

УДК:616.123-007.64-089+616.89-008-07

**О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, К. І. Тарновецька**  
**ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ**  
**НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

**Актуальність.** У загальносоматичній практиці 1/3 пацієнтів страждає на хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ) з обтяженням психічною патологією (Д. Патон, Р. Дженкінс, 2001), що призводить до ще більшого зниження працездатності пацієнтів з підвищенням рівня інвалідизації, до погіршення якості життя та соціального функціонування. Значна розповсюдженість психічних порушень серед пацієнтів первинної медичної мережі (Шафігулін М. Р., 2008; Zimmet P, Alberti KGMM, Kaufman F, 2007; Steptoe A., 2009; Sigl B., 2010; Хаустова О. О., 2012) і прогностичне їх зростання ще на 4,8% відповідно до встановлених до 2020 р. тенденцій набула статусу високо актуальної проблеми: вона обговорювалась на 65-й Сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (ВООЗ) у Женеві (травень 2012 року) (Єрмолова Ю., Грузева Т., Чен М., 2012). Оскільки хронічна хвороба з приєднаною психічною патологією цілісно послаблює організм, вкрай необхідно прораховувати всі психологічні аспекти особливостей особистості з хронічними неінфекційними захворюваннями, у тому числі внутрішньої картини хвороби, яка включає: преморбідні біологічні й особистісні фактори; особливості перебігу захворювання (формування, клініку, прогноз); соціальне функціонування хворого (систему взаємодії особистості з дійсністю і вплив оточення на нього); медичні аспекти (умови діагностики і лікування).

Для вирішення окреслених проблем медико–психологічного характеру пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями необхідно запровадження виваженої пролонгованої програми комплексного медичного супроводу, починаючи з розробки відповідного скринінгового і моніторингового інструментарію та завершуючи удосконаленням моделі психіатричної допомоги «зустрічного руху» із визначенням організаційних форм участі спеціалізованої служби в умовах загальносоматичної мережі та їх взаємодії з іншими службами з урахуванням забезпечення міждисциплінарного співробітництва психологів, психіатрів та лікарів загального профілю для раціонального використання медичних ресурсів. Особливістю комплексного медичного супроводу постає поєднання медичних та психологічних методів із визначенням індикаторів, предикторів і превенторів психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями з подальшим визначенням принципів та алгоритмів терапевтичної тактики, диференційованих відповідно до спектра психопатологічних порушень при різних профілях соматичної патології.

Методи та матеріали. Нами було обстежено 67 пацієнтів з ХНІЗ за методикою ТОБОЛ (визначення

переважаючого типу ставлення до хвороби) у терапевтичному відділенні ДКЛ №1 ст. Київ. Середній вік пацієнтів був  $47,6 \pm 8,4$  років. Серед пацієнтів переважали жінки (68,7%) та особи вікової категорії понад 50 років.

Результати. Виявлено наступні особливості внутрішньої картини хвороби у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями: до першого блоку (адаптивний варіант реагування на хворобу) увійшли 19,4%, до другого (інтрапсихічний варіант) – 46,3%, до третього (інтерпсихічний варіант) – 34,3% пацієнтів. Отже, переважаюча більшість пацієнтів виявила інтрапсихічний тип реагування (тривожний, іпохондричний, неврастеничний, меланхолійний і апатичний типи ставлення до хвороби). Для цих пацієнтів були притаманні дратівлива слабкість та почасти пригнічений стан.

Другим за чисельністю пацієнтів виявився інтерпсихічний варіант (переважання сенситивного, егоцентричного, паранойяльного, дисфоричного типів реагування на хворобу). Емоційно-афективні реакції у цій групі пацієнтів призводили до виразної психічної дезаптації, додатково обумовленої преморбідними особливостями особистості хворих.

Найменша група пацієнтів представляє адаптивний варіант (гармонійний, ергопатичний та анозогностичний тип реагування) із нормальною адаптацією до хронічного хворобливого стану. Ми звернули увагу, у хворих на цукровий діабет з адаптивним варіантом ставлення до хвороби переважає ергопатичний тип (занурення в роботу, витіснення думок про хворобу та ін.), а у більшості пацієнтів з ССЗ – анозогностичний (більш несприятливий). У той же час, більшість пацієнтів з ХНІЗ використовували дезадаптивні (неконструктивні) типи реагування на свою хворобу.

Були також виявлені гендерні відмінності у ставленні до хвороби: у жінок переважав тривожний настрій з елементами роздратування; у чоловіків домінували роздратування та нетерплячість. Вікові відмінності: пацієнти від 50 до 60 років також були більш тривожними.

Висновки. Проведене дослідження свідчить про негативний вплив ХНІЗ на повноцінне функціонування особистості пацієнтів. Ставлення пацієнтів до свого захворювання певним чином визначає перебіг і прогноз ХНІЗ. Виявлені закономірності покладені в основу розробки рекомендацій щодо курації пацієнтів з ХНІЗ шляхом формування у них адекватної моделі очікуваних результатів лікування для прискорення процесу одужання, покращення прогнозу захворювання та рівня ресоціалізації.