

8. Ряполова Т. Л. Особенности копинг-поведения больных с манифестным эпизодом шизофрении [Текст] / Т. Л. Ряполова // Медицинская психология. — 2011. — № 2. — С. 39—44.

9. Hautzinger M. Kognitive Veränderungen als Folgen nicht als Ursache der Depression [Text] / M. Hautzinger // Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie. — 2003. — № 2. — С. 377—387.

10. Perez M. Bewältigung von Alltagsbelastungen und seelische Gesundheit [Text] / M. Perez // Zeitschrift für Klinische Psychologie. — 2008. — B. XVII, № 4. — С. 292—306.

11. Scheier M. F. Optimism, coping, and health: Assessment — and implications of generalized outcome expectancies [Text] / M. F. Scheier M. F., C. S. Carver // Health Psychol. — 2005. — Vol. 4. — P. 219—247.

Надійшла до редакції 27.08.2014 р.

**ПШУК Євген Ярославович**, кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії та медичної психології з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м. Вінниця; e-mail: yevhen.pshuk@gmail.com

**ПШУК Наталія Григорівна**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м. Вінниця; e-mail: pshuk\_ng@mail.ru

**PSHUK Yevhen Yaroslavovych**, MD, PhD, Assistant of Professor of Department of Psychiatry and medical Psychology with a course of Postgraduate Education of Vinnytsia National Pirogov Memorial medical University, Vinnytsia; e-mail: yevhen.pshuk@gmail.com

**PSHUK Nataliia Grygorivna**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Medical Psychology and Psychiatry with the Course of Postgraduate Education of Vinnytsia National Pirogov Memorial medical University, Vinnytsia; e-mail: pshuk\_ng@mail.ru

УДК: 616.08-039

*Б. С. Федак*

## НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИКЕ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Б. С. Федак*

## НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ В КЛІНІЦІ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

*B. S. Fedak*

## NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN CLINIC OF SOMATIC DISEASES

Нами были изучены расстройства психической сферы в структуре клинической картины больных ишемической болезнью сердца с приступами стенокардии, инфарктами миокарда, транзиторными ишемическими атаками, обострениями язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. В результате клинико-психопатологического исследования была определена клиническая структура и общие закономерности формирования непсихотических нарушений психической сферы у этих больных. Полученные результаты показали, что у всех больных с острыми соматическими состояниями наблюдаются разнообразные нарушения психической сферы непсихотического регистра. Это послужило основой для создания дифференцированной системы медико-психологического сопровождения больных.

**Ключевые слова:** соматические заболевания, непсихотические психические расстройства, нозогенные реакции психической дезадаптации

Нами було досліджено стан психічної сфери у хворих, які перенесли гострі стани терапевтичного профілю (ішемічна хвороба серця (ІХС) з нападами стенокардії, інфарктом міокарда, транзиторними ішемічними атаками, загостреннями виразкової хвороби шлунка і 12-палої кишки. В результаті клініко-психопатологічного дослідження була визначена клінічна структура і загальні закономірності формування непсихотичних порушень психічної сфери у цих хворих. Отримані результати показали, що в усіх хворих з гострими соматичними станами спостерігаються різноманітні порушення психічної сфери непсихотичного регістра. Це послужило підґрунтям для створення диференційованої системи медико-психологічного супроводу хворих.

**Ключові слова:** соматичні захворювання, непсихотичні психічні розлади, нозогенні реакції психічної дезадаптації

Was investigated state psychiatric patients after acute state therapeutic profile (coronary heart disease with attacks of stenocardia, myocardial infarction, transient ischemic attack, acute gastric ulcer and 12 duodenal ulcer. Clinical-psychopathological research allowed to determine the structure and manifestations of the general laws of formation of non-psychotic psychiatric disorders. The results showed that all patients with acute somatic state observed a variety of non-psychotic psychiatric disorders register. This was the basis for the creation differentiated health-psychological support of patients.

**Keywords:** physical illness, nonpsychotic mental disorders, nozogenic reaction by mental disadaptation

В настоящее время в Украине, как и во всех европейских странах, отмечается стойкая тенденция к росту заболеваний сердечно-сосудистой и цереброваскулярной систем, а также другой системно-органной принадлежности, которые можно отнести к разряду психосоматических. Наряду с нарушением уровня социального функционирования и снижением качества жизни этих больных, наиболее угрожающими являются острые состояния, такие как приступы стенокардии при ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ), гипертонические кризы у больных артериальной гипертензией, мозговые инсульты и транзиторные ишемические атаки (ТИА).

