

## ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Лебедева Н.Б., Барбараш О.Л.

Кемеровская государственная медицинская академия, Кемеровский кардиологический центр СО РАМН

Инфаркт миокарда (ИМ) остается наиболее частой причиной смертности и инвалидизации лиц преимущественно трудоспособного возраста. Возможность прогнозирования ближайших и отдаленных исходов острого ИМ позволяет наиболее оптимально решать вопросы реабилитации больных, а также профилактики этого опасного состояния. Несмотря на огромное значение этой проблемы, прогноз для жизни у больных ИБС, в частности, после ИМ, остается сложной клинической задачей из-за многочисленности и неоднородности влияющих на него факторов.

В настоящее время не вызывает сомнений, что прогноз у больных ИМ определяют не только клинические показатели [8, 9]. Возросло внимание к значимости психологических и социальных факторов для возникновения и исходов ИМ. В ряде исследований отмечается существенное влияние на развитие сердечно-сосудистых заболеваний и, в частности, ИМ, социального положения, вредных привычек, типа личности, психоэмоционального напряжения и других особенностей образа жизни [8, 9, 11]. Однако роль перечисленных факторов изучена недостаточно и до сих пор однозначно не определено их прогностическое значение.

Возраст больных оказывает существенное влияние на прогноз после ИМ — чем старше больной, тем хуже прогноз. Летальность в группе больных старше 80 лет превышает 50% [5]. В настоящее время в развитых странах отмечается тенденция к быстрому увеличению доли лиц старше 60 лет в популяции и, соответственно, к повышению числа больных ИБС и ИМ пожилого возраста [19]. Это обуславливает необходимость создания реабилитационных программ, предназначенных для этой категории пациентов. Вместе с тем, ИМ чаще всего поражает лиц трудоспособного возраста и является нередкой причиной инвалидизации, что создает не только медицинские, но и социальные проблемы. У больных молодого возраста нередко нарушения психоэмоционального фона, имеющие значение для трудового прогноза. При утрате профессии ненадежный прогноз адаптации встречается в два раза чаще [3].

Ранее считалось, что ИМ чаще развивается у мужчин, однако в пожилом возрасте половые различия по заболеваемости ИМ сглаживаются, что связано с менопаузой и снижением защитной роли эстрогенов у женщин. Среди женщин коронарный атеросклероз также является наиболее распространенной причиной смерти [25], однако он развивается в среднем на 5–10 лет

позже, чем у мужчин. В последние годы отмечается повышение заболеваемости и смертности от ИБС в молодом возрасте не только среди мужчин, но и среди женщин, хотя половые различия в частоте ИБС и ИМ сохраняются [1]. Существуют данные о том, что при наличии боли в груди женщины реже мужчин обращаются за медицинской помощью, соответственно предстационарный период развития ИМ у них дольше, чем у мужчин [23]. По-видимому, именно этот фактор может объяснить более низкий процент агрессивных вмешательств (тромболитической терапии, аорто-коронарного шунтирования, баллонной ангиопластики) у женщин, страдающих ИБС. Исследования по эффективности различных методов реабилитации после ИМ проводятся, в основном, среди мужчин, а особенности физического и психологического статуса женщин в постинфарктном периоде и анализ эффективности реабилитационных мероприятий у них изучены недостаточно [1]. Вместе с тем, эти особенности существуют и должны быть признаны. В литературе имеются данные о том, что у женщин прогноз после перенесенного ИМ хуже, чем у мужчин [16]. Это обуславливает необходимость дифференцированного подхода к реабилитации больных ИМ в зависимости от пола.

Не последнюю роль в развитии ИБС, ИМ и внезапной смерти играет курение. Угнетая активность противосвертывающей системы, повышая агрегационную способность тромбоцитов и способствуя спазму коронарных сосудов, курение увеличивает риск развития ИМ в 3–5 раз [4]. Существуют данные о связи табакокурения с уровнем липопротеидов низкой плотности [4]. С одной стороны, необходимо учитывать несомненно доказанную патогенетическую роль курения, подтвержденную в многочисленных эпидемиологических исследованиях. С другой стороны, 500-летняя история табакокурения, начавшегося как своеобразный ритуал и окутанного психологической аурой, показывает необычайную трудность успешной борьбы с этим, казалось бы, управляемым, фактором риска. Вместе с тем, в работах некоторых авторов приведены данные о меньшей смертности при ИМ среди курильщиков [27]. Очевидно, у этих больных был менее выражен коронарный атеросклероз во время начала заболевания, т.к. курение в большой степени потенцирует действие острых провоцирующих факторов развития ИМ — спазма, тромбоза и разрыва бляшки. Действительно, в ранее проведенных исследованиях была найдена слабая от-

рицательная корреляционная взаимосвязь курения и атеросклероза [28], однако в последующем эти данные подтверждены не были. В другом исследовании установлена сильная корреляционная взаимосвязь с курением уровня фибриногена плазмы, но он не был связан с количеством выкуриваемых за день сигарет [17].

