

*В. Б. Михайлов, магистр каф. психіатрії, наркології і медичинської психології*  
Харьковский национальный медицинский университет (г. Харьков)

## ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

Тесная взаимосвязь соматических и психических расстройств обуславливает высокую значимость и актуальность разработки проблемы психосоматических взаимоотношений [19, 20]. Особое место в регистре психосоматической патологии занимает проблема сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Это связано, прежде всего, с их большой распространенностью, в том числе у лиц трудоспособного возраста, высокой смертностью и инвалидностью от этой патологии, а также и с тем, что сердечно-сосудистая система является наиболее тонким эффекторным органом, отражающим психологическое состояние пациентов [28]. За последние 5 лет количество сосудистых заболеваний выросло на 16,6 %, в частности, гипертонической болезни (ГБ) — на 44 %, ишемической болезни сердца (ИБС) — на 37,5 %, цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) — на 15,5 % [21].

Наиболее тяжелыми осложнениями сердечно-сосудистых заболеваний являются инфаркт миокарда (ИМ) и мозговой инсульт (МИ). ИМ и МИ — это проблемы современного мира, современной жизни, современного города, современного человека. Изменения в демографической структуре, связанные с увеличением количества населения преклонного возраста, социальное положение, употребление алкоголя, курение, наличие лишней массы тела, тип личности, стресс, образ жизни, рост темпа жизни — это лишь некоторые факторы, приводящие к развитию сердечно-сосудистых заболеваний [1, 4, 5, 16, 22, 26, 27, 31]. В последние годы в Украине, как и в мире, отмечается значительное увеличение заболеваемости как ИМ так и МИ, особенно у лиц трудоспособного возраста. Так в 2002 году заболеваемость ИМ составляла 113,7 на 100 тыс. населения, МИ — 247,2 на 100 тыс. населения, а в 2007 году заболеваемость ИМ уже составляла 131,3 на 100 тыс. населения, МИ — 278,2 на 100 тыс. населения. Ежегодно в Украине ИМ переносят 50 тыс. лиц, МИ — более 140 тыс. лиц [21].

Последствия ИМ и МИ являются актуальнейшей медико-социальной проблемой. У большинства больных, перенесших острые сосудистые катастрофы, отмечаются разнообразие психоземональные расстройства, которые наряду с двигательными, афатическими, когнитивными нарушениями приводят к значительному снижению качества жизни, инвалидизации пациентов, потере социального положения в обществе. Эти расстройства имеют определенные особенности формирования, структуры, течения.

В современной литературе психоземональные расстройства отображаются двояко: как реакция личности на болезнь (болезнь сама по себе является стрессовым фактором относительно психической сферы пациента) и как следствие общего патологического процесса (нарушение нормального хода нейроэндокринных, сосудистых, обменных процессов в головном мозге) [10, 11, 19, 20].

При этом психические расстройства у больных ССЗ рассматриваются в качестве модели взаимодействия соматопсихического и психосоматического факторов: с одной стороны, они могут выступать факторами,

провоцирующими нарушения сердечно-сосудистой деятельности, с другой, являются следствием сердечно-сосудистых расстройств. Становясь при этом стрессорами, они вызывают вторичные психосоматические нарушения, которые утяжеляют клиническую картину, течение основного заболевания, снижают эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий. Формируется кольцевая патогенетическая зависимость по типу патологического замкнутого круга: сердечно-сосудистое заболевание → соматогенные психические расстройства → вторичные психосоматические нарушения → утяжеление соматического заболевания [10, 11, 19, 20].

Важность проблемы эмоциональных расстройств у лиц, перенесших ИМ и МИ, состоит также в том, что они являются ведущими факторами, тормозящими восстановление пациентов, являются наиболее значимыми предикторами плохого восстановления повседневной активности и когнитивных функций, а также увеличивают риск летального исхода [11, 13, 34].

Распространенность психоземональных расстройств у больных ССЗ по разным данным составляет от 60 до 85 % [4, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 20, 22, 28, 31, 32, 35].

