптомокомплекс, при котором взаимодействие личностных, психологических и психопатологических нарушений с проявлениями соматической патологии оказывает существенную роль в особенностях формирования и динамики телесного недуга [Kellner R., 1994].

для больных АГ: подтвержденный диагноз АГ (I10-I14 по МКБ-10): артериальная гипертония I—III стадии с исключенным вторичным характером заболевания (эндокринная, почечная, вазоренальная гипертония, коарктация аорты, беременность, неврологические заболевания и нарушения).

Сформулированы также основные критерии оценки динамики заболевания [Сыркин А.Л., Сыркина Е.А., 2011, цит. по: Сыркина Е.А., Горбунова А.А., 2013]: неблагоприятное течение ИБС валидизировалось при обнаружении у пациента одной из двух конечных точек — хроническая сердечная недостаточность III—IV функционального класса и стенокардия III—IV функционального класса при невозможности реваскуляризации миокарда; неблагоприятное течение гипертонии соответствовало признакам II—III стадии АГ. Дополнительным критерием оценки течения ССЗ являлось определение комплаентности пациентов: при АГ — постоянный прием гипотензивной терапии [Claxton A.J. et al., 2012]; при ИБС — прием кардиотропной терапии и соблюдение режима тренировочных нагрузок [Choudhry N.K. et al., 2011].

Критерии исключения для группы больных ИБС: неконтролируемая артериальная гипертония, гемодинамически значимые пороки сердца, декомпенсированное легочное сердце.

Критерии исключения для группы больных АГ: сахарный диабет, стенокардия III—IV функционального класса, хроническая сердечная недостаточность III—IV функционального класса.

Критерии исключения по психическому состоянию: шизофрения (F20.0), хронические бредовые расстройства (F22); острые психотические расстройства (F23); шизоаффективные расстройства (F25); биполярное аффективное расстройство (F31.0); органические психические расстройства (F00).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Итоговая выборка составила 100 наблюдений (51 пациент с ИБС — 24 женщ., 27 мужч., ср. возраст $69,4 \pm 6,5$ лет; 49 пациентов с АГ — 27 женщ., 22 мужч., ср. возраст $62,2 \pm 8,6$ лет). Представленное гендерное распределение (1:1) соотносится с популяционными характеристиками пациентов АГ и ИБС [Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., 2012]. Преобладание в выборке пациентов возрастной категории 60—79 лет (68 набл., 68%) также соответствует эпидемиологическим показателям больных ИБС и АГ.

Превалирующими в общей выборке являются неработающие лица (63 набл. — 63%), что соответствует преобладанию в изученной когорте больных пожилого возраста. При этом обращает на себя внимание тот факт, что если в группе ИБС пода-

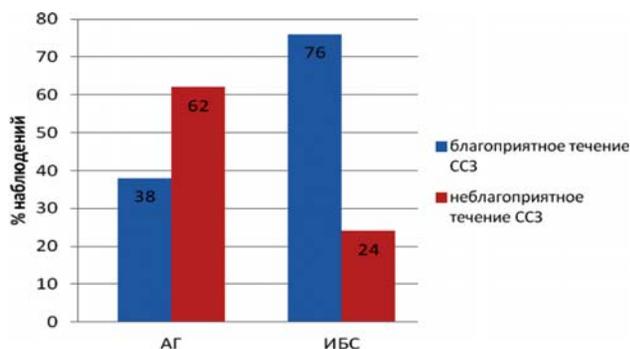


Рис. 1. Распределение больных по типам течения ССЗ

вляющее число пациентов (40 набл., 79%) получают пенсию по возрасту или инвалидности, то 53% (26 набл.) больных АГ продолжают работать.

В соответствии с выделенными критериями оценки динамики ССЗ в группе пациентов ИБС преобладают лица с благоприятным течением (79%), в группе АГ — с неблагоприятным течением (55%).

Анализ влияния личностного фактора (соматоперцептивные акцентуации, РЛ) на течение кардиоваскулярной патологии позволяет выделить 3 кардиоперсонифицированных синдрома (рис. 2):

I. ССЗ с благоприятным, конгруэнтным соматоперцептивной акцентуации (соматотония / невропатия) РЛ течением;

II. ССЗ с неблагоприятным, провоцированным соматоперцептивным РЛ (соматодисгнозия с отчуждением образа тела) течением;

III. ССЗ с неблагоприятным, коморбидным невропатической акцентуации РЛ течением.

Несмотря на различия конституционального фактора (соматотония / невропатия) пациенты с благоприятным течением ССЗ сформировали единую группу, поскольку взаимодействие обоих факторов в этих случаях оказалось сопоставимым как для категории больных с невропатией, так и с соматотонией.