Мы не нашли в литературе четких данных о том, что ИМ чаще развивается в каких-либо социальных группах. Было показано, что трудности адаптации после ИМ не коррелируют с демографическими особенностями [21]. Вместе с тем, существуют данные о плохой адаптации при ИМ представителей рабочей профессии, а также о том, что больные ИМ с психопатическими изменениями, утяжелявшими прогноз, имели достоверно более низкий уровень образования [3, 8]. Получены данные, свидетельствующие о наличии корреляционной взаимосвязи между степенью коронарной окклюзии и уровнем образования, которая подтверждена в исследовании с включением как женщин, так и мужчин: оказалось, что риск развития ИМ значительно связан с длительностью и уровнем образования — выявлен вдвое больший риск развития ИМ у лиц с высшим образованием по сравнению с имевшими среднее образование [20]. Вероятно, длительность и уровень образования отражают личностные особенности, от которых зависит индивидуальная реактивность на внешние стрессоры и которые модулируют действие других коронарных факторов риска. Существуют данные о том, что работа с низким контролем над ее выполнением и, таким образом, связанная с большей ответственностью, является этиологическим фактором ИБС и ИМ [24]. Показано, что увеличение контроля над выполнением работы снижает риск заболевания ИБС в будущем [24]. Однако особенности течения ИМ, постинфарктного периода и подходов к реабилитации больных ИМ в зависимости от их социального положения нуждаются в дальнейшем изучении.

У больных ИМ часто встречаются изменения психосоциальной сферы, утяжеляющие течение болезни, затрудняющие реабилитацию и экспертизу трудоспособности. Эти изменения как предшествуют ИМ, так и развиваются в виде осложнений. Выраженные психические нарушения наблюдаются, по данным разных авторов, у 20-80% больных ИМ [11]. Существуют данные о том, что в ряду факторов риска ИБС психоэмоциональное напряжение занимает второе место после гиперхолестеринемии [12]. Связь между стрессом и состоянием сердца реализуется через вегетативную нервную систему. Психологический стресс у больных ИМ провоцирует преходящую ишемию миокарда, влияет на вегетативный баланс, активирует агрегацию тромбоцитов, провоцирует опасные нарушения ритма [13]. В настоящее время многие зарубежные авторы признают важную роль психосоциальных факторов в развитии и прогрессировании ИБС. Недавно показана связь пси-

хического статуса с долговременным прогнозом у больных ИМ: оказывается, больные с симптомами психологического стресса имеют вдвое большую смертность от ИБС в течение 5 лет, и этот риск остается, даже если все другие факторы контролируются [13].

Несмотря на большое количество публикаций, посвященных этой проблеме, психосоматические соотношения у больных ИБС и ИМ изучены явно недостаточно. Ряд авторов установил наличие своеобразия личностных свойств больных с различными формами ИБС [2]. Так, у пациентов со стенокардией выявлен более высокий уровень личностной тревожности, чем у больных ИМ. Последним более свойственно отрицание трудностей, основанное на защитном психологическом механизме вытеснения. В этом же исследовании получены данные о существенных различиях в динамике психологического состояния больных стенокардией и ИМ в период госпитализации. В то же время, по вопросу наличия взаимосвязи между психическими изменениями и особенностями клинического статуса в литературе нет однозначного мнения. Часть авторов эту взаимосвязь находит [2], в других исследованиях зависимости между структурой психопатологических нарушений и течением ИМ не выявлено [6].

