



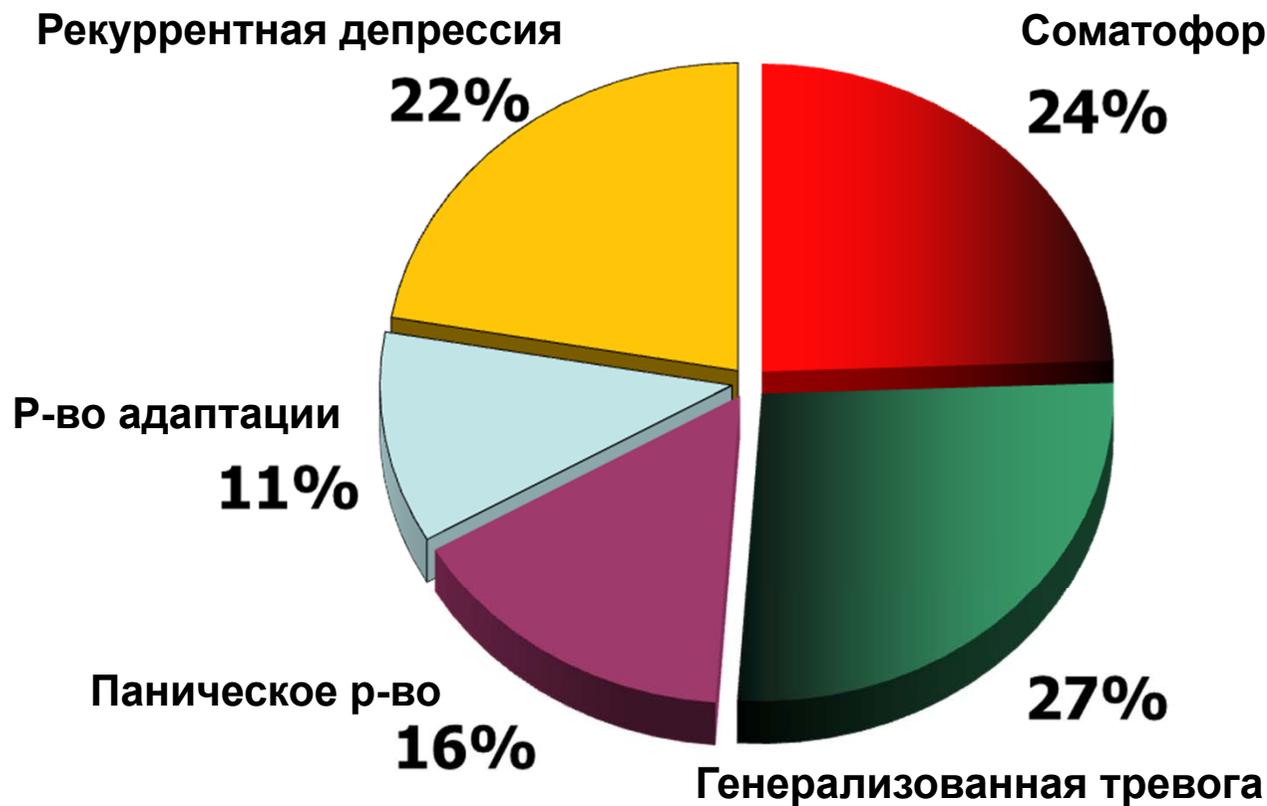
Белялов Фарид Исмагильевич

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования

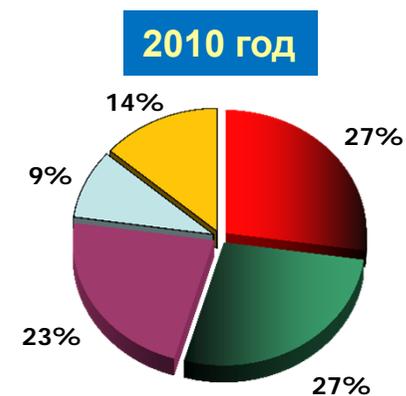
Психосоматический подход в практике кардиолога

Иркутск, 22 сентября 2011 года

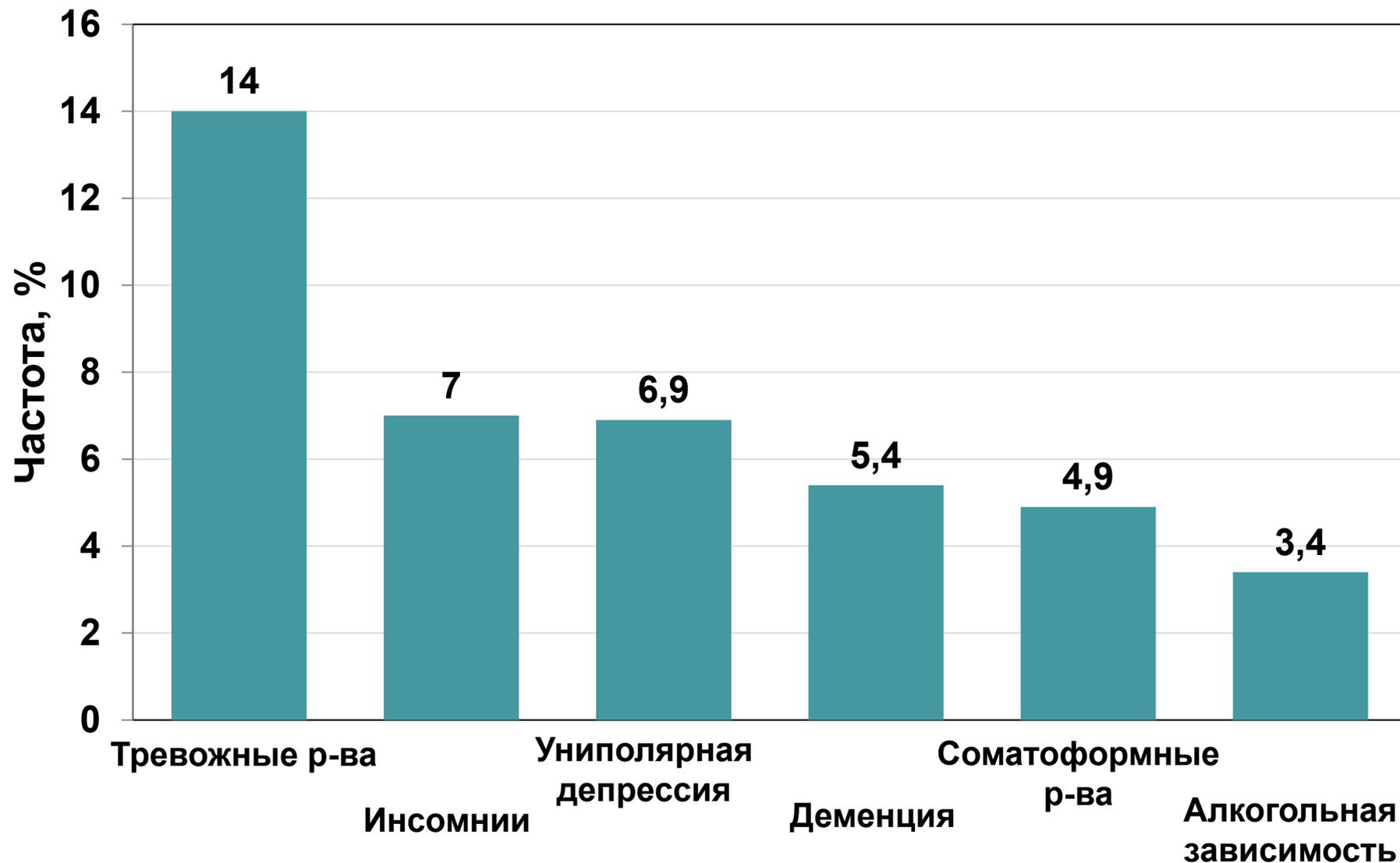
Статистика Кардиоаритмологического центра ИГМАПО