© Федак Б. С., 2014

Вместе с тем, многочисленные авторы в исследованиях последнего времени указывают на недостаточное изучение вопросов медико-психологического сопровождения этой категории больных и психотерапевтической коррекции имеющихся у них нарушений психической сферы [4, 6, 9, 10].

Вышеизложенное обуславливает необходимость проведения систематизированных исследований в этой области. Необходимо также внедрение новых организационных форм реализации медико-психологических и психотерапевтических мероприятий на ранних уровнях медицинской помощи населению Украины с учётом реформирования отрасли. Одним из наиболее приоритетных направлений является разработка новых программ медико-психологического сопровождения больных

сердечно-сосудистими і судинисто-мозговими захворюваннями на різних етапах їх лікування і реабілітації [2, 3]. Це стосується і других гострих станів травматичного профіля різної системно-органної приналежності.

Згідно з результатами досліджень багатьох авторів встановлено, що у цій категорії пацієнтів спостерігається значительний ріст різних розстройств психічної сфери неспихотического реєстра [1, 5, 7, 8, 11]. Разом з тим, відсутнє консенсусне розуміння в питаннях особливостей формування розстройств психічної сфери, їх течення і взаємозв'язку безпосередньо з соматическим захворюванням. Незаборозненими являються також питання реабілітації цих хворих з використанням психокоррекційних і психотерапевтических заходів. Особливо це стосується хворих ішеміческою хворобою серця, інфарктом міокарда, гіпертоніческими кризами, мозговими інсультами і транзиторними ішеміческими атаками і т. д.

Недостатньо вивченими являються питання точної ідентифікації клініческої структури і динаміки формування неспихотических розстройств у цій категорії хворих і патопсихологіческих механізмів формування їх психіческої сфери. Відкритими залишаються також проблеми формування стійкої диференційованої, патогенетически обоснованої системи психотерапевтическої корекції і послідовної психосоціальної реабілітації цієї багочисленної категорії хворих.

Все вищеизложеноє послужило обоснованием проведення нашого дослідження, цілю якого було вивчення стану психіческої сфери, клініческої феноменології психоемоціоноальних розстройств у хворих, перенесших гострі стани терапевтического профіля.

Всього було обстежено 306 хворих. Згідно нозологіческої приналежності соматических захворювань хворі розподілялись следующим образом: 106 хворих з ішеміческою хворобою серця і приступами стенокардії, 37 хворих з інфарктом міокарда, 61 хворий з транзиторними ішеміческими атаками, 102 хворих з язвенною хворобою шлунка і 12-перстної кишки. Из них — 198 чоловіків і 108 жінок в віці від 20 до 60 років. Дослідження проводилось в КПОЗ «Областна клініческа лікарня — Центр екстренної медическої допомоги і медицини катастроф» г. Харків і КЗОЗ Харківської Городської клініческої лікарні швидкої і неотложної допомоги ім. проф. А. І. Мещанінова.

Дослідження включало клініко-психопатологіческий метод. Всім хворим проводилось структуроване діагностическе інтерв'ю. Отримані результати були оброблені статистическим методом.

Клініко-психопатологіческе дослідження дозволило визначити структуру проявлень і загальнозаконності формування неспихотических розстройств психіческої сфери у хворих гострими соматическими станами. Аналіз клініческої картини дозволив виділити, по крайній мірі, чотири основні варіанта розстройств, які були представлені у пацієнтів незалежно від нозологіческої приналежності соматического страдання:

1) нозогенні реакції психіческої дезадаптації (НРПД), виниклі у хворих соматическими захворюваннями в результаті течущого психологіческого впливу на соматическе захворювання (139 чоловік);

2) соматогенний астенический сиптомокомплекс (САС), який формувался в результаті впливу самого соматического захворювання (56 чоловік);

3) реакції психіческої дезадаптації (РПД), які виникли у соматических хворих в результаті лічностної реакції на соматическе захворювання (36 чоловік).

4) гострі реакції на стрес (ОРС), які виникли хворих з вираженим болевим сипдромом (75 чоловік).

Разом з тим, нам удалось обнаружить у них і визначені розлики, т. є. кожда нозологіческа група мала свої визначені кількісні і якісні особливості клініческої структури психопатологіческих феноменів.

Данні вивчення частоти діагностування у хворих соматическими захворюваннями різних форм неспихотических розстройств психіческої сфери по нозологіческим групам представлені в таблиці 1.

