

**Список літератури**

1. Марута, Н. А. Аутоагресивное поведения у военнослужащих внутренних войск МВД Украины (причины, механизмы, профилактика) / Н. А. Марута, В. С. Гичун // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50). — С. 71—75.  
 2. Михайлов, Б. В. Социальная психиатрия, психотерапия и медицинская психология в Украине / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк // Український медичний альманах — 2000. — Т. 3, № 2 (Додаток). — С. 103—104.  
 3. Москаленко, В. Ф. Актуальні проблеми психіатрії в Україні / В. Ф. Москаленко, Є. М. Горбань, С. І. Табачников // Лікарська справа. Врачебное дело. — 2001. — № 2 (1057). — С. 3—9.  
 4. Паламарь, А. Д. Об актуальных направлениях развития военной психиатрии, психотерапии и клинической психологии

в Вооружённых Силах Украины / А. Д. Паламарь, О. М. Рапча // Архів психіатрії. — 2001. — № 1—2 (24—25). — С. 22—25.  
 5. Курасов, Е. С. Некоторые индивидуально-личностные особенности курсантов с пограничными психогенными расстройствами / Е. С. Курасов // Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии [Всероссийская науч.-практич. конф. с междунаро-д. участием, 16—17 июня 2005 г.]: материалы конф. — СПб., 2005. — С. 107—108.  
 6. Мельникова, Е. А. Профилактика психических расстройств у военнослужащих / Е. А. Мельникова, Ф. И. Василенко, Г. Ю. Гинько // Там же. — С. 111—112.

*Надійшла до редакції 18.05.2010 р.*

**О. П. Михайлик**

*Академия внутренних войск МВД Украины (г. Харьков)*

**Изучение патологии психосоматического происхождения у курсантов Академии внутренних войск МВД Украины вследствие нарушения процесса адаптации к обучению и её психотерапевтическая коррекция**

В статье рассмотрены результаты изучения развития патологии психосоматического происхождения у курсантов Академии внутренних войск МВД Украины вследствие нарушения процесса адаптации к обучению в высшем военном учебном заведении. Дана оценка проведённой психотерапевтической коррекции данной патологии. Указано на необходимость дальнейшего тщательного изучения и усовершенствования психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи военнослужащим путём разработки современной системы эффективной психопрофилактики в воинских формированиях.

*Ключевые слова:* нарушения адаптации, психотерапевтическая коррекция, курсанты.

**O. P. Mikhailyk**

*Academy of the Interior Troops of the MIA of Ukraine (Kharkiv)*

**The psychosomatic pathology of cadets (the Academy of the Interior Troops, MIA, Ukraine) as a result of the incorrect process of adaptation to learning, its study and psychotherapeutic correction**

The study of the development of the psychosomatic pathology by the cadets of the Academy of the Interior Troops, MIA, Ukraine, due to the incorrect process of adaptation to learning in a higher military educational establishment is being summed up in the article. The estimation of the undertaken psychotherapeutic correction of this pathology is provided. The necessity of further thorough study and improvement of psychiatric, psychotherapeutic and psychological assistance to the military men by means of development of modern system of psychoprophylaxis in military units is pointed out.

*Keywords:* adaptation disorders, psychotherapy correction, cadets.

УДК: 616.89-008.19:616.127-0058

**В. Б. Михайлов, врач-психиатр**

*Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (г. Харьков)*

**ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА**

Проведено исследование эмоциональных и когнитивных нарушений у 30 лиц, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), из них 21 мужчина, 9 женщин. Обследование проводилось в 3 этапа: 1 этап в течение 28 дней после перенесенного ИМ (острый период), 2 этап — через 3 месяца, 3 этап — через 6 месяцев после перенесенного ИМ (восстановительный период).

В остром периоде у обследованных больных на фоне сохранения когнитивных функций ведущим был болевой синдром, на основе которого формировались выраженные психоземotionalные нарушения. В дальнейшем психоземotionalные нарушения уменьшались, у больных формировались реакции невротического уровня с преобладанием тревожно-депрессивной симптоматики.