45 пациентам из 247 (18%) установлен
диагноз психического р-ва.



Психические расстройства в Европе



Клинический пример N1

- Пациент В., 34 года.

Направлен на консультацию из госпиталя, где находится с 1.09.11 сначала в неврологическом, а затем в терапевтическом отделении с диагнозом **«Нейроциркуляторная дистония»**.

Отмечает сердцебиение, перебои, колющие кардиалгии до 3-20 мин без связи с ФН, постоянно тяжесть в груди, лабильное АД, одышку при ходьбе через 300 м, подъеме на 2 этаж.

Эхокардиография

ЛП = 31 мм

КДР = 50 мм

ТМЖП = 10 мм

ФВ = 60%

Клапаны не изменены.

Эхокардиография

ФГУ 325 ВГ СИБВО МО-РФ

отделение 1016 дата 25.08.16

Аппарат LOCIC P5 ФИО

Валентин В. В. (37-40 лет) пол: м ж возраст 37 лет

на уровне синус Вальсальвы 30 мм (37-40 мм) возраст АО -

ЛП 31 мм фронт/верт. 30/32 мм МЖП 10/15 мм ТЗСЛЖ 10/15 мм

КДР 50 мм КСР 34 мм КДО 110 мл КСО 49 мл УО 71 мл

ФВ 60 % Фракция укорочения 32 %

перед. створка: 19 мм фронт. - мм ПП: фронт/верт. 36/41 мм

ЛД мсек 138

движение дис - кон — кордантное, расхождение створок 30 мм (≈ 27 мм)

см кв., прогиб псмк - см, зсмк - см, створки не уплотнены, подвижны

МК - утолщена, уплотнена - по всей длине, у основания, на конце.

Ж - утолщена, уплотнена - по всей длине, у основания, на конце.

кальциаты - нет, есть -

поток ламинарный, турбулентный. У макс. (0.6 - 1.3 м/сек.)

регургитация: нет, есть - нет

стенка: не изменена, стенка уплотнена, утолщена -

расхожд. створок: 20 (15-26 мм)