Многочисленными исследованиями установлено, что у 72 % пациентов с ИБС имеют место нарушения психической сферы. У 20 % больных эти нарушения имеют доклинический характер и проявляются астенической, субдепрессивной и тревожной симптоматикой [20, 14].

Пограничные психические расстройства у больных ИБС представлены в основном нарушением адаптации (46,8 %), дистимией (16 %), невротическими расстройствами (13,8 %), психическими нарушениями органической природы (23,4 %) [14].

В клинической картине больных с ИБС психические расстройства представлены разными вариантами клинически дифференцированной симптоматики, структурированной в синдромы: астенический, кардиофобический, тревожно-депрессивный, ипохондрический и истерический, которые значительно утяжеляют соматическое состояние пациентов [11, 14, 20]. При этом астенический синдром может иметь депрессивную, тревожную, ипохондрическую окраску с выраженными вегетативными проявлениями [20]. Отмечается четкая связь между тяжестью основного заболевания, его длительностью и выраженностью психических расстройств [1, 11, 13, 14].

Во многих исследованиях указывается на большую распространенность и выраженность кардиофобического синдрома у лиц с ИБС, ИМ [9, 20]. Значимые психические расстройства возникают при сочетании сердечно-болевого синдрома, частых приступов аритмии и тяжелой степени недостаточности кровообращения.

Многие авторы обращают внимание на роль анксиозных состояний у больных с ГБ, ИБС, ИМ. Изучая структуру страхов у обследуемых больных, они установили, что преобладающим является страх смерти. У большинства больных страх смерти встречается в сочетании с другими разновидностями биологических, социальных, ситуационных страхов (болезни, боли, старости, немощи, темноты, замкнутого пространства [1, 20].

Изучение клиники психических расстройств острого периода ИМ показало преобладание аффективной патологии, которая, как правило, развивалась на фоне астенических расстройств [22, 25]. У большинства пациентов развивались нарушения настроения со страхами и фиксацией на внутренних ощущениях, тревога, выраженность которой могла достигать степени ажитации с двигательным беспокойством, приближаясь к так называемой реакции паники, депрессивные реакции, ипохондрические расстройства.

Проведены исследования по изучению психоэмоциональных расстройств в остром периоде ИМ в зависимости от тяжести состояния пациентов [30]. Установлено, что у большинства больных с неосложненным ИМ в остром периоде сохраняется устойчивое настроение, отмечается сдержанность эмоций, реже — умеренно выраженная тревожность, что является адекватной ситуации психологической реакцией. При ИМ средней тяжести (экстрасистолия, рефлекторный коллапс, сердечная астма) у большинства больных клинически определяются невротические, преимущественно тревожно-фобические, реакции. При тяжелом ИМ (истинный кардиогенный шок, отек легких, пароксизмальные аритмии) у больных клинически отмечаются депрессивно-фобические, апатические реакции. В первых двух группах исход ИМ был благоприятным, а в последней — в 50 % случаев смертельный.

В ряде работ прослеживается связь психоэмоциональных расстройств при ИМ с развитием кардиocereбрального симптомокомплекса. Предполагается, что психоэмоциональные симптомы (снижение критической оценки собственного состояния, нарушение реалистического восприятия действий, рекомендаций, прогнозов врача, нарушение адекватности реагирования на происходящие события, отказ от госпитализации и от лечения и др.) являются результатом мозговых расстройств, наблюдаемых при нарушении сердечной деятельности, вызываемой острым ИМ [9].

В литературе широко освещен вопрос тревожно-депрессивных расстройств при ССЗ. Более 50 % кардиологических пациентов имеют выраженные симптомы депрессии. Сочетание депрессии с ИБС в 2 раза ухудшает социальное функционирование пациентов по сравнению с каждым из этих заболеваний в отдельности. В остром периоде инфаркта миокарда симптомы депрессии наблюдаются у 65 % больных, в течение недели после перенесенного острого ИМ они наблюдаются приблизительно в одном из пяти случаев, в течение 18—24 месяцев после перенесенного ИМ — у каждого четвертого пациента [11, 17, 28].