*Ключевые слова:* эмоциональные нарушения, когнитивные нарушения, инфаркт миокарда

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются одной из важнейших проблем клинической медицины. Это обусловлено большой распространенностью и значительной смертностью от данной патологии [3,4,5,8]. За последние 5 лет в Украине количество больных ССЗ выросло на 16,6 %, в том числе артериальной гипертензией (АГ) — на 44 %,

ишемической болезнью сердца (ИБС) — на 37,5 %, цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) — на 15,5 %. Наиболее тяжелым осложнением сердечно-сосудистых заболеваний, является инфаркт миокарда (ИМ) — главная причина смертности и инвалидности не только в Украине, но и во всем мире [9—11]. У большинства больных, перенесших ИМ, отмечаются различные нарушения эмоциональной и когнитивной сферы, усугубляющие течение заболевания, затрудняющие восстановительно-реабилитационные процессы, являющиеся одной из главных причин временной нетрудоспособности и инвалидности пациентов [3, 6—8].

Вышеизложенное послужило основанием для проведения исследования, целью которого явилось изучение особенностей формирования эмоциональных и когнитивных нарушений у лиц, перенесших ИМ.

Были использованы следующие методы исследования: клинико-психопатологические, психодиагностические (шкала депрессии Гамильтона (HDRS), шкала депрессии Бека, шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера — Ханина, «краткая шкала оценки психического статуса» (тест MMSE)), статистические [1, 2, 6].

Михайлов В. Б., 2010

Было проведено комплексное клиничко-психопатологическое обследование 30 больных, перенесших ИМ. Обследование проводилось на базе кардиологического отделения ГКБ МСП № 4.

Диагноз ИМ устанавливали на основании критериев ВОЗ. Изучали анамнез, данные объективного исследования, результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. В результате обследования устанавливали величину ИМ, его протяженность, локализацию.

Распределение больных по полу, локализации и электрографической достоверности ИМ представлено в таблице 1.

Таблица 1  
Распределение больных по полу, локализации и электрографической достоверности ИМ

Локализация ИМ	Пол	Достоверность ИМ			
		Q-позитивный		Q-негативный	
		абс.	%	абс.	%
Передний ИМ, включая перегородку и верхушку	Мужчины	4	13,3	1	3,3
	Женщины	1	3,3	2	6,6
Передне-боковой	Мужчины	9	30,0	3	10,0
	Женщины	2	6,6	1	3,3
Задне-базальный	Мужчины	2	6,6	1	3,3
	Женщины	1	3,3	1	3,3
Циркулярный инфаркт верхушки	Мужчины	1	3,3	—	—
	Женщины	1	3,3	—	—

Как видно из таблицы, большинство обследованных составляли мужчины — 21 человек (70,0 %). Женщин было 9 человек (30,0 %). У больных преобладал Q-позитивный (крупноочаговый) ИМ (отмечался в 63,3 % случаев (19 человек)). Q-негативный (мелкоочаговый) ИМ встречался в 36,6 % случаев (11 человек). Наиболее часто диагностировался передне-боковой ИМ — в 50 % случаев (15 больных).

Большинство пациентов относилось к возрастной группе 46—55 лет — 13 человек (43,3 %); 11 человек (36,6 %) относилось к возрастной группе 56—65 лет.

Данное исследование проводилось в 3 этапа: 1 этап — в течение 28 дней с момента перенесенного ИМ (острый период), 2 этап — через 3 месяца после острого события, 3 этап — через 6 месяцев после события (восстановительный период).

Распределение соматических жалоб пациентов, перенесших ИМ, представлено в таблице 2.

Таблица 2  
Распределение соматических жалоб больных, перенесших инфаркт миокарда

Симптомы	Распределение жалоб					
	1 этап		2 этап		3 этап	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кардиалгия и другие болевые проявления	26	86,6	15	50,0	10	30,0
Колебания артериального давления	26	86,6	23	76,6	21	70,0
Одышка	23	76,6	14	46,6	11	36,6
Нарушение сердечного ритма	22	73,3	15	50,0	13	43,3
Отеки	23	76,6	10	33,3	5	16,6
Диспептические нарушения	2	6,6	—	—	—	—
Повышение температуры	7	23,3	—	—	—	—

Как видно из таблицы, наиболее частыми жалобами на этапах обследования у лиц, перенесших ИМ, были различные болевые проявления, чаще — кардиалгии (86,6 % — 30,0 %), колебания артериального давления (86,6 % — 70,0 %), чувство нехватки воздуха и одышка (76,6 % — 36,6 %), нарушения сердечного ритма (73,3 % — 43,3 %).