створки не уплотнены, подвижны, уплотнены, утолщены, кальциаты -

поток ламинарный, турбулентный. Регургитация: нет, есть -

(0.9-1.7 м/сек) IVRT - мсек

не изменен, изменен. Прогиб передней - , септ. -

поток ламинарный, турбулентный. V max (0.3-0.7) Регургитация: нет, есть - нет

систолич. ствол: 17 мм, поток ламинарный, турбулентный. V max (0.6-1.3)-

регургитация: нет, есть -

скорость: 0.7- 1.1 м/с): 1.0

исполнения: нормальный, гипертрофический, гиперфункциональный, дилатационный

м/сек. Vп.Е м/сек. Е/А 7.1

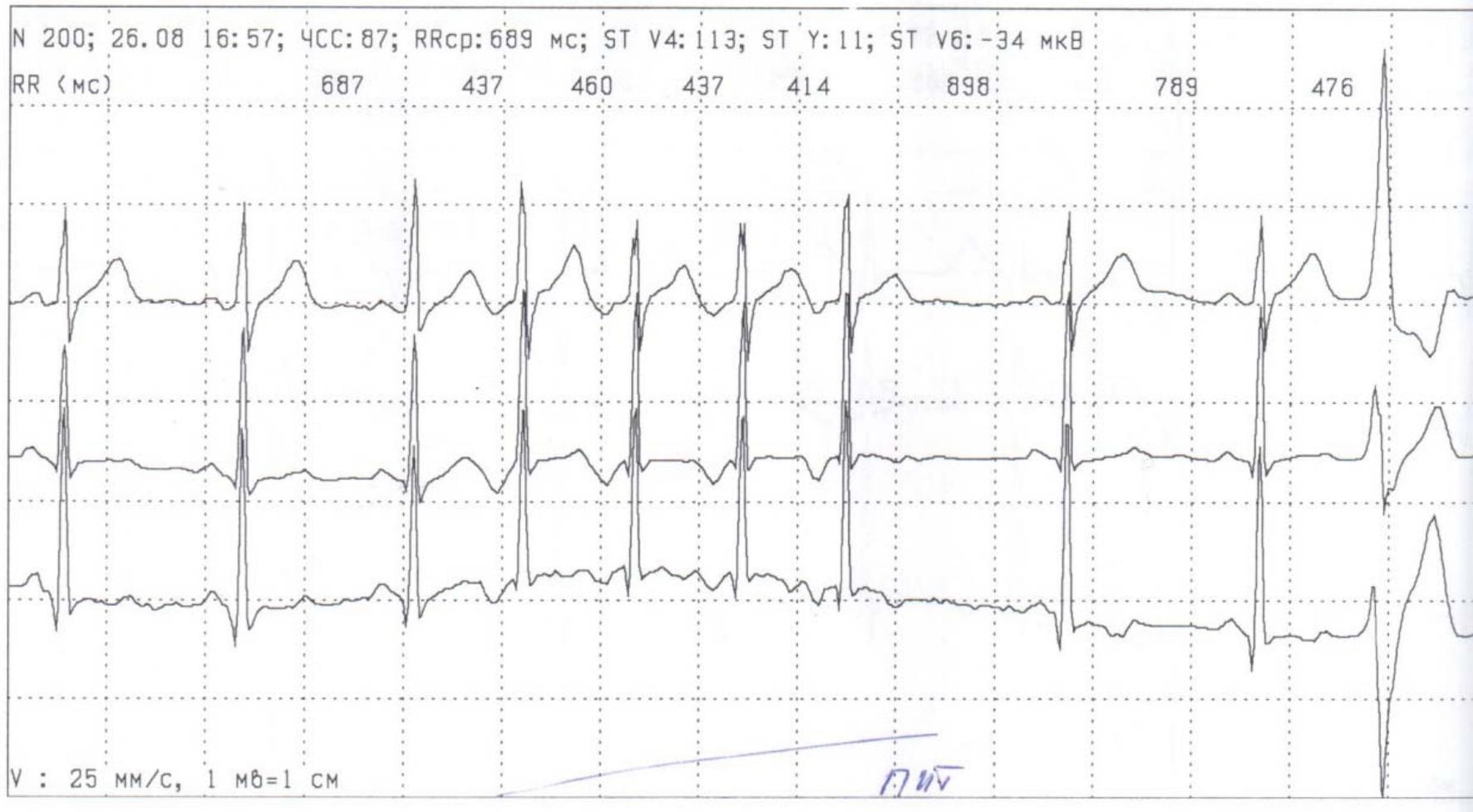
дискинезии: нет

Фракция укорочения 32 %

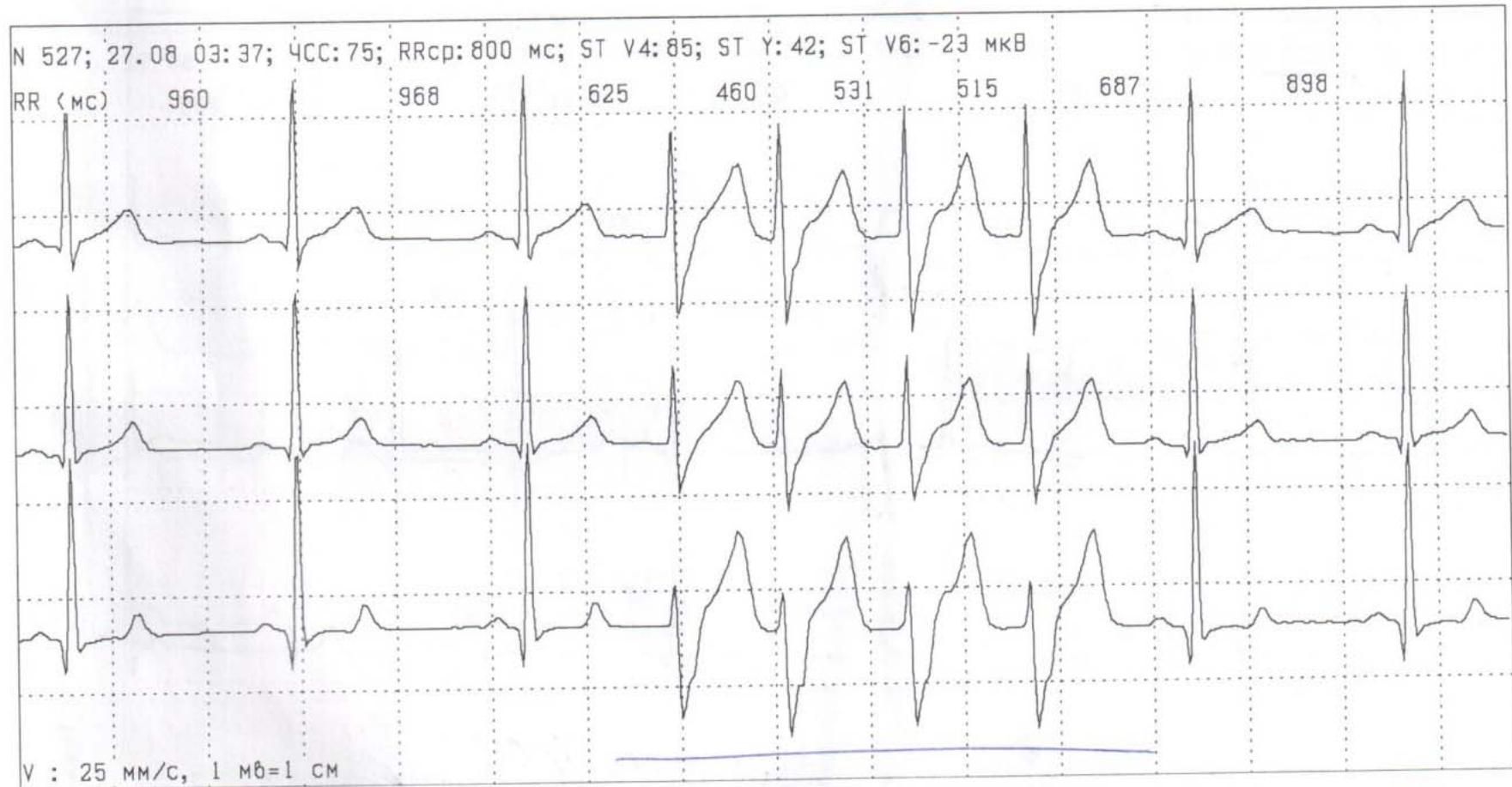
ФВ 60 %

Курчина Ф. В. Ратцева С. В.

