

КЛІНІЧНА СТРУКТУРА НЕПСИХОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

КПОЗ «Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги і медицини катастроф», Харків

Визначено порушення психічної сфери у хворих, які перенесли гострі стани терапевтичного профілю. Стратифікація структури психопатологічних симптомів дала змогу систематизувати їх в чотири варіанти нозогеннообумовлених реакцій психічної дезадаптації: астеничний, тривожний, субдепресивний, соматоформний. Це послужило підґрунтям для визначення об'єктів психотерапевтичної корекції у процесі медико-психологічного супроводу.

Ключові слова: психічні розлади, соматичні захворювання, нозогеннообумовлені реакції психічної дезадаптації.

У теперішній час в Україні, як і у світі в цілому спостерігається стійка тенденція до зростання гострих станів терапевтичного профілю — ішемічна хвороба серця (ІХС), інфаркт міокарда (ІМ), кризи у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), транзиторні ішемічні атаки (ТІА) і мозковий інсульт (МІ), виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки (ВХШіДК) [1].

У багатьох вітчизняних і закордонних дослідженнях зазначено про недостатню розробку медико-психологічного аспекту цієї проблеми [2–5]. Певна кількість наукових досліджень показує значний рівень афективних і невротичних розладів у цієї категорії пацієнтів [6–9]. Разом із тим є не достатньо вирішеними питання особливостей клінічної структури, динаміки формування розладів психічної сфери, їх перебігу та взаємозв'язку безпосередньо із соматичним захворюванням [10, 11].

Мета дослідження — визначення порушень психічної сфери у хворих, які перенесли гострі стани терапевтичного профілю.

Було обстежено 446 хворих, у тому числі 112 — на ІХС, 93 — на ІМ і 82 — на ТІА, 94 — на АГ, 65 — на ВХШіДК. Із них — 65 % чоловіків та 35 % жінок віком від 20 до 60 років. Дослідження проводилось у КПОЗ «Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги і медицини катастроф» м. Харкова та Харківській міській клінічній лікарні швидкої невідкладної допомоги імені проф. О. І. Мещанінова.

Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний, адже клініко-психопатологічне дослідження хворих із застосуванням стандартизованих діагностичних критеріїв є ґрунтовним у діагностиці психічних розладів на засадах доказової медицини. І це стосується не тільки діагностики розладів психіки психотичного і невротичного походження, а і дослідження непсихотичних

розладів психічної сфери у хворих на соматичні захворювання.

При клініко-психопатологічному дослідженні хворих на соматичні захворювання нами було систематизовано та піддано якісній і кількісній оцінці основні психопатологічні симптоми непсихотичного реєстру, що траплялися у них.

У цілому, у хворих на соматичні захворювання найчастіше діагностувалися такі психопатологічні симптоми непсихотичного реєстру, як дратівливість, нестриманість (65,6±1,7 %), швидка втомлюваність (61,5±1,7 %), загальна слабкість (59,0±1,7 %), майже у половини — головний біль, відчуття тяжкості в голові (48,3±1,8 %), ускладнене засинання і тривожність відповідно (48,1±1,8 і 47,5±1,8 %), тобто ознаки астеничного стану, соматовегетативні та емоційно-афективні компоненти.

Дещо рідше відзначалися хворобливо знижений настрій (44,1±1,8 %), помисливість (42,8±1,8 %), поверховий неспокійний сон (41,4±1,7 %), плаксивість, образливість (по 40,1±1,7 %), відсутність бадьорості після нічного сну (39,8±1,7 %).

Однак більш глибоке клінічне вивчення психопатологічних проявів невротичних розладів, аналіз їх динаміки, зв'язку із ступенем тяжкості, давністю та особливостями перебігу соматичного захворювання, преморбідними акцентуаціями особистості та психотравмуючими факторами показали клінічну неоднорідність непсихотичних порушень психіки у хворих на соматичні захворювання. Структурований аналіз клінічної феноменології дав змогу виділити принаймні чотири основні варіанти розладів, що були представлені у пацієнтів незалежно від нозологічної приналежності соматичного страждання:

1) нозогенні реакції психічної дезадаптації (НРПД), що виникли у пацієнтів із соматичними захворюваннями у результаті поточного психологічного впливу на соматичне страждання ($n = 139$);

2) соматогенний астеничний симптомокомплекс (САСК), що формувався внаслідок впливу самого соматичного захворювання ($n = 94$);

3) реакції психічної дезадаптації (РПД), які розвивалися у соматичних хворих у результаті особистісної реакції на соматичне захворювання ($n = 101$);

4) гострі реакції на стрес (ГРС) — в основному у хворих із вираженим больовим синдромом ($n = 112$).