У всіх хворих, вне зависимости от нозологіческої приналежності, найбільш розповсюдженою формою неспихотических розстройств психіки оказались нозогенні реакції психіческої дезадаптації (НРПД) (от 48,1 ± 3,6 % у хворих ІБС до 37,8 ± 3,4 % у хворих ІМ).

Однако, если в целом в выборке при несомненном преобладании НРПД (45,2 ± 1,8 %), примерно равно были представлены САС и ОРС (18,4 ± 1,4 % и 24,5 ± 1,3 % соответственно), а РПД — значительно меньше (11,9 ± 1,1 %), то в плане нозологіческих групп эти соотношения выглядели по-разному.

Таблиця 1

Розподілення неспихотических розстройств психіки у хворих соматическими захворюваннями

| Неспихотическі розстройства психіки        | Показатели | Нозологіческі групи |               |             |              | Всього (n = 306) |
|--|------------|---------------------|---------------|-------------|--------------|------------------|
|  |            | ЯБЖидК (n = 102)    | ИБС (n = 106) | ІМ (n = 37) | ТІА (n = 61) |                  |
| Нозогенні реакції психіческої дезадаптації | абс.       | 49                  | 51            | 14          | 25           | 139              |
|  | %          | 48,0 ± 3,5          | 48,1 ± 3,6    | 37,8 ± 3,4  | 41,1 ± 3,5   | 45,2 ± 1,8       |
| Соматогенний астенический сиптомокомплекс  | абс.       | 21                  | 10            | 6           | 19           | 56               |
|  | %          | 20,6 ± 2,9          | 9,4 ± 2,1     | 16,2 ± 2,2  | 31,0 ± 2,9   | 18,4 ± 1,4       |
| Реакції психіческої дезадаптації           | абс.       | 5                   | 22            | 4           | 5            | 36               |
|  | %          | 4,9 ± 1,7           | 20,8 ± 3,0    | 10,8 ± 3,2  | 8,2 ± 1,6    | 11,9 ± 1,1       |
| Гострі реакції на стрес                    | абс.       | 27                  | 23            | 13          | 12           | 75               |
|  | %          | 26,5 ± 3,5          | 21,7 ± 2,8    | 35,2 ± 1,6  | 19,7 ± 2,4   | 24,5 ± 1,3       |

У больных с ЯБЖиДК почти вдвое реже по сравнению со средним показателем по выборке встречались РПД ( $4,9 \pm 1,7\%$  против  $11,9 \pm 1,1\%$ ). Шире, чем в других нозологических группах, здесь был представлен НРПД ( $48,0 \pm 3,5\%$ ).

В группе пациентов с ИБС, наоборот, наиболее распространенной после НРПД формой непсихотических нарушений психики оказались острые РПД, удельный вес которых был почти в 2 раза больше, чем в среднем по выборке ( $20,8 \pm 3,0\%$  против  $11,9 \pm 1,1\%$ ), в то время как САС диагностировался реже, как в этой нозологической группе, так и по сравнению с другими, и почти вдвое реже, чем в среднем по выборке ( $9,4 \pm 2,1\%$  против  $18,4 \pm 1,4\%$ ).

В группе больных с ТИА преобладание распространенности РПД над клинически очерченными формами

непсихотических нарушений психики было меньшим, чем в двух предыдущих нозологических группах с ИБС и ИМ ( $8,2 \pm 1,6\%$  против  $20,8 \pm 3,0\%$  и  $10,8 \pm 3,2\%$  соответственно), однако представленность САС в этой группе была самой высокой среди всех нозологических групп ( $31,0 \pm 2,9\%$ ). Наиболее низкой по отношению к средней выборке оказалась распространенность у них ОРС ( $19,7 \pm 2,4\%$  против  $24,5 \pm 1,3\%$ ). Существенными оказались и различия в структуре отдельных непсихотических нарушений психики у больных с различными соматическими заболеваниями.