Изучение коморбидности депрессивных расстройств и постинфарктных состояний выявило 4 варианта взаимоотношений: возникновение ИМ на фоне существующей или предшествующей депрессии — 35,1 %; одновременное появление депрессии и ИМ — 21,1 %; депрессии, развившиеся в раннем постинфарктном периоде (до 1 мес.) — 10,5 %; депрессии, возникшие в восстановительном периоде ИМ — 33,3 % наблюдений. При характеристике клинических особенностей депрессивных расстройств у пациентов в постинфарктном периоде выделяются следующие варианты депрессий: тревожные, меланхолические, дисфорические, маскированные. Независимо от варианта депрессии для больных характерны: болевой симптомокомплекс, тревожные и фобические расстройства [16].

Депрессия в постинфарктном периоде в 2—2,5 раза повышает риск неблагоприятных сердечно-сосудистых

исходов, а смертность в течение 6 месяцев после перенесенного ИМ у пациентов с депрессией в 3,5 раза превышает таковую у больных без нее [24, 25, 26].

Выраженность тревожности у кардиологических больных также выше, чем в общей популяции. Например, тревожность имеет место у 50 % госпитализированных пациентов с острыми коронарными синдромами, паническое расстройство регистрируется в 10—34 % случаев [11, 17]. С другой стороны, при выявлении тревожных расстройств увеличивается риск развития ИБС (в 1,5—3,8 раза), ИМ, сердечной смерти. У мужчин старше 55 лет наличие тревожного расстройства ассоциируется с повышением летальности после ИМ на 78 % [11, 17, 22].

В литературе большое внимание уделяется различным изменениям со стороны психической сферы у лиц, перенесших мозговую инсульт.

Нарушения психической сферы вследствие перенесенного инсульта представлены, в первую очередь, синдромами нарушенного сознания, варьирующими от легкой оглушенности до глубокой комы. Отмечаются: делириозные, делириозно-онейроидные и аментивные синдромы, сумеречные состояния, эпилептиформные явления. Кроме этих синдромов, при инсультах могут развиваться тревожно-тоскливые состояния с идеями преследования и галлюцинациями, симптомы анозогнозии, конфабуляции, расстройства памяти, «онейрические» (по Н. К. Боголепову) состояния. В постинсультном периоде могут развиваться психопатоподобные симптомы, параноидные и реактивные состояния, резко обостряются преморбидные личностные особенности. У некоторых больных удается отметить проявление «лобного синдрома» в виде «лобной эйфории», спонтанности, импульсивности или «височные знаки» в виде приступов психомоторной эпилепсии [2].

Вследствие тяжелого стресса, обусловленного инсультом, у больных сразу же изменяется образ жизни, возникают сложные социально-психологические проблемы в связи с трудностями адаптации в семье и обществе [5]. Наряду с двигательными, чувствительными, афатическими нарушениями социально-психологические факторы, опосредованные личностными особенностями, являются весомыми патогенетическими факторами, приводящими к развитию полиморфных аффективно-эмоциональных нарушений [5].

Следует отметить, что изучение психоэмоциональной сферы в остром периоде МИ крайне затруднено. Часто применение стандартных шкал оценки психического статуса оказывается безуспешным. У недавно перенесших инсульт больных быстро истощается внимание, и ответы на довольно большое число подчас сложных вопросов малоинформативны, а на некоторые вопросы вообще не удается получить ответ [4].

Постинсультные депрессии (ПД) по частоте намного превышают другие аффективные расстройства, что объясняет повышенное внимание специалистов к этой проблеме уже многие годы. Частота депрессии, по данным различных авторов, варьирует от 6 до 60 %, составляя в среднем 20—30 % [13, 16, 26]. Отмечено, что частота развития ПД составляет 33 % в остром периоде инсульта и 34 % — в период отдаленных последствий [32]. Спустя 3 мес. после развития инсульта почти у 85 % больных присутствует депрессия; из них 41 % имеют легкую депрессию, 26 % — среднюю и 33 % — тяжелую [15].