Обращает на себя внимание тот факт, что если в группе больных ИБС значительно преобладали (76%) лица с первым синдромом, то в группе АГ различия были не столь значительными — в равной степени больные распределились между первым (39%) и вторым (39%) синдромами.

Следует отметить, что изначально все пациенты были сопоставимы по набору факторов риска, возрасту дебюта и тяжести симптомов сердечно-сосудистого заболевания, что позволило проследить влияние личностных расстройств на динамику соматической патологии. При этом осложнения сердечно-сосудистых заболеваний (гипертрофия левого желудочка (ЛЖ), дилатация левого предсердия (ЛП), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), хроническая болезнь почек 3-й степени (ХБП), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) / транзиторная ишемическая атака (ТИА), фибрилляция предсердий (ФП) для АГ; ХСН I–II или III–IV функционального класса, стенокардия III–IV функционального класса, ФП для ИБС) при I синдроме развивались у значительно меньшего количества пациентов или были выражены в незначительной степени (рис. 3, 4).

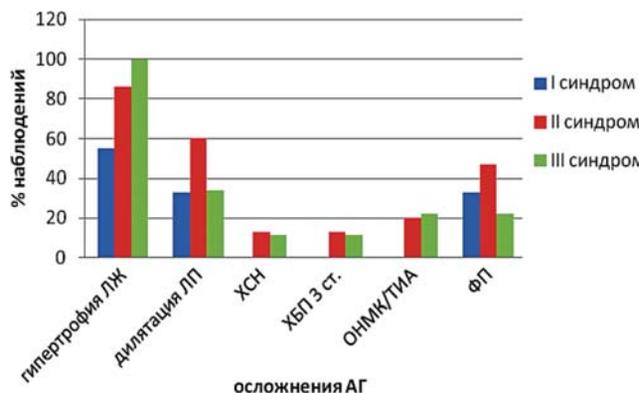


Рис. 3. Осложнения АГ в зависимости от выделенного синдрома



Рис. 2. Распределение больных изученной выборки по выделенным синдромам

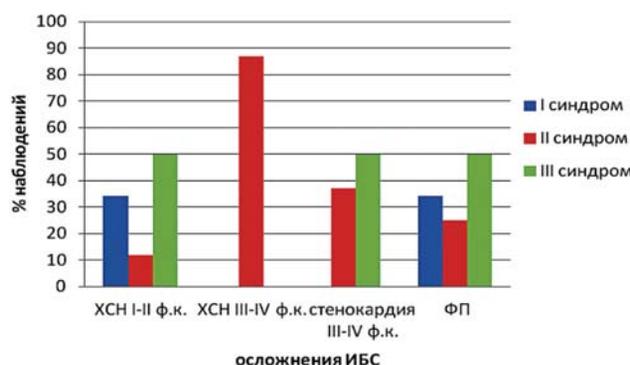


Рис. 4. Осложнения ИБС в зависимости от выделенного синдрома

ССЗ с благоприятным, конгруэнтным сомато-перцептивной акцентуации (соматотония / невропатия) РЛ течением

В выборку было включено 58 пациентов: 39 пациентов с ИБС (16 женщ., 23 мужч., средний возраст $69,4 \pm 6,4$ года) и 19 пациентов с АГ (11 женщ., 8 мужч., средний возраст $57 \pm 6,9$ лет).

Для большинства пациентов, рассматриваемых в рамках первого синдрома, предпочтительной сомато-перцептивной акцентуацией является соматотония (62%)³, проявления которой благоприятным образом сказываются на течении ССЗ.

В рамках данного кардиоперсонифицированного синдрома течение ИБС, несмотря на перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) и/или реваскуляризацию миокарда, носило благоприятный характер. В случае АГ, несмотря на длительный (до 25 лет) стаж заболевания, развития осложнений (ХСН, ХБП, ОНМК/ТИА) не отмечалось ни у одного пациента.

