

## КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ НА ДООПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПІ

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна*

**Подано результати обстеження пацієнтів гастроентерологічного профілю на доопераційному етапі. За допомогою клініко-психопатологічного методу виявлено, що у хворих із запланованим лапароскопічним втручанням достовірно частіше діагностувались непсихотичні психічні розлади неврастенічного і соматоформного спектра, а також реакції на стрес. У пацієнтів із запланованим традиційним хірургічним втручанням значуще частіше визначались непсихотичні психічні розлади тривожно-фобічної, конверсійної та обсесивно-компульсивної структури.**

*Ключові слова: непсихотичні психічні розлади, гастроентерологічні розлади, клінічна характеристика, доопераційний етап, психореабілітаційні заходи.*

У світі на тлі практично константного рівня психозів рівень невротичних порушень та психосоматичних захворювань прогресивно зростає [1–3]. Незважаючи на численні дослідження, до теперішнього часу не визначено механізмів профілактики розвитку як психосоматичних захворювань, так і невротичних розладів. Коли йдеться про більшість захворювань травного шляху, мається на увазі класичний психосоматоз, тобто на тлі психічної патології з'являється соматична [4]. І цей вже невротизований пацієнт із виразковою хворобою шлунка живе «звичайним» життям із сімейними та виробничими конфліктами, відчуває на собі тиск політичних та економічних потрясінь у суспільстві. До того ж приєднується необхідність хірургічного втручання, що також є психотравмою [5, 6]. Ступінь невротизації пацієнта зростає, і це погіршує перебіг післяопераційного періоду та реабілітації [7]. Порушуються комплаєнс із лікарем, режим лікування, виникають рецидиви соматичного захворювання. Таким чином формується зачароване коло, що призводить до соціальної дезадаптації хворого [8, 9]. Вивчення чинників невротизації на етапі хірургічного втручання, профілактика появи та наростання невротичної симптоматики буде сприяти покращенню прогнозу соматичного захворювання та відновленню базового рівня соціального функціонування.

Метою цього дослідження є вивчення клінічної структури і вираженості непсихотичних психічних розладів (НПР) у пацієнтів гастроентерологічного профілю на доопераційному етапі залежно від тактики втручання.

Нами обстежено 157 хворих гастроентерологічного стаціонару, яким було заплановано проведення хірургічного лікування. Цей контингент

пацієнтів було розподілено на основну (54 особи) і контрольну (50 хворих) групи. В основній групі додатково у рамках комплексного лікування застосовувалися психореабілітаційні заходи на до- і післяопераційному етапах. Групі порівняння, яка складалася з 53 осіб, планувалося традиційне хірургічне втручання. Усі групи були релевантні за статтю та віком обстежених. При відборі хворих ми керувалися класичними діагностичними критеріями, які визначають НПР як психогенні та непсихогенні нервово-психічні розлади, що виявляються у специфічних клінічних феноменах (астенія, тривога, фобії, нав'язливі думки та ритуальна поведінка, конверсійні й сексуальні розлади) за відсутності психотичних явищ.

За Міжнародною класифікацією хвороб X перегляду (ICD-10) контингент обстежених за характером розладів психіки відповідав рубрикам: F40 (тривожно-фобічні розлади); F43.2 (розлади адаптації); F43.0 (гостра реакція на стрес); F48.8 (неврастенія); F45 (соматоформні розлади); F44 (конверсійні розлади). Порушення мали характер невротичних розладів різного ступеня вираженості (від легких до помірно виражених і виражених).

На підставі даних наших досліджень особи з НПР становлять значну неоднорідну за клінічними проявами групу. Вивчення вираженості і частоти окремих симптомів дало змогу визначити клінічний зміст певних проявів НПР у хворих хірургічного стаціонару, у тому числі — зіставити клінічну феноменологію. Для визначення ступеня вираженості непсихотичної психічної симптоматики, а також порівняльної оцінки ефективності терапії у групах проводили обчислення середніх величин показника симптому (СВПС). В обсяг

обстеження увійшли порушення, вираженість яких становила від 24,1 до 61,1%.