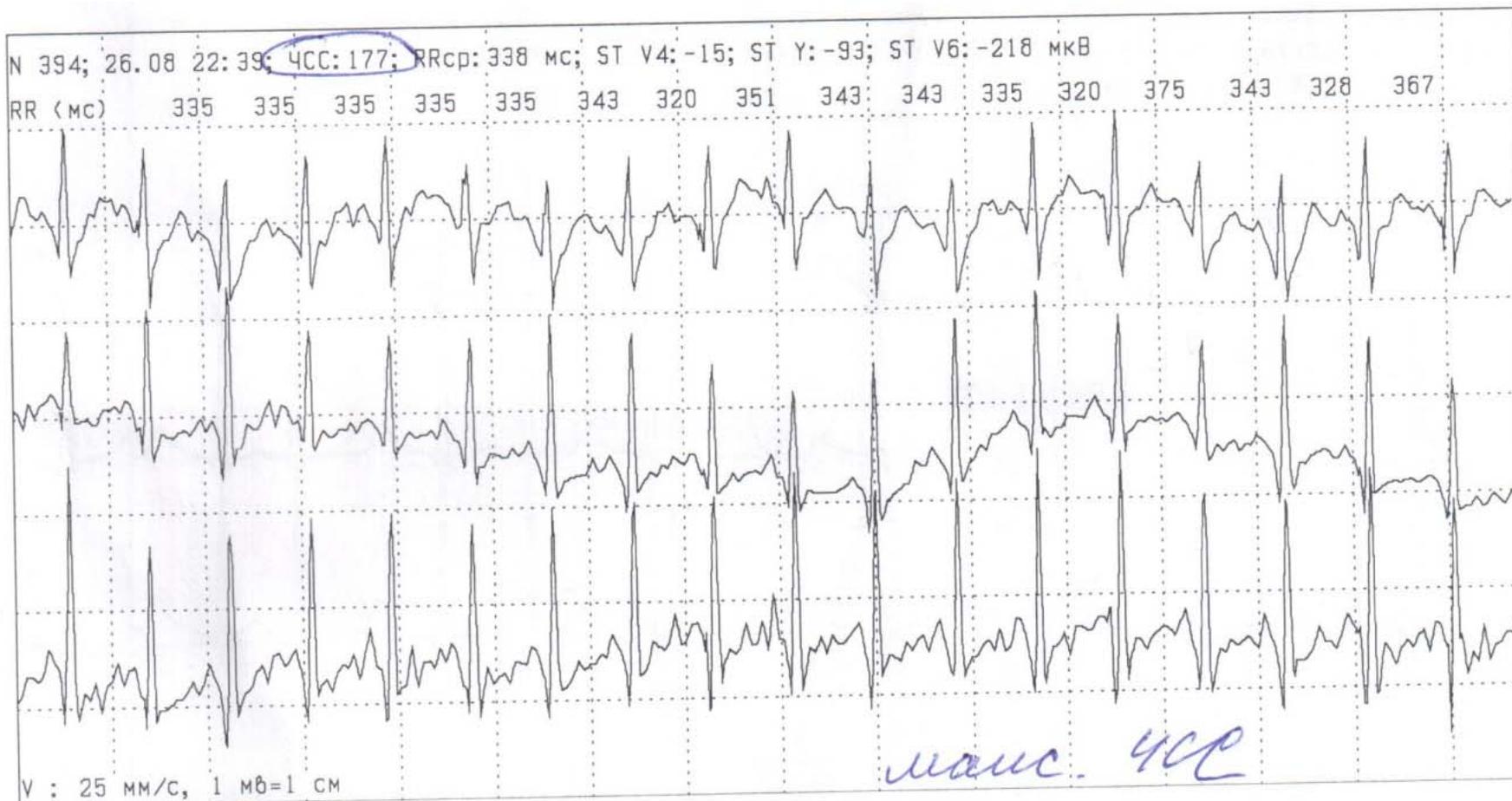
Холтеровское мониторирование



Холтеровское мониторирование



Холтеровское мониторирование



Заключение

- Ds: Пароксизмальная неустойчивая предсердная и желудочковая тахикардия.
- Для контроля тахикардии показаны бета-адреноблокаторы.

Анализ профессора В.С.Собенникова

Жалобы: р-ва сна (пробуждения, беспокойные сновидения – якобы вещие сны), раздражительность, вспыльчивость, часто тревога с сердцебиением, колющие боли в обл.сердца, «перебои» в сердце. При конфликтной ситуации – «теряется», не может говорить, чувство, что «руки заблокированы» – трудно их поднять.

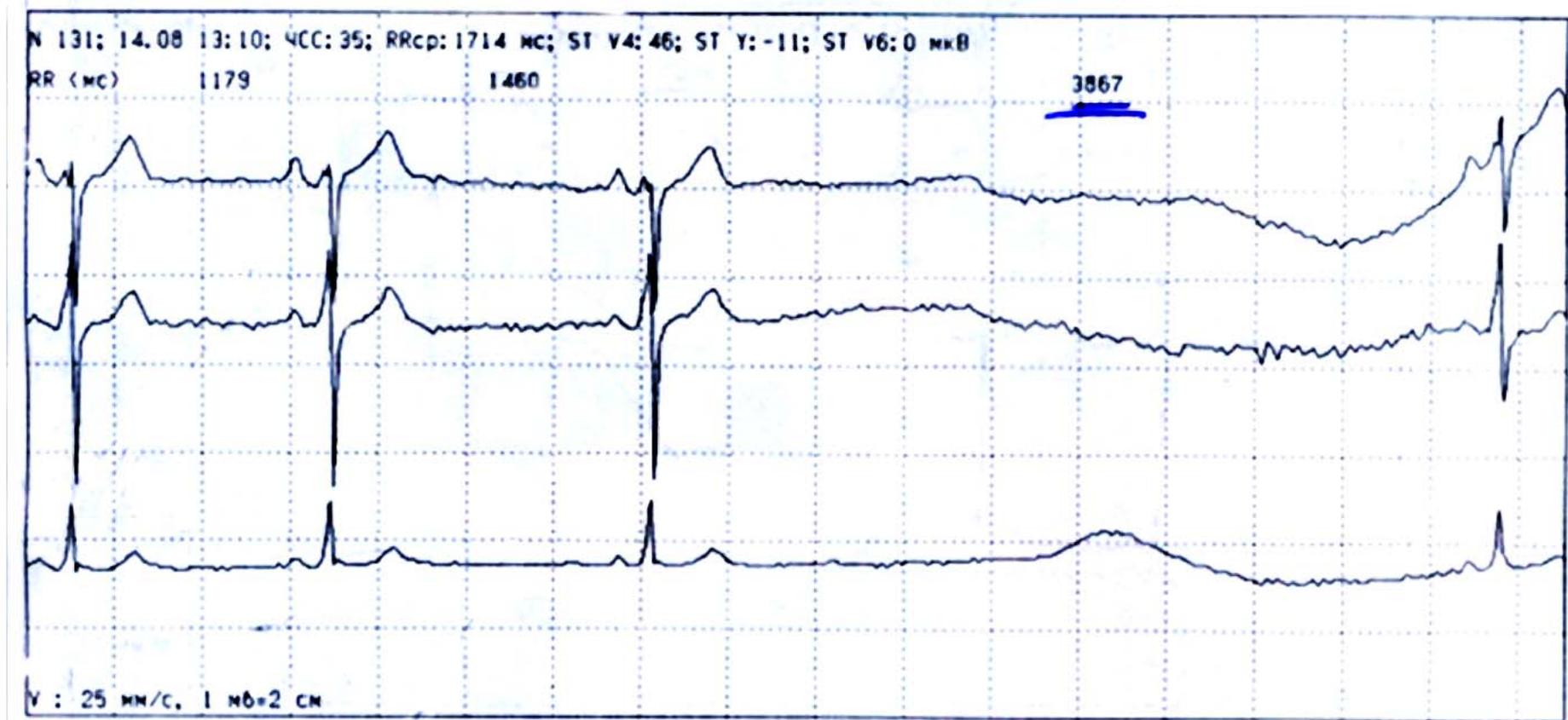
Анамнез. Мать после развода с отцом «потеряла чувствительность» – болела более года. С детства занимался спортом, редко болел, был «ответственным», сенситивным к одобрению со стороны окружающих.

