

ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМИ СОМАТИЧНИМИ СТАНАМИ

Доц. Б. С. ФЕДАК

КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»,
Харків

Вивчено психічну сферу хворих, які перенесли гострі соматичні стани (ішемічна хвороба серця з нападами стенокардії, інфаркт міокарда, транзиторні ішемічні атаки, загострення виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки). Клініко-психопатологічне дослідження дало змогу визначити структуру проявів і загальні закономірності формування неспихотичних порушень психічної сфери.

Ключові слова: гострі соматичні захворювання, неспихотичні порушення психічної сфери, нозогенні реакції психічної дезадаптації.

У цей час в Україні, як і в усьому світі, спостерігається зростання захворювань, у формуванні яких провідним є психогенний фактор і які можна віднести до розряду психосоматичних внаслідок порушення соціального функціонування пацієнтів. Поряд із загальним зниженням якості життя хворих, у структурі цих захворювань найбільш загрозливими є гострі стани, напади стенокардії при ішемічній хворобі серця (ІХС), інфаркт міокарда (ІМ), гіпертонічні кризи при артеріальній гіпертензії (АГ), мозкові інсульти (МІ) і транзиторні ішемічні атаки (ТІА).

Водночас багато авторів зазначають про недостатнє вивчення питань медико-психологічного супроводу цієї категорії хворих і психотерапевтичної корекції наявних у них порушень психічної сфери [1–4].

Тож необхідно впровадити нові організаційні форми проведення медико-психологічних і психотерапевтичних заходів на ранніх рівнях медичної допомоги населенню України з урахуванням реформування галузі. Одним із пріоритетних напрямів є розробка нових програм медико-психологічного супроводу хворих на серцево-судинні та судинно-мозкові захворювання на різних етапах їхнього лікування й реабілітації [5, 6]. Це стосується й інших гострих станів травматичного профілю різної системно-органної належності.

Згідно з результатами численних наукових досліджень було встановлено, що в цієї категорії пацієнтів спостерігається значне зростання різних розладів психічної сфери неспихотичного регістру [7–11]. Однак досі відсутнє консенсусне розуміння особливостей формування розладів психічної сфери, їх перебігу й взаємозв'язку безпосередньо із соматичним захворюванням, не вирішено питання реабілітації зазначених хворих із застосуванням психокорекційних і психотерапевтичних заходів. Особливо це стосується хворих на ІХС, ІМ, АГ, МІ, ТІА тощо.

Недостатньо вивчено проблеми точної ідентифікації клінічної структури й динаміки формування неспихотичних розладів у цієї категорії хворих, патопсихологічних механізмів формування їхньої психічної сфери. Відсутня стійка диференційована, патогенетично обґрунтована система психотерапевтичної корекції й послідовної психосоціальної реабілітації цієї численної категорії пацієнтів.

Мета дослідження — вивчення стану психічної сфери, клінічної феноменології психоемоційних порушень у хворих, що перенесли гострі стани терапевтичного профілю.

Було обстежено 306 хворих, які згідно з нозологічною належністю соматичних захворювань розподілились у такий спосіб: 106 пацієнтів із ІХС і нападами стенокардії, 102 — з виразковою хворобою шлунка й дванадцятипалої кишки (ВХШ і ДК), 61 — із ТІА, 37 — із ІМ. З них 198 чоловіків і 108 жінок у віці від 20 до 60 років. Дослідження проводилося в КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» (Харків) і КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова».

Дослідження включало клініко-психопатологічний метод, структуроване діагностичне інтерв'ю. Отримані результати були статистично оброблені.

Клініко-психопатологічне дослідження дало змогу встановити структуру проявів і загальні закономірності формування неспихотичних порушень психічної сфери у хворих із гострими соматичними станами. На основі результатів аналізу клінічної картини було виділено чотири основні варіанти розладів, які спостерігалися в пацієнтів незалежно від нозологічної належності соматичного захворювання:

1) нозогенні реакції психічної дезадаптації (НРПД), що виникли внаслідок поточного психологічного впливу на соматичне захворювання ($n = 139$);

2) соматогенний астеничний симптомокомплекс (САС), який формувався під впливом самого соматичного захворювання ($n = 56$);

3) реакції психічної дезадаптації (РПД), які з'явилися внаслідок особистісної реакції на соматичне захворювання ($n = 36$);

4) гострі реакції на стрес (ГРС), які відзначали при вираженому больовому синдромі ($n = 75$).