В течение многих лет ПД трактовалась как эмоциональная реакция больного на перенесенное заболевание. Однако в дальнейшем было установлено, что

в формуванні депресивної симптоматики приймають участь соціальні, особистісні та інші фактори. К таким факторам відносять вік, стать, локалізацію інсульту, ступінь інвалідизації пацієнта, преморбідні особливості особистості, соціальний статус (проживання в самотності, наявність спілкування, участь в суспільному житті) та ін. Встановлено пряму залежність між тяжкістю неврологічного дефекту та появою депресії. Когнітивні порушення також відносять до головних факторів, що підвищують ризик розвитку ПД. Когнітивний дефіцит є одним з найбільш частих наслідків інсульту, тяжкість когнітивного дефіциту впливає на тяжкість ПД та інших емоційних порушень у хворих, перенесли ІМ [21].

ПД відрізняється як за часом виникнення, так і клінічною картиною. Рано маніфестувалася депресивна симптоматика, що виникла за 1–3 дні після інсульту, пов'язана з органічним ураженням мозку. Розвиваючись пізніше (за кілька тижнів після інсульту) невеликі депресивні епізоди мають реактивний характер [6, 34].

Великі та невеликі ПД з ранньою маніфестацією відрізняються більшою вираженістю вегетативних симптомів та більшою тяжкістю депресії порівняно з більш пізніми депресіями [36].

Окрім депресивних порушень в постінсультному періоді виявляються та інші емоційні порушення. Відзначаються порушення сну (багаторазові пробудження вночі, неспокійний сон, раннє пробудження), тривога, збудливість, затриманість. Формується іпохондрична спрямованість особистісних реакцій. За даними багатьох дослідників виражена тривога виявляється тільки у 4,8% хворих, неспокій по незначальним поводам — у 19%, суб'єктивне напруження та подразливість — у 66,6%. Відзначається різна ступінь вираженості фізіологічних проявів тривоги (у вигляді шлунково-кишкових, серцево-судинних, дихальних порушень, змін потовиділення) від слабких (у 40,5% пацієнтів) до середніх (у 42,8%) та сильних (у 9,5%) [6, 7].

В різні періоди ІМ вираженість реактивної та особистісної тривоги відрізняється: в гострому періоді спостерігається висока реактивна та низька особистісна тривога, в ранньому відновлювальному періоді особистісна тривога підвищується, а реактивна знижується, в пізньому відновлювальному періоді у більшості пацієнтів та особистісна та реактивна тривога знижується [12].

Таким чином, психоемоційні порушення у осіб, перенесли ІМ та ІМ, достатньо широко представлені, мають значний вплив на соматичний стан пацієнтів, якість життя, перебіг, прогноз, наслідок захворювання та вимагають своєчасного проведення адекватних лікувально-реабілітаційних заходів.

Необхідність терапії психоемоційних порушень у осіб, перенесли ІМ та ІМ, показана в великій кількості досліджень [3, 12, 13, 17, 18, 23–25]. Встановлено, що зменшення симптомів депресії, тривоги, страху, окрім корекції інших факторів ризику, призводить до зменшення смертності хворих ІМ та ІМ, зменшення частоти повторних ІМ та ІМ [3, 7, 8, 12, 13, 15, 18, 20, 21, 23–26, 29].

За сучасними уявленнями, лікування психоемоційних порушень при ІМ та ІМ, як і при інших психосоматичних захворюваннях, включає

психотерапію, психотерапію, соціотерапію в поєднанні з соматотропним лікуванням.

Велике різноманітність емоційних порушень у осіб, перенесли ІМ та ІМ, призвело до застосування кількох груп психотропних речовин в лікуванні даних порушень: антидепресанти, транквілізатори, нейролептики та ін.

Довгий час препаратами вибору були трициклічні антидепресанти (ТЦА), зокрема амітриптілін. Однак застосування ТЦА пов'язано з цілим рядом побічних ефектів, зокрема, умовлених їх холінолітичними властивостями: тахікардія, екстрасистолія, підвищення АД, головні болі, запори, тремор, збільшення маси тіла. Опасність застосування ТЦА в загальносоматичній практиці умовлена також тим, що діапазон терапевтичної та токсичної доз у них невеликий. Це вимагає обережності в виборі дози препарату.