Болен 2 года, после гибели подчиненных-солдат, проводилось служебное расследование – была угроза суда, увольнения. До настоящего времени – начальник отмечает, что «такие офицеры армии не нужны», считает такую оценку несправедливой. Кроме того, 2 года – конфликт с женой, живут порознь, она обвиняет в бытовой неустроенности, неспособности достойно содержать семью, в этой связи в ноябре 2010 были даже суицидальные мысли, однако «помогла церковь». В то же время в течение года живет с другой женщиной. Во время беседы-держится претенциозно, стремится вызвать сочувствие, озабочен, в большей степени, ситуацией на службе. В оценке ситуации экстрапунитивен. «Вектор вины» направлен во вне. В эмоц.реакциях – преобладает раздражение и гнев в отношении «обидчиков», тревога в отношении собственного благополучия.

Клинический пример N2

- Пациент И., 45 лет.
- Оценить необходимость имплантации электрокардиостимулятора.
- Оптимизировать лечение в связи с заболеванием сердца.

Холтеровское мониторирование



Паузы до 3800 - 4600 мсек.

Рекомендации

АНА/ACC/HRS, 2008; ВНОА, 2009

I класс (доказана эффективность)

1. ДСУ с документированной синусовой брадикардией, включая частые синусовые паузы, которая вызывает **СИМПТОМЫ**.

2. **Симптомная** хронотропная недостаточность.

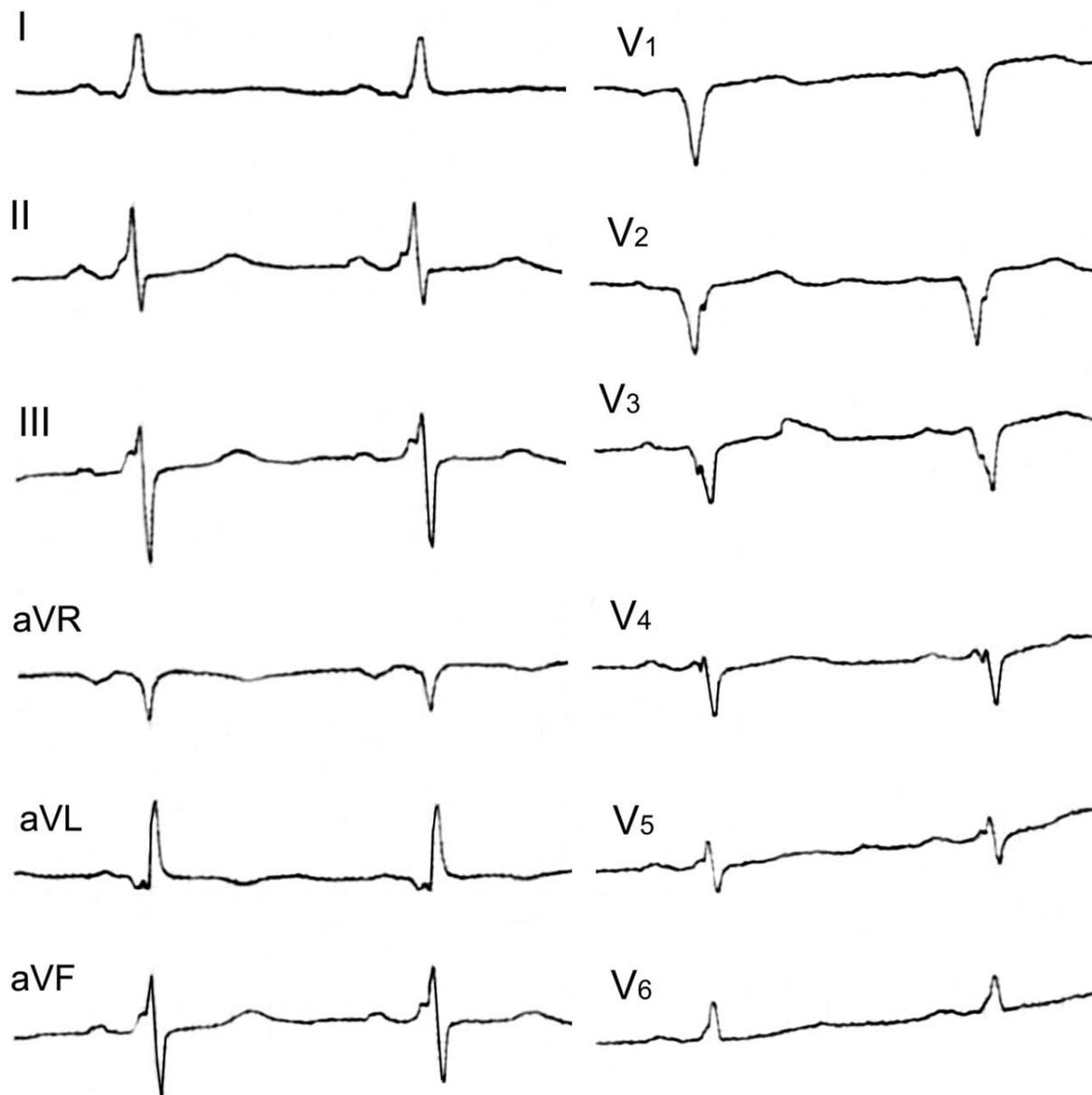
3. **Симптомная** брадикардия, вызванная медикаментами, которым нет имеет приемлемой альтернативы.