Обладая изначально высоким уровнем тренированности, склонностью к регулярным занятиям спортом, а также отсутствием в большинстве случаев вредных привычек и лишнего веса, пациенты и в случае хронической болезни продолжают придерживаться активного модуса поведения: с помощью нарастающих нагрузок (быстрая ходьба, пробежки, занятия спортом — горные лыжи, подводное плавание) преодолевают проявления кардиоваскулярного заболевания, пытаясь прежде всего восстановить и сохранить высокий уровень социального и психологического функционирования. При данном кардиоперсонифицированном синдроме, несмотря на

³ У меньшей части пациентов (38% набл.), относящихся к обсуждаемому кардиоперсонифицированному синдрому, сомато-перцептивная акцентуация представлена невропатией. Несмотря на противоположный по отношению к соматотонии личностный тип, в целом влияние на течение болезни оказалось аналогичным. Приверженность врачебным рекомендациям, четкое следование режиму физических нагрузок (регулярные аэробные нагрузки без превышения рекомендованных пределов) и диеты обеспечивало стабильность состояния сердечно-сосудистой системы.

превышение в некоторых случаях рекомендованного уровня нагрузок, отрицательной динамики ССЗ не наблюдается. В случае ИБС высокие показатели реабилитации после сердечных катастроф соотносятся и с оздоровительным режимом, включающим общеукрепляющие мероприятия — плавание, гимнастика на свежем воздухе.

При оценке приверженности терапии обращает на себя внимание присущая пациентам рациональная избирательность по отношению к кардиотропным препаратам, направленная на минимизацию количества принимаемых лекарственных средств. В то же время регулярный прием наиболее значимых групп препаратов (статины и бета-блокаторы) позволяет в большинстве случаев предотвращать прогрессирование заболевания и развитие осложнений. В свою очередь, незначительная выраженность клинических симптомов АГ\ИБС и стабильность лабораторно-инструментальных показателей позволяет контролировать болезнь при помощи минимального (из рекомендованного специалистами) объема препаратов.

II. ССЗ с неблагоприятным, провоцированным сомато-перцептивным РЛ (соматодисгнозия с отчуждением образа тела) течением

В когорту больных, относящихся ко второму кардиоперсонифицированному синдрому, вошло 27 пациентов: 8 наблюдений (4 женщ., 4 мужч., ср. возраст $70 \pm 8,2$ года) с ИБС и 19 пациентов с АГ (8 женщ., 11 мужч., ср. возраст $63,1 \pm 8,7$ лет). Преобладающая сомато-перцептивная акцентуация — соматодисгнозия с отчуждением образа тела (65%)⁴.

Несмотря на изначально благоприятную динамику АГ (стабильное повышение АД без кризов, длительный период отсутствия осложнений), у всех больных наступал момент декомпенсации патологии — присоединялись поражения органов-мишеней (гипертрофия стенок ЛЖ, дилатация ЛП, фибрилляция предсердий; ХСН и ХБП 3-й степени; в анамнезе 3-х пациентов — перенесенные ОНМК), а уровень АД поддавался лишь частичному контролю — целевые цифры давления достичь не удавалось.

Неблагоприятной тенденции заболевания способствовало и несвоевременное обращение больных за медицинской помощью — в большинстве случаев уже на стадии формирования осложнений АГ (после перенесенной транзиторной ишемической атаки (ТИА), в связи с появлением эпизодов фибрилляции предсердий).

В 50% набл. ИБС дебютировала острым инфарктом миокарда, в 50% — стенокардией напряжения. У 100% пациентов с данным кардиоперсонифицированным синдромом на момент обследования имели место стенокардия III–IV ф.к. при невоз-

⁴ У остальных пациентов сомато-перцептивная акцентуация реализовывалась в рамках соматотонии (35%).

возможности реваскуляризации и/или ХСН III–IV ф. кл. (исследовательские критерии неблагоприятного течения).

Неблагоприятная динамика ССЗ у пациентов, относящихся ко второму кардиоперсонифицированному синдрому, связана, прежде всего, с полным игнорированием кардиотропной / гипотензивной терапии, невзирая на неоднократные госпитализации и полученные от врачей подробные рекомендации. У пациентов с соматодисгнозией приверженность к лечению оценивается как крайне низкая (соблюдение менее 30% врачебных рекомендаций). Даже после многократных разъяснений больные отказываются от постоянной терапии, пропускают прием препаратов, принимая лекарственные средства лишь симптоматически, непродолжительными курсами (до 1-й недели) в случае значительного ухудшения состояния (гипертонические кризы, ТИА, пароксизмы мерцательной аритмии, обострение ХСН с резким нарастанием одышки). Неадекватная минимизация схемы приема (исключение β -блокаторов и статинов) ведет к быстрому прогрессированию атеросклеротических изменений сосудов и, как следствие, ухудшению прогноза заболевания. При этом наличие осложнений (инсульт, инфаркт миокарда в анамнезе, ХСН) способствует увеличению количества одновременно назначаемых лекарственных средств, что также негативным образом сказывается на приверженности лечению (недовольство сложной схемой, нежелание тратить деньги на «лишние», по мнению пациентов, лекарства).