Детальное исследование психического статуса пациентов не выявило продуктивной психотической симптоматики ни на одном из этапов исследования. У всех обследованных нами лиц обнаруживались психические расстройства непсихотического характера.

Психопатологическая симптоматика у изучаемых больных представлена в таблице 3.

Таблица 3  
Психопатологическая симптоматика у больных, перенесших инфаркт миокарда

Симптомы	Представленность симптомов по этапам обследования					
	1 этап		2 этап		3 этап	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Брадикардия	2	6,6	—	—	—	—
Брадикардия	2	6,6	—	—	—	—
Утомляемость	24	80,0	12	40,0	6	20,0
Раздражительность	25	83,3	21	70,0	15	50,0
Невозможность контроля эмоциональных реакций	18	60,0	16	53,3	8	26,6
Беспричинные смены настроения	14	46,6	10	33,3	7	23,3
Общая слабость	25	83,3	14	46,3	9	30,0
Снижение фона настроения	20	66,6	15	50,0	12	40,0
Нарушения сна	15	50,0	12	40,0	15	50,0
Мнительность	9	30,0	7	23,3	6	20,0
Снижение внимания	6	20,0	6	20,0	7	23,3
Неуверенность в себе	9	30,0	7	23,3	4	16,6
Чувство вины	6	20,0	5	16,6	3	10,0
Плаксивость	7	23,3	6	20,0	5	16,6
Снижение самооценки	10	33,3	5	16,6	5	16,6
Ухудшение памяти	6	20,0	5	16,6	6	20,0
Снижение интереса к окружающему	5	16,6	5	16,6	6	16,6
Трудности в общении	2	6,6	3	10,0	4	13,3
Ощущение «кома» в горле	4	13,3	3	10,0	4	13,3
Когнитивные нарушения	2	6,6	3	10,0	4	13,3

Наиболее частыми психопатологическими симптомами на этапах обследования у лиц, перенесших ИМ, были: психическая и физическая утомляемость (80,0 % — 20,0 %), раздражительность (83,3 % — 50,0 %), неконтролируемость эмоциональных реакций (60,0 % — 26,6 %), общая слабость (83,3 % — 30,0 %).

Непсихотические психические расстройства у больных ИМ характеризовались широким спектром психопатологических нарушений. Выявленная симптоматика отличалась полиморфизмом, выраженностью, зависимостью от соматического состояния больного. Как правило, у одного и того же больного

присутствовали астенические, ипохондрические, тревожно-депрессивные, вегетативные, диссомнические и другие нарушения. Однако преобладание в клинической картине тех или иных компонентов дали основание выделить ведущие психопатологические синдромы (табл. 4).

Таблиця 4

**Психопатологические синдромы у больных, перенесших инфаркт миокарда**

Синдромы	Представленность синдромов по этапам обследования					
	1 этап		2 этап		3 этап	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Болевой	26	86,6	15	50,0	10	30,0
Нарушенного сознания	2	6,6	—	—	—	—
Фобический	25	83,3	12	40	4	13,3
Астено-ипохондрический	3	10	3	10	2	6,6
Астено-депрессивный	5	16,6	8	26,6	10	33,3
Астено-тревожный	13	43,3	10	33,3	7	23,3
Истероформный	2	6,6	3	10	4	13,3
Когнитивных нарушений	4	13,3	4	13,3	4	13,3
Анозогностические расстройства	4	13,3	5	16,6	6	20,0

Психопатологические синдромы у обследуемых больных были динамичными на протяжении периодов исследования.

В остром периоде у большинства больных возникал безотчетный страх смерти, достигающий выраженности при нарастающих болях, отмечались тревога, тоска, беспокойство, чувство безнадежности. При этом 60,0 % больных были возбуждены, двигательно беспокойны, суетливы, растеряны; 26,6 % больных были внешне неподвижны, молчаливы, лежали в одной и той же позе, опасаясь сделать хотя бы малейшее движение.