Клінічно окреслені форми НПР було виявлено у 50 (32,5%) хворих хірургічного стаціонару, вираженість у них невротичних порушень досягла 50,0% і вище. Хворі висували численні виражені скарги, які мали тривалість від одного до трьох місяців. Ці розлади за сукупністю клінічних ознак і особливостей перебігу розцінювалися як невротичні стани (F48.8). Поряд із загальноневротичними порушеннями у пацієнтів були досить сформовані і стабільні психопатологічні феномени неспсихотичного рівня. Клінічна картина у цих хворих являла собою один із видів неспсихотичних синдромів із «невротичним ставленням» не тільки до свого соматичного стану, але й до себе та оточуючих. Ці стани розцінювалися нами як «затяжні невротичні», вони часто призводили до втрати роботи та родинних зв'язків, а з точки зору синдромогенезу були близькі (або були етапом невротичного розвитку особистості), оскільки відбувалася деформація особистості, втрачався зв'язок НПР із соматичними розладами.

Другу, найчисленнішу групу становили 95 (61,7%) хворих хірургічного стаціонару з виразністю невротичних порушень від 32,0 до 50,0%. Такі розлади за сукупністю клінічних ознак і особливостей перебігу розцінювалися як невротичні реакції (F48.9). Діагностична оцінка порушень мала певні труднощі. У більшості випадків переважали скарги, неоднорідні за структурою, зі значною представленістю різних клінічних симптомів, однак симптоми у цих хворих були об'єднані у статично та динамічно закономірну сукупність — синдром [10]. Переважно спостерігалися підвищена

стомлюваність і дратівливість, слабкість і емоційна лабільність, порушення нічного сну, головний біль, вегетативні дисфункції. Зазначені порушення здебільшого мали свою динаміку, вони не виникали раптово і формувалися в тісному зв'язку зі стресогенними факторами, що їх спричиняли. У клінічних проявах самого синдрому чітко простежувався психотравмуючий фактор.

До третьої групи увійшли 9 (5,8%) осіб із вираженістю неспсихотичних порушень від 24,2 до 32,0%. Це реакції на стрес, які виявляються на симптоматичному рівні у вигляді нестійкості настрою, порушень сну, стомлюваності, дратівливості, легких вегетативних розладів. Із точки зору синдромогенезу цю групу неспсихотичних проявів визначали в основному найменш складні неспецифічні загальноневротичні розлади. Протягом малого періоду (день — тиждень) симптоми змінювали один одного, формуючи дуже лабільні і мінливі клінічні картини. Ці стани розцінені як преневротичні реакції (F43,2), субклінічні порушення психічного здоров'я або ситуаційно обумовлені реакції дезадаптації. За своєю інтенсивністю вони перевищували прояви, властиві процесу адаптації у нормі. Від невротичних станів вони відрізнялися відсутністю одного або кількох необхідних для цього компонентів — клінічною неокресленістю, нестабільністю, парціальністю, доступністю контролю з боку свідомості, критичним ставленням до них і можливістю досить швидкої і повної корекції [11]. Грунтуючись на концепції індивідуальних бар'єрів психічної адаптації, ці донозологічні невротичні прояви з точки зору синдромогенезу [12, 13] можна віднести до «клінічних проявів напруженої функціональної діяльності адаптаційного



Рис. 1. Ступінь вираженості неспсихотичних психічних розладів у хворих гастроентерологічного стаціонару на доопераційному етапі

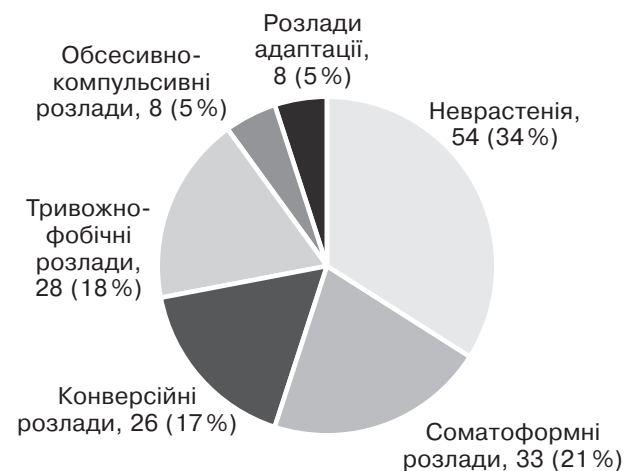


Рис. 2. Клінічна структура неспсихотичних психічних розладів у хворих гастроентерологічного профілю на доопераційному етапі

**Клінічна структура непсихотичних психічних розладів  
у хворих гастроентерологічного профілю на доопераційному етапі в групах дослідження**