Внаслідок побічних ефектів ТЦА в останні роки спостерігаються спроби застосування препаратів інших груп. Використовуються селективні інгібітори зворотного захопту серотоніну (СІОЗС): Сертралін (Золот), Пароксетин (Паксил), Флуоксетин (Прозак), Циталопрам (Ципраміл), S-Циталопрам (Ципралекс) та ін. Відсутність кардіотоксичного та ортостатичного ефектів, властивих ТЦА, та високий терапевтичний індекс роблять антидепресанти групи СІОЗС препаратами вибору у соматично ослаблених пацієнтів та хворих похилого віку. Препарати цієї групи мають високий рівень конформізму при спільному використанні їх з більшістю інших препаратів в загальносоматичній практиці. Недостатком препаратів цієї групи є відсутність анксиолітичного компонента дії, а тому, неефективність в стосовно більшості поєднаних тривожно-депресивних порушень.

Більш обґрунтованим є застосування антидепресантів подвійної дії — інгібіторів зворотного захопту серотоніну та норадреналіну (ІОЗСН) (Венлафаксин (Велаксин), Милнацепран (Іксел), Тразодон (Тритіко)).

Значний нормалізуючий ефект в стосовно депресивних та тривожно-депресивних порушень показав антидепресант нової групи мелатонінергічного ряду — Мелітор.

При акцентуованих тривожних станах, генералізованому тривожному порушенні, тривожно-фобічних та панічних порушеннях призначають протитривожні (анксиолітичні) препарати [17, 23]. Центральне місце серед них займають бензодіазепінові транквілізатори. Вони стимулюють гальмування активності більшості нейронів головного мозку, зв'язано з чим викликають анксиолітичний, заспокійливий (гіпнотичний), м'язорелаксуючий, вегетостабілізуючий та протисудорожний ефекти. Найбільш поширеними представниками цієї групи є: реладорм, діазепам (седуксен, сибазон), феназепам, хлордіазепоксид (еленіум), оксазепам (тазепам), мезепам (рудотель), нитразепам (зюноктин, радедорм), гідазепам.

При вираженому іпохондричному синдромі ефект лікування транквілізаторами часто виявляється недостаточним. Необхідно їх поєднувати з коректорами поведінки тiopеразіном (сонапакс або меллерил по 5–10 мг 2–3 рази на день та по 25 мг перед сном).

Ряд нейролептических препаратов также оказывает положительный эффект при лечении эмоциональных нарушений. К таким нейролептикам относятся производные фенотиазина с алифатической боковой цепью (пропазин, аминазин, терален, тизерцин), а также пиперидиновые производные фенотиазина (сонапакс), дериваты тиоксантена (хлорпротиксен) и производные дибензодиазефина (лепонекс).

При неглубоких тревожных расстройствах положительный эффект оказывают мягкие седативные средства растительного происхождения (валериана, мелисса, пустырник в виде настоек или современных таблетированных форм).

Необходимым дополнением к медикаментозному лечению является проведение психотерапевтической коррекции [15, 20]. При лечении психоэмоциональных расстройств у больных ССЗ применяется коррекционная работа с использованием элементов релаксационно-седативной направленности, которая включает успокаивающую беседу в режиме структурированного интервью. Пациентам дается возможность выговориться, подробно и обстоятельно изложить историю своей жизни. Основой является рациональная психотерапия, которая предполагает этап разъяснительной терапии и логической аргументации, логического убеждения. При этом формируется установка на активную роль самого больного в исцелении, будущее выздоровление представляется именно как его заслуга и успех, а не психотерапевта. В рамках применяемой позитивной психотерапии акцент делается на выявление ресурсов пациента, на создание положительных представлений о будущем. Для снятия соматовегетативного компонента используются приемы аутогенной тренировки.

В ряде исследований доказана эффективность когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) у больных с ПД [15, 20]. Показано, что сеансы когнитивной поведенческой терапии способствуют более заметному регрессу депрессивной симптоматики, чем обычная рациональная психотерапия.

