

ВЫВОДЫ

1. Высокая распространенность заболеваний внутренних органов среди пациентов специализированного психиатрического стационара (отделение пограничных состояний) отражает общемедицинскую проблему своевременного распознавания сочетанной соматической и психической патологии. Структура соматической патологии у 1350 обследованных больных включает ряд наиболее социально значимых заболеваний сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь – 51,8%, нейроциркуляторная дистония с синдромом артериальной гипертензии – 16,6%, ишемическая болезнь сердца - 9,8%); эндокринной системы (сахарный диабет 2 типа – 5,7%, нарушение толерантности к глюкозе – 9,3%); системы органов пищеварения (изолированные гастродуоденальные эрозии - 8,2%, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка - 18,1%). Большинство пациентов госпитализируются в порядке самообращения (35,5%) и по направлению психиатра (34,9%).

2. Клинико-динамический анализ невротических, аффективных, связанных со стрессом расстройств обнаруживает феноменологическое многообразие соматовегетативных и психовегетативных проявлений, маскирующих основные симптомы заболеваний внутренних органов. Дифференциально-диагностические трудности при раннем выявлении у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами коронарной болезни сердца, язвенной болезни, сахарного диабета обусловлены их атипичностью, стертой, недифференцированностью.

Манифестация пограничных психических расстройств предшествует первичному выявлению и верифицированной диагностике заболеваний внутренних органов.

На начальных этапах отмечается полиморфизм психопатологической симптоматики с преобладанием нозофобий (нозо-, кардио-, танато-), а также симптомов астении - у мужчин, сенестопатий и конверсионных расстройств - у женщин, при наличии «общих» соматовегетативных проявлений (кардиалгий - 60,1%; абдоминалгий - 64,7%; артралгий, миалгий - 36,8%; гипервентиляционных (41,9%) и дизурических (10,7%) расстройств).

Усиление тревожных и депрессивных расстройств, в структуре которых присутствуют соматические симптомы, выраженность психопатологических нарушений препятствуют верификации клинических признаков соматического заболевания и определяют необходимость дополнительной консультации психиатра.

3. Выявленная сочетанная соматическая и психическая патология представляет собой наиболее адекватную модель для изучения ее патогенетической общности или коморбидности при многомерном анализе клинико-функциональных, клинико-лабораторных, клинико-морфологических особенностей заболеваний внутренних органов и клинического полиморфизма непсихотических психических расстройств.

4. Анализ патогенетических условий формирования психосоматических заболеваний свидетельствует о роли психосоциальных факторов в механизмах психотравмирующего воздействия на пациентов, нарушающих их адаптационные возможности. Тяжелые психосоциальные стрессоры являются более значимыми для женщин (43,4% против 29,7% у мужчин), производственные и медицинские факторы - для мужчин (49,8 и 37,4% соответственно); семейно-бытовые конфликты и негативные межличностные отношения сохраняют актуальность для 61,8% женщин и 49,1% мужчин.

5. Комплексное клиническое обследование больных с пограничными психическими расстройствами подтверждает клинический полиморфизм

психосоматических соотношений, взаимосвязанный с половым диморфизмом и психологическими особенностями личности. Анализ преморбидных личностных особенностей показал, что демонстративные черты преобладают у женщин (52,4%), тормозимые - у мужчин (27,9%). При направлении к психиатру из общесоматической сети для женщин характерны: фиксация на психотравмирующей ситуации; восприятие себя «тяжелобольной»; депрессивный тип реакции на заболевание; для мужчин - фиксация на неудовлетворительном физическом состоянии; склонность к самопорицанию и самообвинению; тревожно-депрессивная или анозогностическая реакции на соматическое заболевание.

6. Клинико-психопатологический анализ показывает гетерогенность непсихотических ПР у пациентов с патологией внутренних органов. Психические расстройства пациентов соответствуют невротическим, связанным со стрессом и соматоформным расстройствам в 55,3% случаев, органическим непсихотическим расстройствам - в 22,1%, специфическим расстройствам личности - в 15,0%, аффективным расстройствам – в 7,6%.

7. Клинико-динамический анализ позволяет установить закономерности формирования ишемической болезни сердца у пациентов с пограничными психическими расстройствами.

Пациенты с психовегетативными пароксизмальными состояниями в структуре тревожно-фобических расстройств и дислипидемией составляют группу высокого риска развития ИБС.