IIa класс (больше данных в пользу эффективности)

1. ДСУ с ЧСС <40 в мин, когда четкая связь между значимыми **симптомами** и брадикардией, острое появление брадикардии не документированы.

2. **Синкопе** неуточненного происхождения с выраженными аномалиями функции синусового узла, выявленными при ЭФИ.

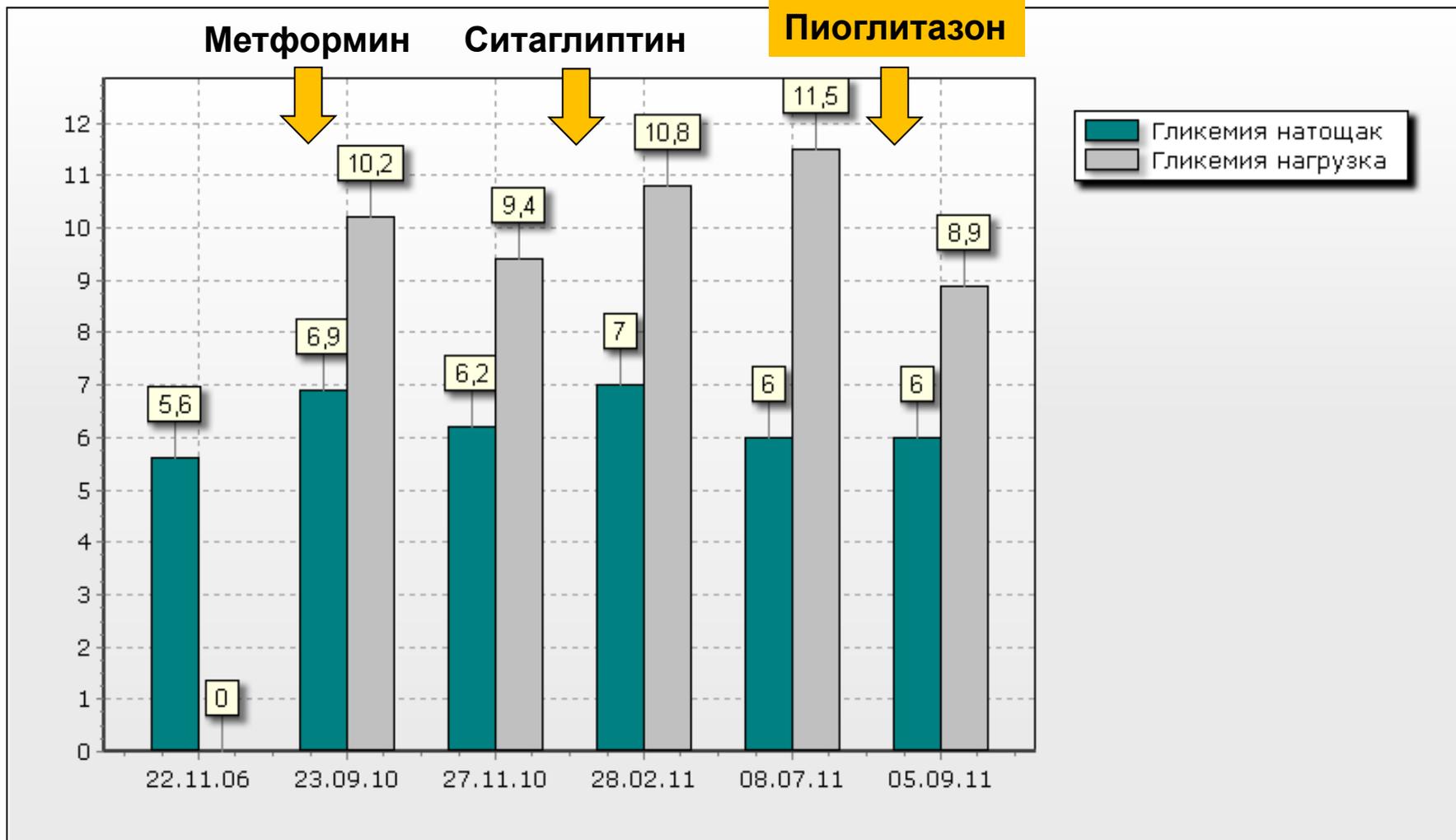
Электрокардиограмма



Дополнительный анамнез

- Постоянная тревога с мыслями об возможном заболевании сердца, смерти, усиливающаяся после неосторожных высказываний врача.
- Приступы паники со страхом смерти, остановки сердца.
- Частые анализы крови с контролем холестерина и гликемии.
- Отказ от дальних поездок.

Динамика гликемии



Тревога и риск смерти при ИБС



4864 пациентов, 5 лет наблюдения, шкала HADS

Заключение

- ИБС: ПИКС (2006), бессимптомная дисфункция синусового узла с паузами до 3,8 - 4,6 сек.
- Предиабет: нарушенная гликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе.
- Генерализованное тревожное расстройство. Паническое расстройство.

Лечение

- Отказ от имплантации ЭКС.
- Совместный с пациентом контроль над факторами риска (гипергликемия, дислипидемия).
- Поддерживающая психотерапия.
- Ежедневные пробежки.
- Возможны дальние поездки.

Клинический пример N3

- Пациентка П., 40 лет.
- С 2010 года беспокоит сердцебиение (частое, паузы, перебои), преимущественно ночью с 0 до 2 ч.
Ежемесячно вызывает СМП.

Холтеровское мониторирование

Время: 10ч35м34с 25 мм/с, 10мм/мВ.