У 6,6 % больных в остром периоде ИМ наблюдался синдром нарушенного сознания. Отмечались поверхностные формы расстройства сознания в виде обнубиляции. Эти состояния характеризовались сохранением всех видов ориентировки, но затруднением четкого осознания происходящего вследствие повышенного порога восприятия, т. е. своего рода «психической глухоты». Основными проявлениями этого состояния были относительная брадипсихия, брадикинезия, замедление реакции на внешне раздражители. В течение нескольких часов это состояние трансформировалось в ясное состояние.

У всех больных, перенесших ИМ, отмечалась астеническая симптоматика. В остром периоде превалировала соматогенная астения. С течением времени преобладала симптоматика, связанная с влиянием психогенного фактора — реакция личности на ИМ, как на тяжелую психотравмирующую ситуацию с угрозой жизни и благополучию.

Астеническая симптоматика проявлялась чувством общей усталости, как умственной, так и физической. Субъективно оно находило объяснение в излишней перегруженности работой, неприятными переживаниями, плохим соматическим самочувствием. Затем начинали присоединяться неустойчивость внимания, утомляемость, снижение запоминания, приводящие к снижению психической продуктивности. Характерными являлись эмоциональные расстройства в виде тревожности,

гипотимических эпизодов, эмоциональной лабильности, раздражительной слабости. Данная симптоматика входила в структуру астено-ипохондрического, астено-тревожного, астено-депрессивного синдромов.

В рамках астено-ипохондрического синдрома психическое состояние больных почти целиком определялось переживаниями, сосредоточенными на болезни и ее возможных последствиях в социальном, семейном и индивидуальном аспектах. Такие больные предъявляли обилие неопределенных, трудно поддающихся описанию соматических жалоб, были убеждены, что они тяжело и неизлечимо больны, что состояние их настолько серьезно, что требует постоянного, круглосуточного врачебного наблюдения, лечения в условиях стационара.

У больных с астено-депрессивным синдромом преобладали жалобы на сниженный фон настроения, не доходивший, однако, до степени тоски. Пессимистическое отношение больного к окружающему ограничивалось, в основном, зоной собственного соматического заболевания и актуальной психотравмирующей ситуации. Высказывалось неверие в возможность выздоровления, избавления от страхов, мысли о якобы неминуемо наступающей при каждом сердечном заболевании «физической несостоятельности».

В рамках астено-тревожного синдрома в качестве основных жалоб у больных, наряду с проявлениями астении, были постоянная тревожность, беспокойство, чувство внутреннего напряжения. На первый план выступали опасения, относящиеся к сфере соматического здоровья. Больные пессимистически оценивали возможность благополучного исхода заболевания, не верили в возможность выздоровления. Было выражено ожидание возникновения приступа, ухудшения состояния. Кроме того, тревожность касалась и других сфер жизни больных, была направлена как на близкое, так и отдаленное будущее. Больные опасались, что не смогут оправдать ожидания окружающих, справиться с необходимым объемом работы. Они отмечали, что «все время ожидают какой-то неприятности», «вот-вот случится что-нибудь плохое».

У больных с истероформным синдромом эмоциональная неустойчивость характеризовалась сменой бурных чувств, зачастую противоположной направленности, что внешне проявлялось быстрым переходом от слез к смеху и наоборот. Некоторая театральность в изложении жалоб сопровождалась стремлением преувеличить свои страдания, вызвать симпатию и сочувствие у окружающих. Вегетативные расстройства были представлены склонностью к перепадам артериального давления, тахикардии, возникновению чувства жара или озноба, изредка — ощущением «кома в горле».

При фобических реакциях у больных превалировал страх перед повторным инфарктом и возможной смертью от него. Особенно часто такая реакция отмечалась, когда страх нарушения сердечной деятельности сочетался с болевыми ощущениями в области сердца, ощущением сдавливания и тяжести в левой половине грудной клетки, чувством сердцебиения или остановки сердца, «перебоями» в его деятельности.