Водночас нам вдалося виявити в зазначеного контингенту хворих і певні відмінності, тобто кожна нозологічна група мала свої кількісні і якісні особливості клінічної структури психопатологічних феноменів.

Дані вивчення частоти діагностування в пацієнтів із соматичними захворюваннями різних форм непсихотичних порушень психічної сфери за нозологічними групами подано в табл. 1.

У всіх хворих поза нозологічною належністю найпоширенішою формою непсихотичних порушень психіки виявилися НРПД (від $48,1 \pm 3,6\%$ у хворих на ІХС до $37,8 \pm 3,4\%$ у хворих на ІМ).

Однак, якщо в цілому у вибірці безсумнівно превалювали НРПД ($45,2 \pm 1,8\%$ випадків), а ГРС, САС і РПД були значно нижчими ($24,5 \pm 1,3\%$, $18,4 \pm 1,4\%$ і $11,9 \pm 1,1\%$ відповідно), то в нозологічних групах ці співвідношення виглядали по-різному.

У хворих із ВХШ і ДК майже вдвічі рідше порівняно із середнім показником за вибіркою зустрічалися РПД ($4,9 \pm 1,7\%$ проти $11,9 \pm 1,1\%$), тоді як показники НРПД, САС і ГРС при цій самій патології порівняно із середнім показником перебували в одному цифровому діапазоні. У групі пацієнтів із ІХС, навпаки, найпоширенішими після НРПД формами непсихотичних порушень психіки були гострі РПД і ГРС ($20,8 \pm 3,0\%$ і $21,7 \pm 2,8\%$ відповідно), САС діагностувався значно рідше як у цій нозологічній групі, так і порівняно з іншими й майже вдвічі рідше, ніж у середньому за вибіркою ($9,4 \pm 2,1\%$ проти $18,4 \pm 1,4\%$). У групі хворих із ІМ показники поширеності НРПД і ГРС були на одному рівні ($37,8 \pm 3,4\%$ і $35,2 \pm 1,6\%$ відповідно). При цьому поширеність САС і РПД ($16,2 \pm 2,2\%$ і $10,8 \pm 3,2\%$ відповідно), що перебувають в одному діапазоні частоти, була вдвічі меншою, ніж в інших групах непсихотичних порушень психіки. Близькою до середньої за вибіркою виявилася поширеність у них НРПД ($41,1 \pm 3,5\%$ проти $45,2 \pm 1,8\%$). РПД у пацієнтів із ТІА порівняно з іншими нозологічними групами зустрічалися достовірно рідше ($8,2 \pm 1,6\%$). Із усіх відомих НРПД нами було обрано чотири основні варіанти, які найбільш яскраво відображають картину соматичних захворювань і проявляються в ній: астеничний, соматоформний, тривожний і субдепресивний.

Істотними виявилися й відмінності в структурі окремих непсихотичних порушень психіки у хворих із різними соматичними захворюваннями.

Результати вивчення структури нозогенних реакцій психічної дезадаптації у хворих на соматичні захворювання згідно з нозологічною належністю подано в табл. 2.

У цілому для хворих із гострими соматичними захворюваннями найбільш характерним варіантом НРПД був астеничний ($45,8 \pm 1,5\%$). Приблизно з однаковою частотою були представлені тривожний і субдепресивний ($24,8 \pm 1,3\%$ і $17,6 \pm 1,7\%$ відповідно) варіанти й значно рідше — соматоформний ($11,8 \pm 0,9\%$).

Для хворих із ВХШ і ДК найбільш типовим виявився астеничний варіант НРПД ($45,8 \pm 1,5\%$), який діагностувався достовірно частіше не тільки у своїй групі, але й порівняно з іншими варіантами. Рідше в цих пацієнтів діагностували тривожний і субдепресивний варіанти НРПД ($30,4 \pm 3,0\%$ і $18,6 \pm 1,5\%$ відповідно) і лише в $4,9 \pm 1,9\%$ випадків — соматоформний.

У хворих із ІХС астеничний варіант НРПД зустрічався майже в половині пацієнтів ($49,0 \pm 1,6\%$), а три інші варіанта реакцій — соматоформний, тривожний, субдепресивний — діагностувалися в $20,8 \pm 1,7\%$; $18,9 \pm 1,9\%$ і $12,3 \pm 3,3\%$ випадків відповідно.