- **Психические расстройства не вызывают серьезного поражения внутренних органов!**

Дополнительный анамнез

- Сердцебиение выраженное - «сердце стучится о грудную клетку».
- Сердцебиение сочетается с похолоданием ног, потливостью, полиурией, тошнотой, рвотой, страхом смерти.
- Постоянные боли внизу живота, но после многочисленных обследований и консультаций (уролог, гинеколог, колопроктолог, невролог) причина не найдена.
- Не работает - сложно стало работать продавцом ("нужно все время быть на виду"), не смогла мыть посуду в кафе ("боли в руках").

Заключение

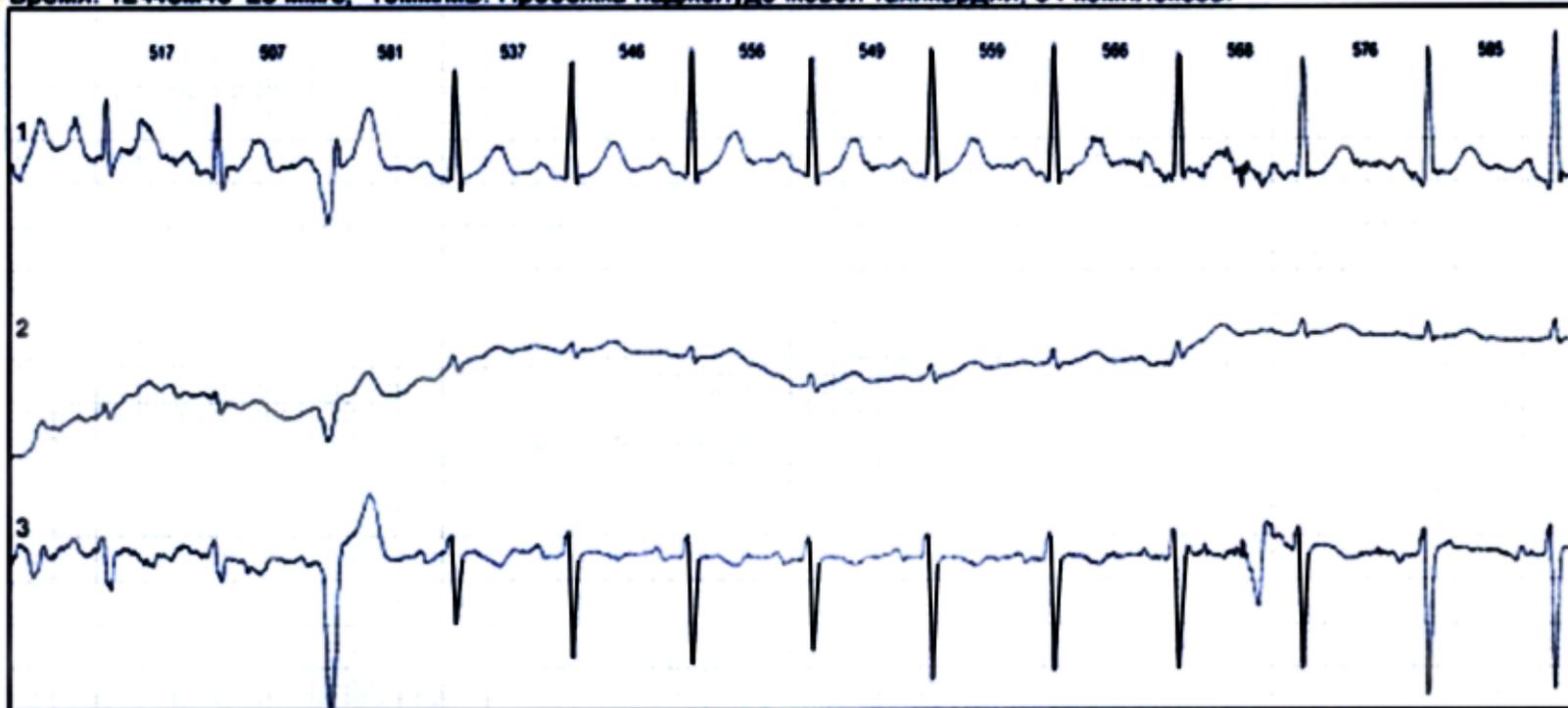
- Ds: Соматоформное расстройство.
- Бета-адреноблокаторы для контроля экстрасистолии и синусовой тахикардии.
- Консультация психиатра.

Клинический пример N4

- Пациентка Д., 34 года.
- С 2005 приступы неритмичного сердцебиения.

Холтеровское мониторирование

Время: 12:43:44с 25 мм/с, 10мм/мВ. Пробежка наджелудочковой тахикардии, 84 комплексов.