При співставленні частоти діагностування психопатологічних симптомів непсихотичного реєстру у хворих цих чотирьох груп було встановлено, що дратівливість, нестриманість достовірно частіше, ніж у середньому по виборці, як провідні симптоми трапляються у хворих на соматичні захворювання з НРПД ($74,2 \pm 2,1$ проти $65,6 \pm 1,7$ %). Швидка втомлюваність і загальна слабкість достовірно частіше, ніж в середньому по виборці, діагностувалися в групі пацієнтів із САСК (відповідно $69,7 \pm 8,8$ % проти $61,5 \pm 1,7$ і $80,0 \pm 3,3$ проти $59,0 \pm 1,7$ %). Тривожність та хворобливо знижений настрій — у пацієнтів із соматичними захворюваннями зі ГРС (відповідно $56,1 \pm 4,5$ проти $47,5 \pm 1,8$ % і $56,9 \pm 4,5$ проти $44,1 \pm 1,8$ %).

Поверховий неспокійний сон достовірно частіше відзначався у хворих із САСК і РПД (відповідно $48,3 \pm 4,2$ і $49,4 \pm 5,5$ % проти $41,4 \pm 1,7$ %), образливість — у групі пацієнтів із НРПД ($47,2 \pm 4,5$ % проти $40,1 \pm 1,1$ %), а відсутність відчуття бадьорості після нічного сну — у хворих на соматичні захворювання з НРПД та САСК (відповідно $48,2 \pm 5,4$ і $48,0 \pm 4,5$ % проти $39,8 \pm 1,7$ %).

Разом із тим і в самій структурі різних форм непсихотичних порушень психіки психопатологічні прояви мали свої особливості.

Клініко-психопатологічне дослідження показало, що НРПД як непсихотичні розлади психіки субклінічного рівня виникали в обстежених хворих у результаті поточних психологічних впливів, як спричинених безпосередньо соматичним захворюванням як таким.

Характерними особливостями реакцій психічної дезадаптації були їх короткочасність, мінливість, поліморфізм проявів.

Самі пацієнти як таких скарг на стан психічної сфери активно не висловлювали, і вони виявлялися лише при цілеспрямованому розпитуванні. Хворі в процесі діагностичного інтерв'ю акцентували увагу на соматичних проявах і усвідомлювали свої неприємні відчуття як компонент саме соматичний і не відокремлювали психоемоційну складову.

Іntenсивність психопатологічних симптомів була відносно незначною, однак безумовно вказувала на їх наявність.

Як такої синдромологічної завершеності реакції психічної дезадаптації не мали, однак стратифікація структури психопатологічних симптомів, що найчастіше діагностувалися, дали змогу систематизувати їх в чотири варіанти проявів: 1) астеничний (175 пацієнтів); 2) тривожний (118); 3) субдепресивний (100); 4) соматоформний (53).

Для хворих з астеничним варіантом НРПД характерним виявилось превалювання проявів фізичної та психічної астенії. Найчастіше фіксувалися психопатологічні симптоми — підвищена втомлюваність і загальна слабкість, показники діагностування яких достовірно перевищували середні для хворих із НРПД (відповідно $86,9 \pm 2,6$ проти $60,5 \pm 2,3$ % і $81,7 \pm 2,9$ проти $51,8 \pm 2,4$ %). Підвищена ж дратівливість у цих пацієнтів за частотою реєстрації виявилася лише на третьому місці, однак траплялася у $78,3 \pm 3,1$ % випадків і була дещо більш поширеною за таку в середньому при НРПД ($74,2 \pm 2,1$ %). У першу п'ятірку основних симптомів входили також ускладнене засинання і помисливість, які також превалювали за частотою представлення над середніми груповими показниками (відповідно $69,1 \pm 3,5$ проти $48,0 \pm 2,4$ % і $64,6 \pm 3,6$ проти $46,4 \pm 2,4$ %). Більш ніж у половини хворих з астеничною формою НРПД відзначалися головний біль, відчуття тяжкості в голові ($58,9 \pm 3,7$ %), погіршення пам'яті ($53,1 \pm 3,8$ %) та відсутність відчуття бадьорості після нічного сну ($51,4 \pm 3,8$ %).