У 13,3 % больных отмечались анозогностические расстройства, при этом пациенты не осознавали наличие болезненного состояния, отмечалось пренебрежение больного к своему состоянию, полное игнорирование тяжести своего заболевания, нарушение режима, игнорирование медицинских рекомендаций.

Результаты психодиагностических методов исследования представлены в таблицах 5—7:

Как видно из таблицы 5, на первом этапе исследования тревожные нарушения выявлены у большинства обследуемых больных (86,6 %). Тревожные нарушения низкой степени выраженности (показатель до 30 баллов) отмечены у 36,6 % — 60,0 % больных, умеренной степени выраженности (показатели от 31 до 45 баллов) — у 13,3 % — 23,3 %, высокой степени выраженности у 13,3 % — 26,6 %. Следует отметить, что на первом этапе степень выраженности реактивной тревоги (35,9 ± 3,0 балла) была несколько выше, чем личностной тревожности (30,6 ± 2,9 балла).

Таблица 5

**Показатели реактивной тревоги и личностной тревожности у больных, перенесших инфаркт миокарда, (по шкале Спилберга — Ханина)**

Выраженность показателей	Представленность показателей на этапах обследования					
	1 этап		2 этап		3 этап	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Реактивная тревога</b>						
Отсутствие	4	13,3	9	30,0	12	40,0
Низкая	11	36,6	10	33,3	9	30,0
Умеренная	7	23,3	5	16,6	5	16,6
Высокая	8	26,6	6	23,3	4	13,3
<b>Личностная тревожность</b>						
Отсутствие	4	13,3	7	23,3	10	33,3
Низкая	18	60,0	13	36,6	9	30,0
Умеренная	4	13,3	5	16,6	6	20,0
Высокая	4	13,3	5	16,6	5	16,6

На последующих этапах исследования наблюдалось снижение уровня реактивной тревоги до 35,0 ± 3,1 балла на втором этапе исследования и до 33,8 ± 2,9 балла — на третьем этапе. Показатели личностной тревожности менялись незначительно — 33,2 ± 3,2 балла на втором этапе исследования и 33,8 ± 3,0 балла на третьем этапе. Преобладали легкие (показатели до 30 баллов) и умеренные (показатели от 31 до 45 баллов) тревожные эпизоды. Тревожность высокой степени выраженности (показатели от 46 и более баллов) наблюдалась у 16,6 % — 23,3 % больных на 2 этапе и у 13,3 % — 16,6 % на 3-м этапе исследования.

Для исследования депрессивного компонента у больных с ИМ мы использовали шкалу Гамильтона и шкалу Бека (табл. 6).

Как видно из таблицы 6, на первом этапе обследования депрессивные расстройства встречались достаточно часто — у 83,3 % больных. Преобладали легкие и умеренные депрессивные нарушения (общий балл по шкале Гамильтона составлял 16,0 ± 2,3, по шкале Бека — 17,0 ± 3,3. На втором и третьем этапах исследования частота депрессивных расстройств снижалась до 73,3 % и 66,6 %, но выраженность их нарастала. На третьем этапе у 6,6 % больных выявлялись тяжелые депрессивные эпизоды (свыше 27 баллов по шкале Гамильтона, свыше 19 баллов по шкале Бека).

Таблица 6

**Выраженность депрессии у больных, перенесших инфаркт миокарда**

Тяжесть депрессии	Представленность показателей на этапах обследования					
	1 этап		2 этап		3 этап	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Шкала Гамильтона</b>						
Отсутствие депрессии	5	16,7	8	26,6	10	33,4
Легкая	14	46,6	13	43,4	10	33,4
Умеренная	6	20,0	5	16,7	5	16,6
Выраженная	5	16,7	4	13,3	5	16,6
Тяжелая	—	—	—	—	—	—
<b>Шкала Бека</b>						
Отсутствие депрессии	5	16,7	7	23,3	11	36,7
Мягкая	16	53,3	13	43,3	8	26,7
Умеренная	9	30,0	10	33,4	9	30,0
Тяжелая	—	—	—	—	2	6,6

Когнитивные функции у изучаемых больных оценивали с помощью шкалы MMSE (табл. 7).