Большое значение имеет семейная психотерапия. При этом используется работа с родственниками больного по оптимизации психологического климата в семье, по устранению стрессогенного фактора, нормализация режима, увеличение физической активности, организация досуга, терапия занятостью.

Таким образом, анализ литературных данных по эмоциональным нарушениям у лиц с ИМ и МИ показал, что проблема эмоциональных расстройств у больных с ИМ и МИ в литературе обсуждается давно, ей посвящено большое количество работ. В литературе освещены вопросы факторов риска (как развития ССЗ, так и психических расстройств), преморбидных, характерологических, личностных особенностей. Несмотря на многочисленные и обширные описания клиники психопатологических нарушений, они характеризуются, с одной стороны, фрагментарностью полученных данных, с другой, общим представлением об объекте обследования. Авторы в основном уделяют внимание, какому — либо одному, по их мнению, ведущему психопатологическому синдрому. Вопросы систематизации, последовательного изучения динамики клинической психопатологической феноменологии на одном и том же контингенте больных с позиций единого патологического процесса, определение ведущих патогенетических механизмов, лежащих в основе клинических проявлений остаются во многом открытыми.

## Список литературы

1. Ахмедов Т. И., Сарвир И. Н., Остапенко А. Г. Структура анксиозных состояний у больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца // *Сучасні проблеми медицини*. — 2001. — С. 47—50.
2. Банщикова В. М. Медицинская психология: Учебник для мед. ин-тов. — М.: Медицина, 1967. — 239 с.
3. Булдакова Н. Г. Психотерапевтическая помощь в кардиологии // *Русский медицинский журнал*. — 2006. — Т. 14, № 10. — С. 743—747.
4. Виланский Б. С., Тупицын Ю. Я. Аффективно-эмоциональные нарушения, осложняющие инсульт // *Неврологический журнал*. — 2003, № 3. — С. 23—26.
5. Ворлоу Ч. П., Деннис М. С., Гейн Ж. и др. Инсульт: Практическое руководство для ведения больных. — СПб.: Политехника, 1998. — 629 с.
6. Гехт А. Б., Боголепова А. Н., Сорокина И. Б. Особенности депрессивного синдрома у больных, перенесших ишемический инсульт // *Инсульт*. — 2001, 2. — С. 35—38.
7. Гехт А. Б., Боголепова А. Н., Сорокина И. Б. Депрессия после инсульта: опыт применения ципрамила // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. — 2002, № 5. — С. 36—39.
8. Дробижев М. Ю. Лечение депрессий в общесоматической сети // *Психиатрия и психотерапия*. — 2003. — Т. 5, № 5. — С. 8—12.
9. Жиганова А. Н., Юрьев В. Е. Отказ от госпитализации при остром инфаркте миокарда как проявление кардиоцеребрального синдрома или острой стрессорной реакции // *Медицина неотложных состояний*. — 2006, № 3 (4). — С. 86—87.
10. Ибатов А. Д., Сыркин А. Л., Вейн А. М. и др. Особенности вегетативной регуляции и эмоционального статуса у больных ИБС с различной выраженностью болевого синдрома // *Клиническая медицина*. — 2003. — С. 36—39.
11. Ибатов А. Д., Сыркин А. Л., Вейн А. М. Тревога и ишемическая болезнь сердца // *Врач*. — 2003, № 9. — С. 8—10.
12. Изабудалаев З. Р. Эффективность алпрозолама (ксаакса) при психических расстройствах у больных с лево- и правополушарным ишемическим инсультом // *Журнал неврологии и психиатрии*. — 2004, № 3. — С. 68—69.
13. Качковский М. А., Крюков Н. Н. Лечение депрессии у больных инфарктом миокарда тиапептином // *Кардиология*. — 2006. — Т. 46, № 5. — С. 21—26.
14. Кирюхин О. Л., Гасанов Н. А., Ракита Д. Р. Комплексная оценка и коррекция психических нарушений у больных ишемической болезнью сердца // *Клиническая медицина*. — 2007, № 8. — С. 29—32.
15. Ковальчук В. В., Скромец А. А. Сравнительный анализ эффективности психотерапевтических методик при реабилитации больных, перенесших инсульт // *Инсульт*. — 2007, № 19. — С. 43—47.
16. Корнетов Н. А., Лебедева Е. В. Депрессивные расстройства у пациентов, перенесших инфаркт миокарда // *Психиатрия и психотерапия*. — 2003. — Т. 5, № 5. — С. 10—15.
17. Маляров С. А. Общие принципы диагностики и терапии тревоги // *Нейрсет*. — 2007. — С. 53—56.
18. Маляров С. А. Проблемы продолжительности и прекращения терапии антидепрессантами // *Здоров'я України*. — 2007. — № 6/1. — С. 63—65.
19. Михайлов Б. В. Соматоформные расстройства // *Там само*. — 2007. — С. 27—28, 53—55.
20. Михайлов Б. В., Черная О. В. Медико-психологическая реабилитация больных в остром периоде инфаркта миокарда и мозгового инсульта // *Судинні захворювання головного мозку*. — 2006, № 4. — С. 18—20.
21. Мищенко Т. С., Шестопалова Л. Ф., Мищенко В. Н. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции // *Международный неврологический журнал*. — 2007, № 2 (12). — С. 26—30.
22. Напрєенко О. К., Поліщук О. Ю., Пендерєцька О. М. Тривожні та депресивні розлади в кардіологічній практиці // *Український вісник психоневрології*. — 2008. — Т. 16, вип. 4 (57). — С. 57—60.
23. Несукай Е. Г., Несукай В. Г. Применение транквилизаторов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы // *Украинский кардиологический журнал*. — 2000, № 1—2. — С. 98—102.
24. Оганов Р. Г., Ольбинская Л. И., Смулевич А. Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике: Результаты программы КОМПАС // *Кардиология*. — 2004. — № 1. — С. 48—54.
25. Оганов Р. Г., Погосова Г. В., Шалыюва С. А. и др. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога // *Там же*. — 2005; 8. — С. 38—44.