У групі пацієнтів із ІМ основними варіантами НРПД були астеничний і тривожний синдроми ($37,8 \pm 3,3\%$ і $32,4 \pm 3,3\%$ відповідно), на частку субдепресивного припадало $13,5 \pm 2,0\%$ випадків, соматоформного — $10,8 \pm 2,0\%$.

Серед пацієнтів із ТІА на першому місці за частотою діагностування був астеничний варіант НРПД ($45,9 \pm 3,2\%$), на другому — субдепресивний ($27,9 \pm 1,7\%$), тривожний зустрічався в $23,0 \pm 2,7\%$ випадків і ще рідше — соматоформний ($8,1 \pm 2,0\%$).

Результати дослідження особливостей структури соматогенного астеничного симптомокомплексу у хворих на соматичні захворювання за нозологічними групами подано в табл. 3.

У середньому у хворих із соматичними захворюваннями частіше представлено такі варіанти САС: астеничний ($31,7 \pm 0,9\%$ випадків), астено-тривожний ($27,7 \pm 0,8\%$) і астено-субдепресивний варіанти ($24,5 \pm 0,7\%$), рідше — диссомнічний ($16,1 \pm 0,5\%$).

Переважаючим варіантом САС у хворих на ВХШ і ДК був астеничний — $61,8 \pm 2,2\%$ випадків, середній показник — $31,7 \pm 0,9\%$. Астено-субдепресивний, астено-тривожний і диссомнічний варіанти зустрічалися в них значно рідше (в $20,6 \pm 1,5\%$; $11,8 \pm 1,2\%$ і $5,9 \pm 1,1\%$ випадків).

Для пацієнтів із ТІА найбільш характерними виявилися астено-тривожний і астено-субдепресивний варіанти САС ($42,6 \pm 1,8\%$ і $34,4 \pm 1,7\%$ випадків відповідно). Хоча й рідше, однак порівняно з іншими нозологічними групами достовірно частіше зустрічався в цих хворих диссомнічний варіант — $13,1 \pm 1,5\%$. Суто астеничний варіант відзначено тільки в $9,8 \pm 1,2\%$ пацієнтів цієї групи.

Найчастіше у хворих на ІХС спостерігався астеничний варіант САС — $53,8 \pm 1,1\%$ випадків.

Таблиця 1

**Розподіл непсихотичних порушень психіки
у хворих на соматичні захворювання**

Непсихотичні порушення психіки	Нозологічні групи				
	ВХШ і ДК, n = 102	ІХС, n = 106	ІМ, n = 37	ТІА, n = 61	Разом, n = 306
НРПД	49 48,0±3,5	51 48,1±3,6	14 37,8±3,4	25 41,1±3,5	139 45,2±1,8
САС	21 20,6±2,9	10 9,4±2,1	6 16,2±2,2	19 31,0±2,9	56 18,4±1,4
РД	5 4,9±1,7	22 20,8±3,0	4 10,8±3,2	5 8,2±1,6	36 11,9±1,1
ГРС	27 26,5±3,5	23 21,7±2,8	13 35,2±1,6	12 19,7±2,4	75 24,5±1,3
Разом	102 100,0	106 100,0	37 100,0	61 100,0	306 100,0

Примітка. У верхньому рядку наведено абсолютні числа, в нижньому — відсотки. Те саме у табл. 2, 3.

Таблиця 2

**Структура нозогенних реакцій психічної дезадаптації
у хворих із різними соматичними захворюваннями**

Варіанти НРПД	Нозологічні групи				
	ВХШ і ДК, n = 102	ІХС, n = 106	ІМ, n = 37	ТІА, n = 61	Разом, n = 306
Астенічний	46 46,1±2,0	52 49,0±1,6	14 37,8±3,3	27 45,9±3,2	140 45,8±1,5
Соматоформний	5 4,9±1,9	21 20,8±1,7	4 10,8±2,0	5 8,1±2,0	36 11,8±0,9
Тривожний	30 30,4±3,0	20 18,9±1,9	12 32,4±3,3	13 23,0±2,7	76 24,8±1,3
Субдепресивний	19 18,6±1,5	13 12,3±3,3	7 13,5±2,0	16 27,9±1,7	54 17,6±1,7
Разом	100 98,0±2,5	106 100,9±1,6	37 100±2,0	61 100±2,7	306 100±1,8

