

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе представлены основные результаты исследования, отражающие общий системный анализ взаимосвязи патологии внутренних органов и непсихотических психических расстройств, выполненного на примере ИБС, АГ, СД 2 типа, ЯБ ДПК и ЯБЖ, ГДЭ. Распространенные социально значимые соматические заболевания и психические расстройства являются наиболее адекватными моделями изучения их патогенетической общности или коморбидности<sup>1</sup> при многомерном анализе клинико-функциональных особенностей патологии внутренних органов и клинического полиморфизма непсихотических психических нарушений.

## ОБЩИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ

Распределение больных в зависимости от возраста показало, что наибольшее число пациентов находилось в возрастных группах 30-39 лет (26,9%) и 40-49 лет (38,2%), то есть наиболее трудоспособном возрасте. Женщины были старше мужчин ( $p=0,001$ ), отличались более высоким уровнем образования (35,6% из них получили высшее образование, 44,6% - среднее специальное), соответственно у мужчин - 26,4 и 30,8% ( $p=0,001$ ), женщины в 2,7 раза чаще были разведены или состояли в повторном браке ( $df=7$ ;  $\chi^2=28,656$ ;  $p=0,001$ ;  $\phi=0,146$ ).

В соответствии с задачами исследования был проведен анализ мотиваций обращения пациентов в отделение пограничных состояний, их отношения к заболеванию, а также степени участия психогенных факторов в формировании текущего психического состояния пациентов с оценкой значимости отдельных психострессоров (табл.1).

Условно было выделено три группы показателей: 1) мотивационные факторы (субъективно предъявляемые мотивы обращения к психиатру; мотивация госпитализации); 2) признаки, характеризующие субъективное отношение психосоматического пациента к своему состоянию; 3) психосоциальные факторы с различной (индивидуальной) значимостью для каждого пациента.

Психосоциальные стрессорные факторы в соответствии со шкалой выраженности психотравмирующего воздействия<sup>2</sup> классифицировались на жизненные события, медицинские, производственные, негативные межличностные отношения и семейно-бытовые события.

Наиболее мощные стрессорные факторы (жизненные события) были выявлены в 527 случаях (39,0%) преимущественно у женщин ( $df=6$ ;  $\chi^2=88,663$ ;  $p=0,001$ ;  $\phi=0,440$ ). Производственные факторы в группе женщин составили 31,1%, в группе мужчин – 37,4% ( $df=7$ ;  $\chi^2=25,975$ ;  $p=0,001$ ;  $\phi=0,204$ ). Медицинские факторы имели значение у мужчин в 49,8% случаев и у женщин - в 34,2% ( $df=12$ ;  $\chi^2=120,369$ ;  $p=0,001$ ;  $\phi=0,336$ ). По выраженности психотравмирующего воздействия бытовые и межличностные факторы относились к умеренным или незначительным, но являлись самыми распространенными, актуальными для 61,8% женщин и 49,1% мужчин ( $df=3$ ;  $\chi^2=40,822$ ;  $p=0,001$ ;  $\phi=0,261$ ), ( $df=4$ ;  $\chi^2=18,068$ ;  $p=0,001$ ;  $\phi=0,151$ ) соответственно.

<sup>1</sup> Термин «коморбидность» имеет различные трактовки, заимствован из психиатрии. А. Feinstein (1970) формулировал коморбидность как сосуществование любых клинических сущностей, которые выявляются в анамнезе болезни, то есть случаи совпадения во времени у одного больного различных синдромов и заболеваний. «Коморбидность» (букв.) – соблезненность; временная коморбидность в данном контексте – совпадение психического расстройства и соматического заболевания во времени, коморбидность соматической и психической патологий (на уровне общих симптомов) (Смулевич А.Б., 2000).

<sup>2</sup> Шкала выраженности психотравмирующего воздействия (для взрослых по критериям DSM-III-R).

Таблица 1

Мотивационные факторы и субъективная оценка состояния, являющиеся причиной госпитализации психосоматических больных в отделение пограничных состояний