Следует подчеркнуть, что в условиях описываемого кардиоперсонифицированного синдрома низкая приверженность терапии не соотносилась ни с возрастом пациентов, ни с уровнем образования. В большинстве случаев отказ от постоянного приема гипотензивной терапии мотивируется нежеланием принятия роли хронического больного. При этом даже значимые проявления ССЗ (пароксизмы фибрилляции предсердий, ОНМК, стойко повышенное АД с частыми кризами) трактуются как возрастные изменения сосудов, а телесный дискомфорт не сопровождается тревогой за здоровье, а рассматривается лишь как «помеха» для работы. Несмотря на отягощенный семейный анамнез (инсульты у родственников, длительная инвалидизация близких в результате ОНМК), гипертония не ассоциируется в сознании пациентов с риском развития фатальных для жизни осложнений.

Среди других причин неблагоприятной динамики ССЗ — отказ (даже на стадии декомпенсации) от соблюдения диеты, нежелание изменить образ жизни: сохранение вредных привычек — курение, алкоголь, гиподинамия в сочетании с эпизодическими чрезмерно интенсивными нагрузками (например, работа на приусадебном участке). В разговоре о прогнозе и возможных осложнениях пациенты с

беспечностью заявляют о хорошей переносимости заболевания, сообщают, что придерживаются «философских взглядов на жизнь» («чему быть, того не миновать»).

ССЗ с неблагоприятным, коморбидным невропатической акцентуации РЛ течением

В выборку было включено 15 пациентов: 4 пациента с ИБС (4 женщ., средний возраст $68,7 \pm 3,7$ лет); 11 пациентов с АГ (8 женщ., 3 мужч., средний возраст $69,9 \pm 5,1$ лет). Предпочтительной соматоперцептивной акцентуацией для данного синдрома являлась невропатия (75% набл.)⁵.

В рамках выделенного кардиоперсонифицированного синдрома течение ССЗ носило неблагоприятный характер. Пациенткам с ИБС были проведены операции реваскуляризации без значительного эффекта (рецидив ангинозных болей спустя год после стентирования / АКШ, на КАГ — признаки окклюзии стентов и пр.). В связи с невозможностью проведения повторной реваскуляризации миокарда проводились курсы ударноволновой терапии, приводящие лишь к временному улучшению состояния.

Неблагоприятное течение АГ соотносится с диагностированной в 82% набл. гипертрофией стенок ЛЖ, дилатацией ЛП в 45% набл., присоединением ФП в 45% набл. В анамнезе у 18% пациентов — перенесенные ОНМК. Невозможность добиться целевых показателей АД связана (в рамках этого синдрома) в том числе и с психогенной провокацией подъемов АД, а также с амплификацией гипертонических кризов, проявлениями соматоформных расстройств.

Негативные тенденции динамики ИБС при этом типе соотносятся, прежде всего, с отказом пациентов выполнять рекомендованные тренировочные нагрузки, которые занимают ведущее место в реабилитационных мероприятиях больных ИМ на постстационарном этапе. Охваченные тревогой за здоровье, опасаясь возобновления болевых ощущений, пациенты избегают даже минимального физического напряжения (работа по дому, пешие прогулки и пр.), что приводит с одной стороны к гиподинамии, нарастанию массы тела, снижению толерантности к глюкозе, а с другой — способствует прогрессированию недостаточности кровообращения. При появлении малейшего телесного дискомфорта, зачастую напрямую не связанного с объективным ухудшением состояния, больные проводят дни в постели, перекладывая на родных домашние обязанности.

Вторая составляющая неблагоприятного течения ССЗ, связанная с фактором невропатии — повышенная чувствительность пациентов к телесным ощущениям, болевым стимулам, а также побочным эффектам кардиотропной / гипотензивной тера-

⁵ В остальных случаях в качестве соматоперцептивной акцентуации выступала соматотония (25% набл.).