Наиболее часто встречающимися и изученными в плане влияния на прогноз при ИМ психическими нарушениями являются депрессия и повышенная тревожность [11, 18]. Тревожные и депрессивные состояния после ИМ считались ранее коморбидными психическими изменениями, которые исчезают относительно быстро и не оказывают влияния на прогноз заболевания. Вместе с тем, еще в 1951 году P.D. White отмечал, что сердце можно лечить быстрее, чем депрессию, которая часто является осложнением. Однако в последнее время эти представления были существенно пересмотрены. До недавнего времени депрессию не считали причиной повышения заболеваемости и смертности при ИБС. Однако в последнее время эти представления были существенно пересмотрены. Значительные депрессивные расстройства в течение длительного времени после ИМ были выявлены у 15-30% больных. В общей популяции депрессия встречается у 2-4%, по зарубежным данным [7, 18] и у 9,5-11,3%, по российским [2], т. е., значительно реже, чем у больных ИМ. Показано, что еще до установления диагноза инфаркта миокарда проведение коронароангиографии сочетается с депрессией, таким образом подтверждено, что депрессия — это не просто реакция на заболевание [7]. Развитие депрессии в первые 6-12 месяцев после ИМ существенно коррелирует с повышением уровня смертности от ИБС; аритмии, коронарные события в раннем госпитальном периоде, реинфаркты, диспноэ и сохранение приступов стенокардии достоверно связаны с более глубокой депрессией [18]. У больных, имевших за два года до развития ИМ серьезные жизненные

стрессы, уровень депрессии был значительно выше [18]. Авторы делают вывод о том, что депрессия не зависит от тяжести заболевания и является независимым прогностическим признаком ИМ, летального исхода, а также необходимости аорто-коронарного шунтирования, ангиопластики, лучшим, чем снижение фракции выброса или ранняя постинфарктная стенокардия [7, 18]. Существуют данные о связи депрессии со снижением вариабельности ритма сердца, что объясняют действием вагуса [9]. Таким образом, депрессия после ИМ является прогностически важным признаком исхода заболевания. Анализируя взаимосвязь между уровнем, продолжительностью и стабильностью депрессии и риском неблагоприятного исхода, многие авторы считают, что депрессия является конституционально обусловленной хронической психологической характеристикой [8]. Понимание этой взаимосвязи является сложной методологической задачей. Возможно, имеется общий триггер, запускающий как депрессию, так и тромботический процесс. Оценка субклинических проявлений ИБС и депрессии еще до появления клинических симптомов является задачей будущих исследований и поможет лучше понять взаимосвязь между депрессией и ИБС, природу депрессии при ИМ и механизмы ее влияния на прогноз.

Повышенная тревожность — состояние, которое обычно сопутствует депрессии, но может развиваться и самостоятельно. Исследование, в которое были включены женщины с ИБС, показало, что уровень тревожности у них коррелировал со степенью коронарного атеросклероза, однако, подавление тревожности не предотвращало коронарную окклюзию [20]. Во всех проведенных проспективных исследованиях показана прогностическая роль тревожности для больных ИБС и ИМ; в 11 больших проспективных исследованиях доказано, что депрессия и тревожность могут являться этиологическим фактором ИБС [8].

Не вызывает сомнения, что реакция на стресс и болезнь находится в зависимости от личностных особенностей больного. В связи с этим, наибольшее обоснование и распространение получила выдвинутая в 1959 году М. Friedman и R.H. Rosenman концепция о взаимосвязи ИБС с определенными поведенческими особенностями, в совокупности получившими название поведенческого типа А [12]. Под ним подразумеваются поведенческие черты личности, которой свойственно чувство нетерпеливости, агрессивности, стремление к доминированию, деятельность “на износ” при максимальном напряжении духовных и физических сил, желание достичь эффекта во многих сферах деятельности, неумение отдыхать [12]. Лица типа поведенческого типа А, наоборот, характеризуются уверенностью в себе и отсутствием враждебности, им не свойственно состояние постоянной эмоциональной напряженности. При проведении крупных проспективных исследований за