У групі хворих на соматичні захворювання з тривожним варіантом НРПД превалюючими психопатологічними симптомами були дратівливість, нестриманість, що відзначалися в $90,7 \pm 2,7$ % випадків, тоді як у середньому при НРПД тільки в $74,2 \pm 2,1$ %. Поширеним психопатологічним проявом НРПД, що значно перевищував середній показник в цій групі, була образливість ($72,0 \pm 4,1$ проти $37,9 \pm 2,3$ %). Більш ніж у половини пацієнтів із тривожною формою НРПД траплялися хворобливо знижений настрій ($56,4 \pm 4,6$ %), тривожність ($55,1 \pm 4,6$ %) і плаксивість ($51,7 \pm 4,6$ %).

При субдепресивному варіанті НРПД такого превалювання одного симптому не відзначалося, однак найчастіше у пацієнтів спостерігалась дратівливість ($72,0 \pm 4,5$ %). На другому місці виявилися страхи, побоювання, що майже вдвічі за частотою діагностування перевищували середній показник ($67,0 \pm 4,7$ проти $35,2 \pm 2,3$ %).

Вищим за середній був показник хворобливо зниженого настрою ($64,0 \pm 4,8$ проти $44,4 \pm 2,4$ %). Більше ніж у половини пацієнтів цієї групи відзначалися загальна слабкість ($59,9 \pm 4,0$ %), поверховий неспокійний сон ($57,0 \pm 5,0$ %) і швидка втомлюваність ($52,0 \pm 5,0$ %).

У пацієнтів, що становили четверту групу — із соматоформним варіантом РПД, переважали

Співставлення частоти діагностування основних психопатологічних симптомів при різних варіантах реакцій психічної дезадаптації у пацієнтів із соматичними захворюваннями

Варіанти реакції психічної дезадаптації			
астенічний, n = 175	тривожний, n = 118	субдепресивний, n = 100	соматоформний, n = 53
Швидка втомлюваність (86,9±2,6%);	Дратівливість, нестриманість (90,7±2,7%)	Дратівливість, нестриманість (72,0±4,5%)	Біль у ділянці серця, пов'язаний із переживаннями (62,3±2,7%);
Загальна слабкість (81,7±2,9%)	Образливість (72,0±4,1%)	Страхи, побоювання (67,0±4,7%);	Відчуття нестачі повітря (56,6±6,9%)
Дратівливість, нестриманість (78,3±3,1%)	Хворобливо знижений настрій (56,4±4,6%)	Хворобливо знижений настрій (64,0±4,8%)	Головний біль, відчуття тяжкості в голові (54,7±6,9%)
Ускладнене засипання (69,1±3,5%)	Тривожність (55,1±4,6%)	Загальна слабкість (59,9±4,0%)	Тривожність (50,9±6,9%)
Помисливість (64,6±3,6%)	Плаксивість (51,7±4,6%)	Поверховий неспокійний сон (57,0±5,0%)	Біль у грудях, пов'язаний із переживаннями (47,2±6,9%)

соматовегетативні симптоми: біль у ділянці серця, пов'язаний із переживаннями, та відчуття нестачі повітря, які за частотою в 2,5 разу перевищували середні показники (відповідно 62,3±2,7 проти 27,4±2,1% і 56,6±6,9 проти 17,6±1,8%). Більш ніж у половини хворих цієї групи відзначалися головний біль, відчуття тяжкості в голові (54,7±6,9%), тривожність (50,9±6,9%).