Таблица 7

**Показатели когнитивных функций у больных, перенесших инфаркт миокарда**

Показатели когнитивных функций	Представленность показателей на этапах обследования					
	1 этап		2 этап		3 этап	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отсутствие когнитивных нарушений	28	93,4	27	90,0	26	86,7
Умеренные когнитивные нарушения	2	6,6	3	10,0	4	13,3
Деменция легкой степени выраженности	—	—	—	—	—	—

Как видно из таблицы 7, на первом этапе исследования у 93,4 % больных, перенесших ИМ, когнитивных нарушений выявлено не было. У 6,6 % были выявлены умеренные когнитивные нарушения. На втором и третьем этапах исследования увеличивалось количество пациентов с умеренными когнитивными нарушениями до 10,0 % — 13,3 % (общий показатель по шкале MMSE составлял (26,2 ± 0,2) баллов из 30 возможных).

Проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы.

Ведущими психопатологическими синдромами у лиц, перенесших ИМ, в остром периоде являются: болевой (86,6 %), фобический (83,3 %), астено-тревожный (43,4 %) на фоне сохранения когнитивных функций. Первичным является болевой синдром, приводящий впоследствии к психоэмоциональным нарушениям. Выраженность фобического и астено-тревожного синдромов зависит от выраженности болевого синдрома. В восстановительном периоде (на втором и третьем этапах исследования) у больных, перенесших ИМ, представленность болевого (50,0 % — 30 %), фобического (40,0 % — 13,3 %) и астено-тревожного (33,3 % — 23,3 %) синдромов уменьшается, частота астено-депрессивного (26,6 % — 33,3 %), анозогностического (16,6 % — 20,0 %), истероформного

(10,0 % — 13,3 %) синдромов, когнитивних порушень (10,0 % — 13,3 %) візрастає.

В остром періоді ІМ показателі реактивної тривоги ( $35,9 \pm 3,0$  балла) вище показателів личностної тривожності ( $30,6 \pm 2,9$  балла), преобладають тривожні порушення низької степені вираженості у 36,6 % — 60,0 % хворих. Тривожні порушення умереної степені вираженості відзначаються у 13,3 % — 23,3 % хворих, високої степені вираженості — у 13,3 % — 26,6 % хворих. В відновительному періоді відзначається зниження рівня реактивної тривоги. Показателі личностної тривожності змінюються незначительно. Преобладають легкі і умеренні тривожні порушення. Тривожність високої степені вираженості (показателі від 46 і більше баллів) спостерігаються у 16,6 % — 23,3 % хворих на 2-м етапі і у 13,3 % — 16,6 % на 3-м етапі дослідження.

В остром періоді ІМ у 83,3 % хворих діагностуються легкі і умеренні депресивні порушення (загальний балл по шкалі Гамільтона становить  $16,0 \pm 2,3$ , по шкалі Бека —  $17,0 \pm 3,3$ ). В відновительному періоді на другому етапі дослідження частота депресивних розладів у хворих з ІМ знизиться до 73,3 % і 66,6 %. На третьому етапі у 6,6 % хворих виявляються важкі депресивні епізоди (свыше 27 баллів по шкалі Гамільтона, свыше 19 баллів по шкалі Бека).

В остром періоді інфаркту міокарда когнитивні порушення виявляються у 6,6 % хворих. Степень вираженості їх відповідає умереним порушенням (загальний показателі по шкалі MMSE становить  $26,2 \pm 0,2$  баллів з 30 можливих). В відновительному періоді кількість пацієнтів з умереними когнитивними порушеннями збільшується до 10,0 % — 13,3 %.

Таким образом, отримані результати показали, що у хворих з інфарктом міокарда в остром періоді ведучим являється болючий синдром, який приводить до виражених психоемоціональних розладів. В подальшому первинний психоемоціональний, життєво обумовлений, компонент уходив, і формувались личностно-реактивні реакції невротического

рівня з доминированием тривожно-депресивної симптоматики.

Таку структуру і динаміку неспихотических розладів психическої сфери необхідно учитивати при проведенні системи психокоректуючих заходів.