рубежом и в нашей стране была подтверждена связь между типом поведения А и ИБС, в т.ч. и в исследованиях с использованием коронарорентрикулографии и патологоанатомических данных [10]. В 1981 году тип коронарного поведения А как фактор риска ИБС был официально признан Национальным институтом Сердце, Легкие и Кровь США. Однако интерес к проблеме не угасает до сих пор. Предположение о том, что коронарное поведение типа А — не целостная конструкция и имеет признаки, связанные и не связанные с ИБС, было высказано давно. Главные “коронарные” компоненты типа поведения А — нетерпеливость и враждебность — вероятно, могут быть связаны с ИБС и без наличия типа поведения А [12, 26]. Еще в ранних работах М. Friedman и R. H. Rosenman обнаружили, что неуверенность — скрытый компонент поведения типа А. Предположение, что в основе стремления к успеху у лиц типа коронарного поведения А лежит внутренняя неуверенность, было подтверждено недавно, а также доказана высокая корреляция неуверенности и беспокойства с типом поведения А и его главными компонентами — спешкой и враждебностью [26]. Существуют работы, показывающие, что отдельные компоненты поведения типа А (независимо от его наличия) — нетерпеливость, враждебность, беспокойство — также связаны с развитием ИБС [12]. Однако механизмы взаимосвязи типа поведения А и ИБС не уточнены. Показано, что поведение типа А, а также антагонистическая враждебность связаны с высоким уровнем холестерина, триглицеридов и липопротеидов низкой плотности [15]. Кроме того, существуют данные, что в основе взаимосвязи поведения типа А и ИБС лежит повышенная физиологическая реактивность [31]. Известно, что у лиц типа коронарного поведения А повышена реакция на интеллектуальные тесты, на жизненные события, выражающаяся в повышении артериального давления, частоты сердечных сокращений, выброса катехоламинов, тестостерона и в снижении парасимпатического антагонизма симпатической активности. Молодые люди типа поведения А более реактивны, а у пожилых более выражены признаки хронического стресса. В последнее время появились работы, показывающие, что хроническая враждебность в итоге приводит к истощению и срыву адаптации к хроническим стрессорам, что запускает процесс болезни через активизацию нейроэндокринной системы, лимбико-гипоталамо-адrenalового комплекса и выделение провоспалительных цитокинов [14].

Вместе с тем, в литературе до сих пор не существует однозначного мнения о месте типа коронарного поведения А в ряду факторов риска ИБС и ИМ. Часть авторов указывает на высокую корреляцию типа поведения А и его главных компонентов — нетерпеливости и враждебности — с развитием ИБС и ИМ и приводит данные о том, что коррекция типа поведения снижает

заболеваемость ИБС у лиц типа поведения А [12, 26]. Однако К. Matthews, приводя данные мета-анализа исследований, посвященных связи типа коронарного поведения А с ИБС, делает вывод о том, что поведение типа А не является надежным предиктором ИБС, если учитываются все независимые исследования и их участники [22]. Тем не менее, относительно определенных популяций эта связь прослеживается. Ни в одном из пяти последних исследований, в которых оценивалась прогностическая роль типа поведения А для больных ИБС и ИМ, не получено положительных результатов [8]. Поскольку факторы риска начала ИБС и ее прогрессирования различаются, тип поведения А может по-разному влиять на них и иметь разную связь с ИБС в группе первоначально здоровых и лиц с диагностиро-

ванной ИБС. Возможно, что тип поведения А в большей степени влияет на начало болезни и острые провоцирующие факторы (спазм, тромбоз, разрыв бляшки), и в меньшей — на коронароатеросклероз. Таким образом, можно считать доказанным, что тип коронарного поведения А может быть надежным прогностическим признаком начала ИБС в общепопуляционных группах, однако его роль как прогностического признака прогрессирования ИБС и исходов ИМ не определена.

Таким образом, становится очевидным, что адекватная реабилитационная программа у больных ИМ должна включать не только традиционные медикаментозные воздействия, но и ряд мер, направленных на коррекцию поведенческих и социальных факторов с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