Непсихотичний психічний розлад	Основна група		Контрольна група		Основна + контрольна групи		Група порівняння		Загалом	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Неврастенія	20	37,0	19	38,0	39	37,5	15	28,3	54	34,4
Соматоформні розлади	12	22,2	11	22,0	23	22,1	10	18,9	33	21,0
Конверсійні розлади	8	14,8	8	16,0	16	15,4	10	18,9	26	16,6
Тривожно-фобічні розлади	8	14,8	7	14,0	15	14,4	13	24,5	28	17,8
Обсесивно-компульсивні розлади	2	3,7	2	4,0	4	3,8	4	7,6	8	5,1
Розлади адаптації	4	7,4	3	6,0	7	6,7	1	1,8	8	5,1

бар'єру». Розподіл хворих гастроентерологічного профілю за ступенем вираженості НПР подано на рис. 1.

У процесі обстеження хворих нами було виділено 36 найтипівіших повторюваних симптомів, які умовно об'єднані у такі групи: астеничні — слабкість, стомлюваність, занепад сил, відсутність бадьорості, відсутність енергії, труднощі засинання, поверхневий сон, дратівливість, головний біль, непереносимість навантажень, неухважність; афективні — погіршення настрою, нестійкий настрій, туга, безсоння, апатія, плаксивість, суїцидальні думки, дії; конверсійні — порушення чутливості, непритомність, спазми, судоми, почуття нестачі повітря, серцебиття, запаморочення, нудота, неприємні відчуття у голові, серці, животі; обсесивно-фобічні — тривога, страх, внутрішня напруга, нав'язливі думки, страхи, дії.

Групи симптомів формували характерні клінічні синдроми. Принципом співвіднесення тих чи інших симптомів у певні синдроми були їх вираженість, відносна стабільність, дані клініко-психопатологічного та патофизиологічного обстежень. За результатами клініко-психопатологічного аналізу було виділено такі їх види: неврастенія — 54 (34%) випадки, соматоформні розлади — 33 (21%), конверсійні — 26 (17%), тривожно-фобічні — 28 (18%), обсесивно-компульсивні — 8 (5%), розлади адаптації — 8 (5%). Клінічну структуру НПР у хворих гастроентерологічного профілю на доопераційному етапі подано на рис. 2.

Група астеничних скарг тією чи іншою мірою була присутня при всіх синдромах, однак найбільш вираженою — при неврастенії: основна група — 20 (37,0%) випадків, контрольна — 19 (35,8%), група порівняння — 15 (28,3%). Соматоформні розлади було подано переважно астеничними, соматоподібними та тривожними групами скарг, найбільш вираженими у СВПС (у балах): в основній

групі — 12 (22,2%) випадків, в контрольній — 11 (22,0%), у групі порівняння — 10 (18,9%). Конверсійні розлади відрізнялися різноманіттям скарг і були сформовані соматоподібними скаргами, домінуючими у СВПС (у балах): в основній групі — 8 (14,8%) пацієнтів, в контрольній — 8 (16,0%), у групі порівняння — 10 (18,9%). Тривожно-фобічні розлади формували переважно тривожні, вегетативні та фобічні скарги, найбільш виражені в СВПС (у балах): в основній групі — у 8 (14,8%) хворих, в контрольній — у 7 (14,0%), у групі порівняння — у 13 (24,5%). Obsesивно-компульсивні розлади формували переважно нав'язливості та захисні ритуали, найбільш виражені в СВПС (у балах): в основній групі — у 2 (3,7%) пацієнтів, в контрольній — у 2 (4,0%), у групі порівняння — у 4 (7,5%). Розлади адаптації формували в основному мінливі неспецифічні загально-невротичні скарги, найбільш виражені у СВПС (у балах): в основній групі — у 4 (7,4%) випадках, у контрольній — у 3 (6,0%), в групі порівняння — у 1 (1,9%).

Клінічну структуру НПР у хворих гастроентерологічного профілю на доопераційному етапі по групах відображено в таблиці.