Результаты изучения структуры нозогенных реакций психической дезадаптации у больных соматическими заболеваниями согласно нозологической принадлежности представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение структуры нозогенных реакций психической дезадаптации у больных с различными соматическими заболеваниями

| Варианты НРПД   | Показатели | Нозологические группы |                |                |                | Всего (n = 306) |
|-----------------|------------|-----------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
|                 |            | ЯБЖиДК (n = 102)      | ИБС (n = 106)  | ИМ (n = 37)    | ТИА (n = 61)   |                 |
| Астенический    | абс.       | 46                    | 52             | 14             | 27             | 140             |
|                 | %          | $46,1 \pm 2,0$        | $49,0 \pm 1,6$ | $37,8 \pm 3,3$ | $45,9 \pm 3,2$ | $45,8 \pm 1,5$  |
| Соматоформный   | абс.       | 5                     | 21             | 4              | 5              | 36              |
|                 | %          | $4,9 \pm 1,9$         | $20,8 \pm 1,7$ | $10,8 \pm 2,0$ | $8,1 \pm 2,0$  | $11,8 \pm 0,9$  |
| Тревожный       | абс.       | 30                    | 20             | 12             | 13             | 76              |
|                 | %          | $30,4 \pm 3,0$        | $18,9 \pm 1,9$ | $32,4 \pm 3,3$ | $23,0 \pm 2,7$ | $24,8 \pm 1,3$  |
| Субдепрессивный | абс.       | 19                    | 13             | 7              | 16             | 54              |
|                 | %          | $18,6 \pm 1,5$        | $12,3 \pm 3,3$ | $13,5 \pm 2,0$ | $27,9 \pm 1,7$ | $17,6 \pm 1,7$  |

В целом, для больных с острыми соматическими заболеваниями наиболее характерным вариантом нозогенных реакций психической дезадаптации оказался астенический ( $45,8 \pm 1,5\%$ ).

Примерно одинаковой частотой были представлены тревожный и субдепрессивный — ( $24,8 \pm 1,3\%$  и  $17,6 \pm 1,7\%$  соответственно), и значительно реже — соматоформный ( $11,8 \pm 0,9\%$ ).

Однако для больных ЯБЖиДК наиболее типичным оказался астенический вариант НРПД, который диагностировался достоверно чаще в сравнении с другими ( $46,1 \pm 2,0\%$ ). Реже у этих больных диагностировались тревожный и субдепрессивный варианты НРПД ( $30,4 \pm 3,0\%$  и  $18,6 \pm 1,5\%$  соответственно), еще реже — соматоформный ( $4,9 \pm 1,9\%$ ).

У больных с ИБС астенический вариант НРПД был представлен чаще всего и встречался почти у половины пациентов ( $49,0 \pm 1,6\%$ ), а все три другие варианты реакций психической дезадаптации диагностировались почти одинаково редко ( $20,8 \pm 1,7\%$ ;  $18,9 \pm 1,5\%$ ;  $12,3 \pm 3,3\%$ ).

В группе пациентов с ТИА на первом месте по частоте диагностирования оказался астенический вариант НРПД ( $45,9 \pm 3,2\%$ ), на втором — субдепрессивный ( $27,9 \pm 1,7\%$ ) и тревожный ( $23,0 \pm 2,7\%$ ), и еще реже встречался соматоформный ( $8,1 \pm 2,0\%$ ).

Результаты исследования особенностей структуры соматогенного астенического симптомокомплекса

у больных соматическими заболеваниями по нозологическим группам представлены в таблице 3.

В среднем у больных соматическими заболеваниями чаще представленным вариантом соматогенного астенического симптомокомплекса оказался чисто астенический ( $31,7 \pm 0,9\%$ ), реже встречались астено-тревожный ( $27,7 \pm 0,8\%$ ) и астено-субдепрессивный варианты ( $24,5 \pm 0,7\%$ ), еще реже — диссомнический ( $16,1 \pm 0,5\%$ ).

Абсолютно превалирующим вариантом САС у больных ЯБЖиДК оказался астенический ( $61,8 \pm 2,2\%$  против  $31,7 \pm 0,9\%$  в среднем по группе). Астено-субдепрессивный, астено-тревожный и диссомнический варианты встречались у них значительно реже (в  $20,6 \pm 1,5\%$ ;  $11,8 \pm 1,2$  и  $5,9 \pm 1,1\%$  случаев).

Для больных с ТИА наиболее характерными оказались астено-тревожный и астено-субдепрессивный варианты САС ( $42,6 \pm 1,8\%$  и  $34,4 \pm 1,7\%$  соответственно). Хотя и реже, однако по сравнению с другими нозологическими группами достоверно чаще встречался у этих больных диссомнический вариант САС ( $13,1 \pm 1,5\%$ ). Чисто астенический же имел место только у  $3,0 \pm 1,2\%$  пациентов этой группы.