### Литература

1. Аронов Д.М., Караджаева О.А. Некоторые аспекты физической и психической реабилитации женщин, перенесших инфаркт миокарда. // Тер. арх.-1992.-№3.-С.89-93.
2. Мелентьев А.С., Мелентьев И.А. Особенности личности и психологического статуса больных острым инфарктом миокарда и больных стенокардией. // ТОП-медицина.-1995.-№4.-С.23-25.
3. Николаева Н.В., Федоров В.В. Трудовой прогноз у больных инфарктом миокарда. // Кардиология.-1997.-№3.-С.73-75.
4. Преображенский Д.В., Шатунова И.М. Курение как фактор риска ишемической болезни сердца. // Кардиология.-1988.-№10.-С.113-26.
5. Сумароков А.Б. Риск-стратификация больных ишемической болезнью сердца. // Русск. мед. журн. — 1999.-т.6, №14.-С.896-905.
6. Хадзегова А.Б., Айвазян Т.А. Динамика психологического статуса и качества жизни больных инфарктом миокарда в зависимости от тяжести постинфарктного периода. // Кардиология.-1997.-№1.-С.37-39.
7. Adrew B., Littman M. Prevention of disability due to cardiovascular disease. // Heart disease and Stroke.-1993.-Vol.2.-274-277.
8. Appels A., Bar E., Lasker J. et al. The effect of a psychological intervention program on the risk of a new coronary event after angioplasty: a feasibility study. // J. Psychosom. Res.-1997.-Vol. 43(2).-P. 209-217.
9. Anda R., Williamson D. et al. Depressed affect, hopelessness and risk of ischemic heart disease in cohort of U.S. adults.// Epidemiology.-1993.-Vol.4.-P.285-294.
10. Brunner E. Socioeconomic determinants of health: stress and biology of inequality. // Brit. Med. J.-1997.-Vol.314.-P.1472-1474.
11. Cleophas T.J. Depression and myocardial infarction. Implications for medical prognosis and options for treatment.// Drugs Aging.-1997.-Vol.11.-P.11-118.
12. Friedman M., Thoresen C. Alteration of type A behaviour and its affect on cardiac recurrences in post-myocardial infarction patients: summary results of the Recurrent Coronary Prevention Project. // Am. Heart J.-1986.-Vol.112.-P. 653-665.
13. Frasure-Smith N., Lesperance F. Differential long-term impact of in-hospital symptoms of psychological stress after non-Q-wave and Q-wave myocardial infarction. // Am. J. Cardiol.-1992.-Vol.69.-P.1129-1131.
14. Goodkin K., Appels A. Behavioural-neuroendocrine-immunologic interactions in myocardial infarction. // Med. Hypothesis.-1997.-Vol.48.-P.209-214.
15. Harralson T.L. The relation of animosities to lipids and lipoproteins in women: an evidence about a role of antagonistic animosities. // J. Behav. Med.-1998.-Vol.20.-P. 59-63.
16. Kornovski R., Goldbourt U. and SPRINT Group. Clinical predictors of reinfarction among men and women after a first myocardial infarction. // Cardiology.-1995.-Vol.86.-P.163-168.
17. Kubzansky L.D., Kawachi I. et al. Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological and experimental evidence. // Ann. Behav.Med.-1998.-Vol.20.-P.47-58.
18. Ladwig W., Lehmacher W. Factors which provoke post-infarction depression: results from the post-infarction late potential study. // J. of Psychosom. Res.-1992.-Vol.36.-P.723-729.
19. Lakatta E.G. Anging effects on the vascular system in health: risk factors for cardiovascular disease. // Am. J. Geriatr. Cardiol.-1994.-Vol.3.-P.11-17.
20. Low K.J., Fleisher C., Colman R. et al. Psychological variables, age, and angiographically-determinanted coronary artery disease in women. // Ann. Behav. Med.-1998.-Vol. 20(3).-P. 221-226.
21. Mayou R. The course and determinants of reaction to myocardial infarction. // J. of Psychol. Res.-1990.-Vol.184.-P.588-594.
22. Matthews K. Coronary Heart Disease and type A behaviors: update on alternative to the Booth-Kewley and Fridmen [1987] quantitative review. // Psychol. Bull.-1988.-Vol.104.-P.373-380.
23. Madlik M. Comparative study of differences in samples of a behaviour of a direction of the men and women, who has experienced connected by a means a pain in chess.// Crit. Nurs.-1998.-Vol.14.-P.192-202.
24. Marmot M.G., Bosma H. et. al. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. // Lancet.-1997.-Vol.26.-P.235-239.
25. Maxwell C. Women and coronary heart disease. // Res. Cardiol.-1998.-Vol.93.-P.79-84
26. Price V., Friedman M. Relation between insecurity and type A behavior. // Am. Heart J.-1995.-Vol.129.-P. 488-491.
27. Sparrow D., Dawber T. The influence of cigarette smoking on prognosis after a first myocardial infarction. // J. Chron. Dis.-1988.-Vol. 31.-P. 425-432.
28. Viestra R.E., Kronmal R.A. Factors affecting the extent and severity of coronary artery disease in surgery study. // Arteriosclerosis.-1982.-Vol.2.-P.208-215.
29. Williams R.B., Haney T.L., Lee K.L. Type A behaviour, hostility and coronary atherosclerosis. // Psychosom. Med.-1989.-Vol.42.-P.539-549.
30. Zachar B.Z. Coronary-Prone behavior. Type A behaviour resisted. // Texas Heart Inst. J.-1993.-Vol.3.-P. 143-151.
31. Williams R.B., Barefoot J.C. et al. Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary heart disease. // JAMA.-1992.-Vol.267.-P.520-524.

Поступила 12/11-2002