26. Подкорытов В. С. Проблема депрессий в общесоматической практике // Архив психиатрии. — 2003, т. 9, № 1. — С. 69—71.  
 27. Серцево-судинні захворювання: Методичні рекомендації з діагностики та лікування / За ред. В. М. Коваленка, М. І. Лутая. — К.: Здоров'я України, 2005. — 542 с.  
 28. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Дробижев М. Ю. и др. Психосоматические реакции, коморбидные ишемической болезни сердца: психогенно провоцированные инфаркты и ишемии миокарда // Журнал неврологии и психиатрии. — 2004, № 3. — С. 13—20.  
 29. Ушакова Е. А., Ушакова А. В. Эффективность и безопасность антидепрессантов у кардиологических больных // Практична ангіологія. — 2006, № 3 (04). — С. 28—32.  
 30. Шпак Л. В. Нервно-психическое состояние и его роль в формировании адаптационно-компенсаторных реакций у больных инфарктом миокарда // Там же. — 1990, № 7. — С. 59—63.  
 31. Barefoot J. C., Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample // Circulation. — 1996; 93: 1976—1980.

32. Hackett M. L., Yapa C, Parag V. et al. Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies // Stroke. — 2005. — Vol. 36. — P. 1330—1340.  
 33. Jiang W., Alexander J., Christopher E., et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure // Arch. Intern. Med. — 2001; 161: 1849—56.  
 34. Morris P. L., Shields R. E., Hopwood M. J. et al. Are there two depressive syndromes after stroke? // J. Nerv. Ment. Dis. — 1994; 182: 230—234.  
 35. Paolucci S., Antonucci G., Protest L. et al. Poststroke depression and its role in rehabilitation of inpatients // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1999; 80: 9: 985—990.  
 36. Tateno A., Kimura M., Robinson R. G. Phenomenological characteristics of poststroke depression: early-versus late-onset // Am. J. Geriatr. Psychiat. — 2002; 10: 5: 575—582.

Надійшла до редакції 15.04.2009 р.