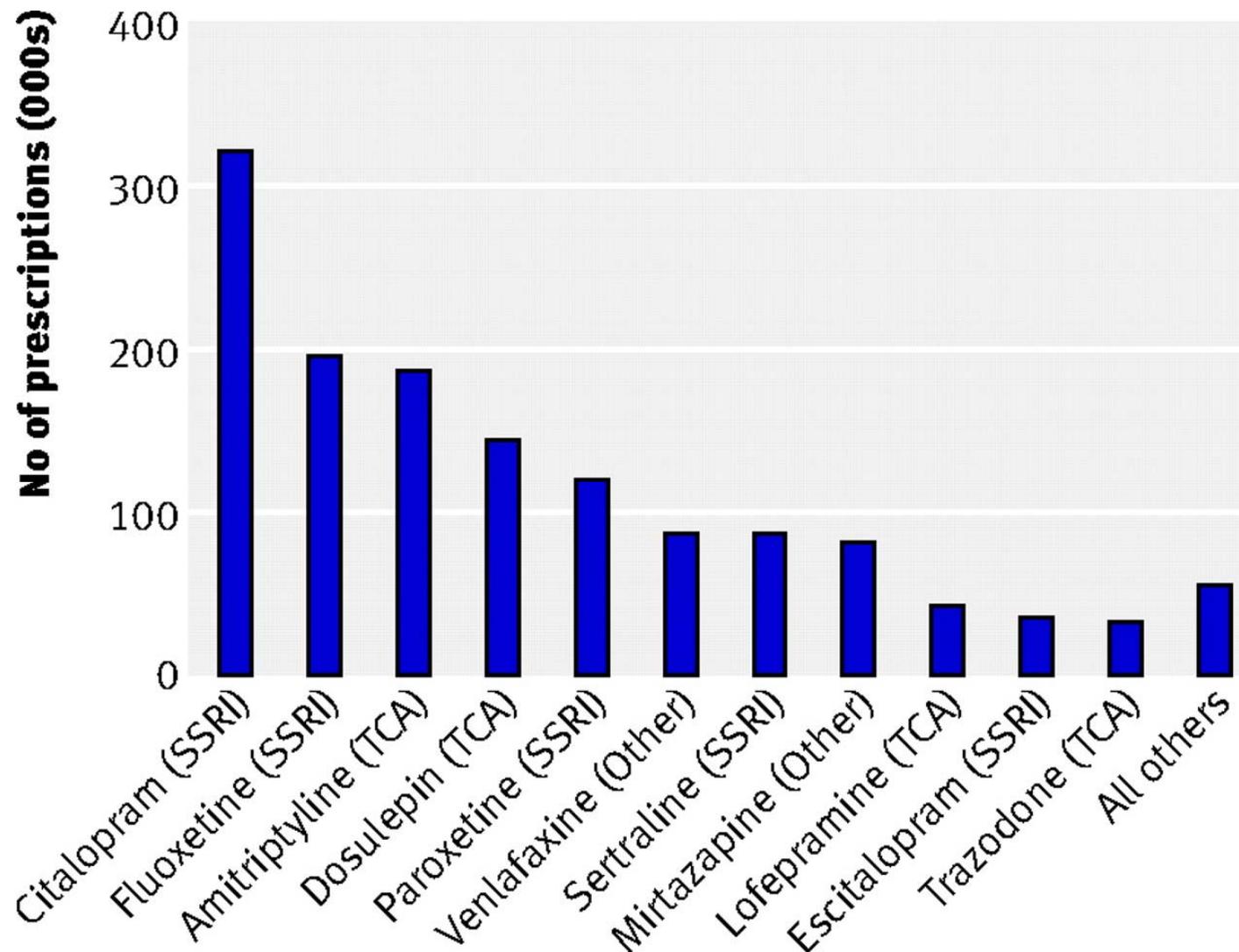
Дополнительный анамнез

- Приступы сердцебиения сопровождаются похолоданием рук и ног, тремором, гиперемией лица, страхом смерти.
- Боится засыпать, ходить одна, уезжать из села.
- Приехала на консультацию с сестрой.

Заключение

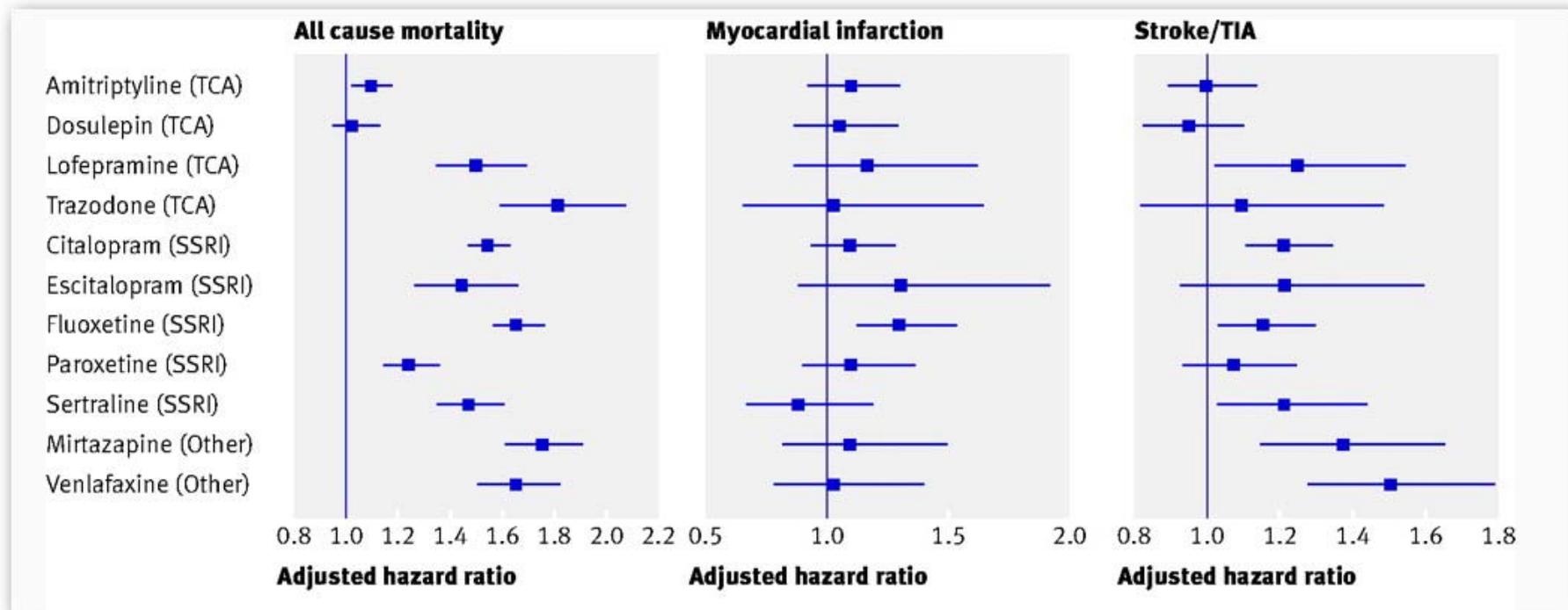
- Ds: Паническое расстройство с агорафобией.
- Постоянный прием сертралина - 25 мг 1 раз утром одну неделю, далее 50 мг. Если нет эффекта в течение месяца - 75-100 мг.
- При приступах паники - алпразолам 0.25-0.5 мг.

Частота назначения антидепрессантов



570 врачей общей практики в Великобритании, 60746 пациентов с депрессией, 1398359 рецептов на антидепрессанты с 1996 по 2008 год.

Насколько безопасны СИОЗС ?



570 врачей общей практики в Великобритании, 60746 пациентов с депрессией, 1398359 рецептов на антидепрессанты с 1996 по 2008 год.



fotolia

fotolia



fotolia

fotolia

fotolia

fotolia