Таблиця 3

**Структура соматогенного астенічного симптомокомплексу
у хворих із соматичними захворюваннями згідно з нозологічною належністю**

Варіанти САС	Нозологічні групи				
	ВХШ і ДК, n = 102	ІХС, n = 106	ІМ, n = 37	ТІА, n = 61	Разом, n = 306
Астенічний	63 61,8±2,2	57 53,8±1,1	12 32,4±3,3	6 9,8±1,2	138 31,7±0,9
Астено-субдепресивний	21 20,6±1,5	24 22,6±0,7	5 13,5±2,0	21 34,4±1,7	71 24,5±0,7
Астено-тривожний	12 11,8±1,2	13 12,3±1,6	14 37,8±3,3	26 42,6±1,8	65 27,7±0,8
Диссомнічний	6 5,9±1,1	12 11,4±0,5	6 16,2±2,0	8 13,1±1,5	32 16,1±0,5
Разом	102 100±2,9	106 100,1±2,1	37 100±3,0	61 100±2,9	306 100±1,4

Водночас астено-тривожний, астено-субдепресивний і диссомнічний варіанти ($22,6 \pm 0,7$; $12,3 \pm 1,6$ і $11,4 \pm 0,5\%$) у цій нозологічній групі зустрічалися достовірно рідше, ніж в інших групах і в середньому за вибіркою.

Отримані результати показали, що у всіх хворих із гострими соматичними станами спостерігаються різноманітні порушення психічної сфери неспихотичного регістру, які представлені чотирма основними групами: нозогенними реакціями психічної дезадаптації, соматогенним астеничним симптомокомплексом, гострими ре-

акціями на стрес, реакцією психічної дезадаптації. Перші дві групи порушень психічної сфери не досягають ступеня клінічної окресленості нозологічного рівня, дві інші за ступенем виразності симптоматики дають змогу ідентифікувати їх згідно із діагностичними критеріями МКХ-10.

Клінічна феноменологія цих груп і патопсихологічні механізми їх формування повинні стати основою для формування системи психотерапевтичної корекції розладів психічної сфери у зазначеного контингенту хворих.

Список літератури

1. Мищенко Т. С. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции / Т. С. Мищенко, Л. Ф. Шестопалова, В. Н. Мищенко // Междунар. неврологический журн.— 2007.— № 2 (12).— С. 26–30.
2. Долженко М. Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / М. Н. Долженко // Практична ангіологія.— 2006.— Т. 2, № 1.— С. 17–23.
3. Напреевко О. К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України) // Укр. вісн. психоневрології.— 2014.— Т. 22, вип. 1 (78).— С. 18–22.
4. 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.— № 102.— P. 1773–1779.
5. Кирюхин О. Л. Комплексная оценка и коррекция психических нарушений у больных ишемической болезнью сердца / О. Л. Кирюхин, Н. А. Гасанов, Д. Р. Ракита // Клин. мед.— 2007.— № 8.— С. 29–32.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.— 2008.— № 243 (спец. вып.).— С. 71–74.
10. Михайлов В. Б. Емоційні порушення у осіб, що перенесли інфаркт міокарда та мозковий інсульт / В. Б. Михайлов // Укр. вісн. психоневрології.— 2009.— Т. 17, вип. 2 (59).— С. 40–44.
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.

НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

Б. С. ФЕДАК

Изучена психическая сфера больных, перенесших острые соматические состояния (ишемическая болезнь сердца с приступами стенокардии, инфаркт миокарда, транзиторные ишемические атаки, обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки). Клинико-психопатологическое исследование позволило определить структуру проявлений и общие закономерности формирования неспихотических нарушений психической сферы.

Ключевые слова: острые соматические заболевания, неспихотические нарушения психической сферы, нозогенные реакции психической дезадаптации.

MENTAL SPHERE DISORDERST IN PATIENTS WITH ACUTE SOMATIC CONDITIONS

B. S. FEDAK

The mental sphere was investigated in patients after acute somatic conditions (coronary artery disease with angina attacks, myocardial infarction, transient ischemic attacks, exacerbations of

gastric and duodenal ulcer). The clinical psychopathological investigation allowed to determine the structure of the manifestations and general regulatiuons of forming nonpsychotic mental disorders.

Key words: acute somatic diseases, nonpsychotic mental disorders, nosogenic reactions of mental deadaptation.

Надійшла 25.06.2014