*В. Б. Михайлов*

**Емоційні порушення у осіб, що перенесли інфаркт міокарда та мозковий інсульт**

*Харківський національний медичний університет (м. Харків)*

На основі аналізу літературних даних показана висока представленість психоемоційних порушень у осіб з інфарктом міокарда та мозковим інсультом. Ці порушення відіграють значну роль в зростанні таких показників, як смертність та інвалідність, а також мають значний вплив на процеси реабілітації та якість життя хворих, що перенесли гострі судинні катастрофи. Незважаючи на численні описи клініки психопатологічних порушень, вони характеризуються, з одного боку, фрагментарністю одержаних даних, з іншого, загальними уявленнями про об'єкт обстеження. Автори переважно надають увагу одному, на їх думку, провідному психопатологічному синдрому. Питання систематизації, послідовного вивчення динаміки клінічної психопатологічної феноменології на тому ж самому контингенті хворих з позицій єдиного патологічного процесу, визначення провідних патогенетичних механізмів, що лежать в основі клінічних проявів, залишаються багато в чому відкритими.

*V. B. Mykhalov*

**Emotional disorders at cardiac infarction and cerebral stroke patients**

*Kharkiv National Medical University (Kharkiv)*

Based on the analysis of literature data shows high amount psycho-emotional disturbances in people with myocardial infarction and cerebral stroke. These disorders play a significant role in the growth indicators such as mortality and disability, and have considerable influence on the processes of rehabilitation and quality of life of patients who experienced acute vascular accident. Despite numerous descriptions of clinic psychopathological violations, they are characterized on the one side, by fragmentary of findings, with other, by the common picture of object of inspection. Authors mainly spare attention, to one leading emotional syndrome. Question of systematization, successive study of dynamics of clinical psychopathological phenomenon on the same contingent of patients from positions of unique pathological process, determination of leading pathogenetic mechanisms, that lie in basis of clinical displays remain in a great deal opened.

УДК 616.895.8-008.441.44/.45: 316.47

*І. Г. Мудренко, канд. мед. наук, лікар-психіатр  
 Сумський обласний психоневрологічний диспансер (м. Суми)*

**АНАЛІЗ СУЇЦИДІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2004—2008 РОКАХ**

Актуальність досліджуваної теми та її медико-соціальна значущість пов'язані з високим рівнем суїцидальної активності у світі і в Україні. За статистичними даними в Україні реєструється високий рівень самогубств (більше 20 випадків на 100 тис. населення). Кількість суїцидів у різних регіонах країни відрізняється, найменший рівень суїцидальної активності в Західних областях України (до 10 на 100 тис. населення), у Львівській області цей показник мінімальний. До регіонів з середнім рівнем частоти самогубств (від 10 до 20 випадків на 100 тис. населення) належать Чернівецька, Тернопільська, Івано-Франківська, Рівненська та Закарпатська області. Інші області мають високий рівень смертності від завершених самогубств (більше 20 випадків на 100 тис населення) [1—3]. Кількість суїцидів у Сумській області є однією з найвищих серед інших регіонів України, так у 2004—2008 рр. смертність від навмисних самогубств у Сумському регіоні складала 31,4—39,8 на 100 тис. населення.

Низький рівень самогубств на заході країни пояснюється сильними релігійними традиціями, міцними

інституціями сім'ї та шлюбу, більшою готовністю населення до економічних змін, через близькість західних кордонів. Високий рівень суїцидів у нашій області можливо пояснити слабкими релігійними та сімейними традиціями, високим відсотком розлучень, алкоголізацією, безробіттям, низьким рівнем освіти та загальної поінформованості сільського населення, та меншою готовністю громадян до соціально-економічних змін у країні.

Таким чином, є необхідність у детальному вивченні гендерних, вікових, демографічних та інших особливостей суїцидальної активності населення Сумської області та аналізі завершених суїцидів серед психічнохворих, тому що відомо, що 10 % душевнохворих йдуть з життя добровільно, а психічне захворювання є важливим предиктором суїцидальної поведінки [2—5].

Метою дослідження є поглиблений аналіз суїцидів серед населення області у порівнянні з загальнодержавними показниками, в тому числі серед психічнохворих, та надання рекомендацій щодо психопрофілактики цього явища.