Тревожно-фобические расстройства, смешанные тревожно-депрессивные реакции и депрессивные расстройства у больных ИБС протекают на фоне атерогенной дислипидемии (гиперхолестеролемии, гиперацилтриглицеридемии, гипоальфахолестеролемии). Наиболее выраженная гипоальфахолестеролемия (менее 0,9 ммоль/л) наблюдается у больных ИБС с тревожно-фобическими расстройствами. Положительная динамика с редукцией ПР происходит одновременно с ростом уровня ХС-ЛПВП и снижением уровней ОХС и ХС-ЛПНП.

Усиление ФК стенокардии напряжения и прогрессирование коронарной болезни сердца сопровождается значимым увеличением частоты депрессивных расстройств.

8. Клинико-психопатологический анализ показывает гетерогенность непсихотических психических расстройств у пациентов с АГ, обусловленную характером и стадией течения, возрастом и полом пациентов.

Формирование ГБ I стадии и НЦД с повышением АД у пациентов в пограничными ПР происходит на фоне предшествующих невротических расстройств. Обнаружена взаимосвязь ГБ I стадии с расстройствами адаптации и реакциями на тяжелый стресс, тревожно-фобическими расстройствами, НЦД - с тревожно-фобическими и соматоформными расстройствами.

ГБ II стадии сопровождается развитием неврозоподобных расстройств, а у женщин - также депрессивных расстройств, возникновению которых способствует декомпенсация соматического состояния при провоцирующем влиянии хронических психострессоров.

Показатели САД, ДАД, ЧСС и суточных колебаний ЧСС обнаруживают прогностическую значимость в большей степени для женщин, чем для мужчин.

9. Анализ клинических, биологических, социально-психологических признаков, характеризующих состояние больных сахарным диабетом и коморбидными психическими расстройствами, позволяет выделить ряд закономерностей.

Манифестация психических расстройств предшествует развитию СД 2 типа и НТГ. Случаи СД, для компенсации которого требуется назначение препаратов инсулина, выявляются у женщин в течение первого месяца, у мужчин - первых шести месяцев от начала психического расстройства. Группу высокого риска

составляют пациенты, у которых повышенный уровень гликемии ассоциирован с влиянием психострессоров и ПР депрессивного спектра. В текущем психическом состоянии больных сахарным диабетом 2 типа в 40% случаев доминирует депрессивная симптоматика. Наиболее частыми психопатологическими проявлениями при НТГ являются невротические, связанные со стрессом расстройства.

10. Клинико-психопатологический и клинико-динамический анализ показывает особенности формирования психосоматических соотношений при язвенной болезни и гастродуоденальных эрозивных поражениях.

Полиморфизм и динамика психопатологических нарушений при язвенной болезни и гастродуоденальных эрозивных поражениях взаимосвязаны с динамикой морфологических изменений язвенного или эрозивного процесса от стадии «свежего» язвенного или эрозивного дефекта до стадии эндоскопической ремиссии, локализацией и характером поражения, обнаруживающих различия у мужчин и женщин с пограничными психическими расстройствами.

Язвенная болезнь и изолированные гастродуоденальные эрозии относятся к часто встречающимся заболеваниям как у мужчин, так и у женщин с пограничными психическими расстройствами. Органические психические расстройства наблюдаются в 3,3 раза чаще у мужчин, страдающих ЯБ, в то время как аффективные расстройства - в 6,4 раза чаще у женщин с язвенной болезнью.

Более чем в половине случаев язвенная болезнь протекает на фоне расстройств адаптации и реакций на тяжелый стресс. Появление психопатологической симптоматики предшествует развитию, обострению либо рецидиву язвенного или эрозивного дефекта.

11. Методом логистической регрессии определен спектр клинических прогностических предикторов, который, наряду с известными специфическими для каждого заболевания факторами риска, включает значимые психические, психологические, психосоциальные факторы, обеспечивающие в совокупности высокий процент правильного прогноза. К ним относятся: соотношение возраста начала и продолжительности ПР и соматического заболевания; выраженность и структура психосоциальных стрессоров; ведущий психопатологический синдром в текущем психическом состоянии, определяющие диагноз психического расстройства, которые рассматриваются в качестве дополнительных факторов в оценке прогнозирования с учетом индивидуальных критериев степени риск-стратификации мультифакториальных соматических заболеваний.

12. Для усовершенствования медицинской помощи пациентам с сочетанной соматической и психической патологией в общесоматической сети предлагается алгоритм комплексного обследования и лечения психосоматического больного, основанный на выявлении «общих» симптомов коморбидных расстройств. Реализация данного интегративного подхода в диагностике и терапии психических расстройств непсихотического уровня у пациентов с сочетанной соматической патологией в отделении пограничных состояний позволяет достичь выздоровления в 44,8% случаев, клинического улучшения - в 47,3%. Наибольшая эффективность реабилитационных программ отмечена в группе пациентов с невротическими расстройствами.