Результати співставлення частоти діагностування п'яти основних психопатологічних симптомів при різних варіантах НРПД у хворих на соматичні захворювання подано в таблиці.

Таким чином, клініко-психопатологічне дослідження хворих на соматичні захворювання показало, що у більшості з них спостерігаються розлади психічної сфери непсихотичного рівня.

Переважаючими в їх структурі є нозогенно обумовлені реакції психічної дезадаптації. При цьому саме по собі соматичне захворювання виступає як психогенний чинник, але розлади психічної сфери не досягають того рівня, який дав би змогу окреслити їх на нозологічному рівні. Разом із тим розбіжності в клінічній структурі феноменології дозволили виокремити в структурі НРПД чотири синдроми: астенічний, тривожний, субдепресивний, соматоформний. Це має послужити підґрунтям для визначення об'єктів психотерапевтичної корекції в процесі медико-психологічного супроводу цих хворих.

Список літератури

1. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // *НейроNews. Психоневрологія і нейропсихіатрія.*— 2010.— № 5 (24).— С. 83–90.
2. Кирюхин О. Л. Комплексная оценка и коррекция

психических нарушений у больных ишемической болезнью сердца / О. Л. Кирюхин, Н. А. Гасанов, Д. Р. Ракита // *Клин. медицина.*— 2007.— № 8.— С. 29–32.

3. Коростій В. І. Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях / В. І. Коростій // *Мед. психологія.*— 2013.— Т. 8, № 3 (31).— С. 56–63.
4. Мищенко Т. С. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции / Т. С. Мищенко, Л. Ф. Шестопалова, В. Н. Мищенко // *Международ. неврологический журн.*— 2007.— № 2 (12).— С. 26–30.
5. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве / П. В. Морозов, Н. Г. Незнанов, О. В. Лимакин [и др.] // *Укр. вісн. психоневрології.*— 2014.— Т. 22, вип. 1 (78).— С. 11–17.
6. Долженко М. Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / М. Н. Долженко // *Практична ангіологія.*— 2006.— Т. 2, № 1.— С. 17–23.
7. Маркова М. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабич // *Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия: спец. вып.*— 2008.— № 243.— С. 71–74.
8. Михайлов В. Б. Емоційні порушення в осіб, що перенесли інфаркт міокарда та мозковий інсульт / В. Б. Михайлов // *Укр. вісн. психоневрології.*— 2009.— Т. 17, вип. 2 (59).— С. 40–44.
9. Напреєнко О. К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України) / О. К. Напреєнко // *Укр. вісн. психоневрології.*— 2014.— Т. 22, вип. 1 (78).— С. 18–22.

10. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality in elderly Americans / A. A. Ariyo, M. Haan, C.M. Tangen [et al.] // *Circulation*.— 2000.— Vol. 102.— P. 1773–1779.
11. Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies / M. L. Hackett, C. Yapa, V. Parag [et al.] // *Stroke*.— 2005.— Vol. 36.— P. 1330–1340.

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Б. С. ФЕДАК

Определены нарушения психической сферы у больных, перенесших острые состояния терапевтического профиля. Стратификация структуры психопатологических симптомов позволила систематизировать их в четыре варианта нозогеннообусловленных реакций психической дезадаптации: астенический, тревожный, субдепрессивный, соматоформный. Это послужило основой для определения объектов психотерапевтической коррекции в процессе медико-психологического сопровождения.

Ключевые слова: психические расстройства, соматические заболевания, нозогеннообусловленные реакции психической дезадаптации.

CLINICAL STRUCTURE OF NONPSYCHOTIC DISORDERS OF MENTAL SPHERE IN PATIENTS SOMATIC DISEASES

B. S. FEDAK

Mental disorders were identified in patients after acute inner disorders. Stratification of the structure of psychopathological symptoms allowed to systematize them in four variants of nosogenic reactions of mental deadaptation: asthenic, anxious, subdepressive, somatoform. It served as the basis for determining the objects in the psychological adjustment of medical and psychological support.

Key words: mental disorder, somatic diseases, nosogenic reactions of mental deadaptation.

Надійшла 10.04.2014