Стан напруженого функціонування організму після вживання хірургічних та реабілітаційних заходів, відпочинку, первинної психопрофілактики, як правило, стабілізувався, і хворих виписували зі стаціонару у задовільному соматичному й психічному стані, без необхідності подальшої психореабілітаційної роботи з ними.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків: у хворих із запланованим хірургічним втручанням лапароскопічними методами на доопераційному етапі превалюють НПР неврастенічної та соматоформної структури, а також розлади адаптації, а в пацієнтів із запланованим традиційним хірургічним втручанням суттєво

частіше виявляються невротичні розлади групи тривожно-фобічних, конверсійних та обсесивно-компульсивних. Це треба врахувати при організації психокорекційної роботи з пацієнтами гастроентерологічного профілю на післяопераційному етапі.

Список літератури

1. Колотильщикова Е. А. Психологические основы невротогенеза: основные концепции и модели / Е. А. Колотильщикова // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии.— 2015.— Т. 11, № 1.— С. 30–56.
2. Караваева Т. А. Влияние социально-экономических факторов на клиническую картину больных с невротическими расстройствами / Т. А. Караваева // Обозр. психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.— 2010.— № 1.— С. 71–74.
3. Гавенко В. Л. Непсихотические психические расстройства у больных с психосоматическими заболеваниями / В. Л. Гавенко, В. И. Коростий // Экспериментальна і клінічна медицина.— 2007.— № 3.— С. 122–124.
4. Лим А. В. Особенности внутриличностных конфликтов и мотивационной сферы у больных с невротическими расстройствами / А. В. Лим, Г. Л. Исурин // Науч. исследования выпускников ф-та психологии СПбГУ: сб. ст.; под ред. А. В. Шаболтас.— СПб.: Изд-во СПбГУ, 2014.— Т. 2.— С. 165–172.
5. Хаустова О. О. Метаболічний синдром (психосоматичний аспект) / О. О. Хаустова.— К.: Медкнига, 2009.— 125 с.
6. Бобров А. Е. Методологические аспекты изучения психосоматических соотношений и перспективы интегративной медицины / А. Е. Бобров // Психосоматическая медицина: тр. XI Междунар. конгр.— СПб.: Человек, 2016.— С. 6–9.
7. Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): посіб. / О. С. Чабан, О. О. Хаустова.— К.: ДСГ Лтд, 2004.— 96 с.
8. Багаторівнева корекція психосоматичних розладів в загальномедичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому Х) / О. С. Чабан, М. В. Маркова, О. О. Хаустова, О. Ю. Жабенко // Medix. AntiAging.— 2010.— № 2 (14).— С. 92–97.
9. Решетников М. М. Психическое расстройство / М. М. Решетников.— СПб.: Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2008.— 272 с.
10. Карвасарский Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский.— М.: Медицина, 1990.— 576 с.
11. Кришталь В. В. Психосоматическая патология: генез и подходы к коррекции / В. В. Кришталь // Междунар. мед. журн.— 2001.— № 1.— С. 37–40.
12. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management / R. Spiller, Q. Aziz, F. Creed [et al.] // Gut.— 2007.— Vol. 56.— P. 1770–1798.
13. Irritable bowel syndrome. Information about NICE. Clinical guideline 61.— London: NICE, 2008.— P. 12.

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА ДООПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ

Д. И. ДЫМШИЦ

**Представлены результаты обследования пациентов гастроэнтерологического профиля на дооперационном этапе. С помощью клиничко-психопатологического метода выявлено, что у больных с запланированным лапароскопическим вмешательством достоверно чаще диагностировались непсихотические психические расстройства неврастенического и соматоформного спектра, а также реакции на стресс. У пациентов с запланированным традиционным хирургическим вмешательством значимо чаще определялись непсихотические психические расстройства тревожно-фобической, конверсионной и обсесивно-компульсивной структуры.**

*Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, гастроэнтерологические расстройства, клиническая характеристика, дооперационный этап, психореабилитационные мероприятия.*

CLINICAL CHARACTERISTICS OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL DISEASES AT THE PREOPERATIVE STAGE

D. I. DYMSHYTS

**The author presents the findings of examination of patients with gastrointestinal diseases at the preoperative stage. The clinico-psychopathological method revealed that the patients with planned laparoscopic intervention, nonpsychotic mental disorders of the neurasthenic and somatoform structure, as well as stress reactions, develop significantly more frequently. The patients with the planned traditional surgical intervention, nonpsychotic mental disorders of anxious-phobic, conversion and obsessive-compulsive structure were detected significantly more frequently.**

*Key words: nonpsychotic mental disorders, gastrointestinal diseases, clinical characteristics, preoperative stage, psychorehabilitation measures.*

Надійшла 15.01.2018