#### Список літератури

1. Баншиков, В. М. Медицинская психология: Учебник для мед. ин-тов / В. М. Баншиков. — М.: Медицина, 1967. — 239 с.
2. Белова, А. Н. Шкалы и опросники в неврологии и нейрохирургии / А. Н. Белова. — М., 2004. — 432 с.
3. Долженко, М. Н. Депрессивные и тривожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / М. Н. Долженко // Практична ангіологія. — 2006. — Т. 2, № 1. — С. 17—23.
4. Тревога и ишемическая болезнь сердца / [А. Д. Ибатов., А. Л. Сыркин, М. Ю. Сыркин и др.] // Психиатрия и психофармакотер. — 2000. — № 2 (4). — С. 14—17.
5. Кирюхин, О. Л. Комплексная оценка и коррекция психических нарушений у хворих ишемической болезнью сердца / О. Л. Кирюхин, Н. А. Гасанов, Д. Р. Ракита // Клиническая медицина. — 2007. — № 8. — С. 29—32.
6. Клинические шкалы и психодиагностические тесты диагностики сосудистых заболеваний головного мозга: Метод. рек. [сост.: Т. С. Мищенко, Л. Ф. Шестопалова, М. А. Трещинская]. — Харьков, 2008. — 36 с.
7. Митченко, Е. И. Сердечно-сосудистые заболевания у женщин: современное состояние проблемы / Е. И. Митченко // Практична ангіологія. — 2006. — № 1 (02). — С. 26—30.
8. Михайлов, В. В. Медико-психологическая реабилитация хворих в остром періоді інфаркту міокарда і мозгового інсульту / В. В. Михайлов, О. В. Черная // Судинні захворювання головного мозку. — 2006, № 4. — С. 18—20.
9. Ушакова, Е. А. Эффективность и безопасность антидепрессантов у кардиологических хворих / Е. А. Ушакова, А. В. Ушакова // Практична ангіологія. — 2006. — № 3 (04). — С. 28—32.
10. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans / [A. A., Ariyo, M. Haan, C. M. Tangen et al.] // Circulation. — 2000.—102: 1773—9.
11. Beckers, T. Symptoms of depression, acute myocardial infarction and total mortality in a community sample / T. Beckers // Vision Res. — 2001. — 41: 2297—2303.

Надійшла до редакції 07.05.2010 р.

**В. В. Михайлов**

Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3  
(м. Харків)

#### Емоційні та когнитивні порушення у осіб, що перенесли інфаркт міокарда

Проведено дослідження щодо емоційних та когнитивних порушень у 30 осіб, що перенесли інфаркт міокарда (ІМ), з них 21 чоловіків, 9 жінок. Обстеження проводили у 3 етапи: 1 етап — на протязі 28 днів після перенесеного ІМ (гострий період), 2 етап — через 3 місяця, 3 етап — через 6 місяців після перенесеного ІМ (відновний період).

В гострому періоді в обстежених хворих на тлі збереження когнитивних функцій провідним був болючий синдром, на основі якого формувались виражені психоемоційні порушення. В подальшому психоемоційні порушення зменшувались, у хворих формувались реакції невротического рівня з переважанням тривожно-депресивної симптоматики.

**Ключові слова:** емоційні порушення, когнитивні порушення, інфаркт міокарда.

**V. V. Mykhaylov**

Kharkiv Regional Clinical Mental Hospital № 3  
(Kharkiv)

#### Emotional and cognitive disorders at patients with the cardiac infarction

The research about emotional and cognitive disorders at 30 patients with the cardiac infarction (CI), from them 21 men, 9 women, was held. The investigation was held at 3 stages: 1 stage — 28 days after CI (acute period), 2 stage — after 3 month, 3 stage — after 6 month — after CI (recovery period).

The results that we got showed that at patients with cardiac infarction in acute period a main syndrome was pain. This syndrome was very important in forming of expressed psycho-emotional reactions, without cognitive dysfunction. After that the main psycho-emotional, vital component gone, and personal reactions with domination anxiety-depressed disorders were formed.

**Keywords:** emotional disorders, cognitive disorders, cardiac infarction.