пии. Основываясь на субъективных ощущениях, больные по своему усмотрению ограничивают объем рекомендуемых врачом препаратов, титруют дозы в сторону снижения. Опасаясь развития зависимости от лекарств или привыкания, не придают значения объективным показателям работы сердечно-сосудистой системы (динамика ЭКГ и пр.), а в ряде случаев — из-за страха быть информированным о плохом прогнозе заболевания или возможных осложнениях — откладывают необходимые диагностические или оперативные вмешательства.

В части наблюдений данного кардиоперсонализированного синдрома обращают на себя внимание проявления сверхценной ипохондрии — у пациентов с паранойяльным РЛ (разработка собственных концепций заболевания, предпочтение методов народной медицины вопреки врачебным рекомендациям). Для пациентов с истерическим РЛ характерны явления истеро-ипохондрии (телесные сенсации, истерофобии, частая смена лечащих врачей в связи с претензиями к качеству оказываемой помощи).

ВЫВОДЫ

Представленные на модели кардиоперсонализированных синдромов данные отражают модулирующую роль соматоперцептивных акцентуаций в динамике ССЗ. Так, при первом синдроме — благоприятном течении ССЗ в условиях конгруэнтной соматоперцептивной акцентуации — РЛ способствует улучшению прогноза заболевания (профилактика осложнений, высокая приверженность терапии). Напротив, при втором и третьем синдроме — неблагоприятном течении ССЗ в условиях соматодисгнозии с отчуждением образа тела / невропатии — РЛ ассоциируется с ухудшением прогноза кардиоваскулярной патологии (развитие осложнений, низкая приверженность терапии).

Список литературы

1. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Гендерные различия кардиоваскулярной патологии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012; 11 (4): 101–104. [Oganov R.G., Maslennikova G.Ya. Gender differences of cardiovascular pathology // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2012; 11 (4): 101–104.]
2. Сыркина Е.А., Горбунова А.А. Расстройства личности и соматическое заболевание (на модели ишемической болезни сердца), рецензия на статью В.Э. Медведева и соавт. «Психосоматические заболевания в кардиологии: типология и клинико-динамические характеристики» // Психические расстройства в общей медицине. 2013; 1: 47–49. [Syrkina E.A., Gorbunova A.A. Personality disorder and physical illness (on the model of ischemic heart disease), review of the article of V.E. Medvedev et al. «Psychosomatic diseases in cardiology: typology and clinical characteristics of the dynamic» // Psikhicheskie rasstrojstva v obschej medicine. 2013; 1: 47–49.]
3. Beutel M.E., Wiltink J., Till Y. et al. Type D personality as a cardiovascular risk marker in the general population: results from the Gutenberg health study // Psychotherapia Psychosomatics. 2012; 81 (2): 108–117.
4. Cash T., Smolak L. Body Image, Second Edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention. *New York*: Guilford Press, 2012. 250 p.
5. Choudhry N.K., Fischer M.A., Avorn J. et al. The implications of therapeutic complexity on adherence to cardiovascular medications // Arch. Intern. Med. 2011; 171(9): 814–822.
6. Claxton A.J., Cramer J., Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance // Clin. Ther. 2012; 23: 1296–1310.
7. Denollet J. Personality and coronary heart disease: The Type D Scale-16 (DS16) // Annals of Behavioral Medicine. 1998; 20: 209–215.
8. Dunbar H.F. Mind and Body: Psychosomatic Medicine. *New York*: Random House, 1947. 250 p.
9. Friedman M., Rosenman R.H. *Type A behavior and your heart*. *New York*: Knopf, 1974. 270 p.
10. Kellner R. Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders // Psychotherapia and Psychosomatics 1994; 61(1-2): 4–24.
11. Lemke R. Über die Bedeutung der Leibgefühle in der psychiatrischen Diagnostik // Psychiatry Neurology Medical Psychology. 1951; 3: 325–340.
12. Morel B.A. *Traité des maladies mentales*. *Paris*: Masson, 1860. 430 p.
13. Sheldon W.H. Body and temperament types. *New York*: Random House, 1940. p. 104.
14. Sirri L., Fava G.A., Guidi J. et al. Type A Behaviour: A Re-appraisal of Its Characteristics in Cardiovascular Disease // International Journal of Clinical Practice 2012; 66(9): 854–861.