Наиболее часто представленным у больных ИБС оказался астенический вариант САС ( $53,8 \pm 1,1\%$ ). В то же время, астено-тревожный, астено-субдепрессивный и диссомнический варианты в этой нозологической группе встречались достоверно реже, чем в других группах и в среднем по выборке ( $22,6 \pm 0,7\%$  —  $11,4 \pm 0,5\%$ ).

Распределение структуры соматогенного астенического симптомокомплекса у больных с соматическими заболеваниями согласно нозологической принадлежности

| Варианты САС           | Показатели | Нозологические группы |                  |                |                 |                    |
|------------------------|------------|-----------------------|------------------|----------------|-----------------|--------------------|
|                        |            | ЯБЖидК<br>(n = 102)   | ИБС<br>(n = 106) | ИМ<br>(n = 37) | ТИА<br>(n = 61) | Всего<br>(n = 306) |
| Астенический           | абс.       | 63                    | 57               | 12             | 6               | 138                |
|                        | %          | 61,8 ± 2,2            | 53,8 ± 1,1       | 32,4 ± 3,3     | 9,8 ± 1,2       | 31,7 ± 0,9         |
| Астено-субдепрессивный | абс.       | 21                    | 24               | 5              | 21              | 71                 |
|                        | %          | 20,6 ± 1,5            | 22,6 ± 0,7       | 13,5 ± 2,0     | 34,4 ± 1,7      | 24,5 ± 0,7         |
| Астено-тревожный       | абс.       | 12                    | 13               | 14             | 26              | 65                 |
|                        | %          | 11,8 ± 1,2            | 12,3 ± 1,6       | 37,8 ± 3,3     | 42,6 ± 1,8      | 27,7 ± 0,8         |
| Диссомнический         | абс.       | 6                     | 12               | 6              | 8               | 32                 |
|                        | %          | 5,9 ± 1,1             | 11,4 ± 0,5       | 16,2 ± 2,0     | 13,1 ± 1,5      | 16,1 ± 0,5         |

Полученные результаты показали, что у всех больных с острыми соматическими состояниями наблюдаются разнообразные нарушения психической сферы неспихотического регистра.

Они представлены в виде четырех основных групп: нозогенных реакций психической дезадаптации, соматогенного астенического симптомокомплекса, острых реакций на стресс, реакцией психической дезадаптации.

Первые две группы нарушений психической сферы не достигают степени клинической очерченности нозологического уровня. Остальные две группы по степени выраженности симптоматики позволяют идентифицировать их согласно диагностическим критериям МКБ-10.

Клиническая феноменология этих групп и патофизиологические механизмы их формирования должны послужить основой для формирования системы психотерапевтической коррекции расстройств психической сферы у этих больных.

**Список литературы**

1. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // *Нейро News. 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 // *Клиническая медицина*. — 2007. — № 8. — С. 29—32.
3. Коростій В. І. Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях / В. І. Коростій // *Медична психологія*. — 2013. — Т. 8. — № 3 (31). — С. 56—63.
4. Мищенко Т. С. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции / Мищенко Т. С., Шестопалова Л. Ф., Мищенко В. Н. // *Международный неврологический журнал*. — 2007. — № 2 (12). — С. 26—30.
5. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском простран-

стве / Морозов П. В., Незнанов Н. Г., Лиманкин О. В., Волошин П. В., Марута Н. А. // *Український вісник 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 у осіб, що перенесли інфаркт міокарда та мозковий інсульт // *Український вісник психоневрології*. — 2009. — Т. 17, вип. 2 (59). — С. 40—44.

9. Напрееенко О. К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України) // *Український вісник 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—9.

11. Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies / [Hackett M. L., Yapa C, Parag V. et al.] // *Stroke*. — 2005. — Vol. 36. — P. 1330—1340.

*Надійшла до редакції 03.09.2014 р.*

**ФЕДАК Богдан Степанович**, кандидат медичинських наук, професор кафедри соціальної медицини, управління і бізнесу в здоров'язбереженні Харківської медичинської академії посліди-пного образования, головний лікар Коммунального учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница — Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Харьков; e-mail: psychotherapy@med.edu.ua

**FEDAK Bohdan Stepanovych**, MD, PhD, Professor of Department of Social Medicine, Business and Management in Health Care of the Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education, Head Physician of Community Health institutions' of the "Regional Hospital — Medical Emergency and Disaster Medicine", Kharkiv; e-mail: psychotherapy@med.edu.ua