Мотивационные факторы и состояния	Общая группа (n=1350)		Женщины (n=922)			Мужчины (n=428)			Достигнутый уровень значимости р
	Абс.	%	Абс.	%	%	Абс.	%	%	
Страхи	390	28,9	<b>305</b>	22,6	33,1	85	6,3	19,9	p=0,001
Страх смерти, паника	149	11,0	100	7,4	10,8	<b>49</b>	3,6	11,4	p=0,001
Тревога	316	23,4	214	15,9	23,2	102	7,5	23,8	p=0,001
Подавленное настроение	292	21,6	<b>213</b>	15,8	23,1	79	5,9	18,5	p=0,001
Утрата интересов	170	12,6	113	8,4	12,3	<b>57</b>	4,2	13,3	p=0,001
Снижение работоспособности	251	18,6	169	12,5	18,3	<b>82</b>	6,1	19,2	p=0,001
Неудовлетворенность состоянием здоровья	113	8,4	62	4,6	6,7	<b>51</b>	3,8	11,9	p=0,001
Общая слабость	100	7,4	<b>77</b>	5,7	8,4	23	1,7	5,4	p=0,001
Душевный дискомфорт	160	11,9	<b>115</b>	8,6	12,6	45	3,3	10,5	p=0,001
Суицидальные мысли, намерения	107	7,9	<b>77</b>	5,7	8,4	30	2,2	7,0	p=0,001
Эмоциональная неустойчивость	96	7,1	53	3,9	5,7	<b>43</b>	3,2	10,0	p=0,001
Раздражительность, конфликтность	170	12,6	77	5,7	8,4	<b>93</b>	6,9	21,7	p=0,001
Субъективная неудовлетворенность предшествующим лечением	551	40,8	<b>393</b>	29,1	42,6	158	11,7	36,9	p=0,001
Сохраняющаяся фиксация на психотравмирующей ситуации	429	31,8	<b>342</b>	25,3	37,1	87	6,5	20,3	p=0,001
Изменение характера	115	8,5	76	5,6	8,2	<b>39</b>	2,9	9,1	p=0,001
Признание себя тяжело больным	402	29,8	<b>283</b>	21,0	30,7	119	8,8	27,8	p=0,001
Признание себя нервно больным	185	13,7	96	7,1	10,4	<b>89</b>	6,6	20,8	p=0,001
Признание себя соматически больным	116	8,6	57	4,2	6,2	<b>59</b>	4,4	13,8	p=0,001
Признание себя психически больным	62	4,6	<b>45</b>	3,3	4,9	17	1,3	4,0	p=0,001
Отрицание болезни	22	1,6	6	0,4	0,7	<b>16</b>	1,2	3,7	p=0,001
Настоятельное требование родственников	39	2,9	22	1,6	2,3	<b>17</b>	1,3	4,0	p=0,001
Совет родственников, друзей, знакомых	96	7,1	<b>67</b>	5,0	7,3	29	2,1	6,8	p=0,001
Стрессорные факторы (жизненные события)	527	39,0	<b>400</b>	29,6	43,4	127	9,4	29,7	p=0,001
Медицинские факторы	528	39,1	315	23,3	34,2	<b>213</b>	15,8	49,8	p=0,001
Производственные факторы	447	33,1	287	21,3	31,1	<b>160</b>	11,8	37,4	p=0,001
Межличностные отношения, бытовые факторы	780	57,8	<b>570</b>	42,2	61,8	210	15,6	49,1	p=0,001

Примечание. Цифры, выделенные жирным шрифтом в заштрихованных клетках таблицы, обозначают максимально значимые взаимосвязи.

В 551 случае (40,8% от общей выборки больных) мотивом обращения к психиатру с целью госпитализации была субъективная неудовлетворенность

результатами обследования в общесоматических учреждениях. В группе женщин данный фактор был более значимым, чем в группе мужчин ( $p=0,001$ ). Такие пациенты, т.н. «трудные больные»<sup>3</sup>, госпитализировались в отделение пограничных состояний по «самообращению» в поиске «лучших» специалистов после многолетнего «марафона» по различным медицинским учреждениям. Пациенты, признававшие себя «тяжелобольными», независимо от характера заболевания первоначально консультировались у интерниста. Данная группа пациентов нуждалась в специализированной помощи психиатра в общемедицинских ЛПУ.

Сравнительный анализ мотивационных факторов показал, что для женщин более значимой была сохраняющаяся фиксация на психотравмирующей ситуации.

Женщины признавали себя тяжелобольными, у них преобладали страхи различного содержания, тревога, подавленное настроение, ангедония сочеталась с потерей массы тела и отсутствием аппетита, суицидальными мыслями, душевным дискомфортом, слезливостью, общей слабостью, среди психострессоров максимально значимыми были жизненные события, межличностные или бытовые факторы.

Для мужчин более значимыми были общая неудовлетворенность своим состоянием, признание себя нервно или соматически больным, полное отрицание болезни. Мужчинам свойственны эмоциональная неустойчивость, раздражительность, конфликтность, наличие цефалгий, страх смерти, тревога, утрата интереса к жизни, к работе (ангедония без дополнительных признаков депрессии), в большей степени склонность к идеям самоуничтожения и самообвинения. В качестве психотравмирующих факторов для них значимыми были медицинские (связанные с заболеванием) и производственные факторы. Возникшие проблемы психического здоровья являлись поводом для обращения мужчин к психиатру, минуя общесоматическое ЛПУ.

В группе женщин наблюдалось преобладание депрессивного, тревожно-депрессивного, истерического, фобического синдромов. У мужчин доминировала дистимическая, тревожная, ипохондрическая, астеническая симптоматика ( $df=7$ ;  $\chi^2=154,311$ ;  $p=0,001$ ;  $\phi=0,320$ ). В 16,4% случаев у женщин преобладали синдромы истерического круга, у мужчин в 23,1% – дистимического ( $p=0,001$ ). Синдромы депрессии у женщин выявлялись в 34,4%, у мужчин - в 25,0%. У мужчин в 3 раза чаще диагностировались ипохондрическое и астеническое состояния. Симптомы тревоги и фобические симптомы чаще выявлялись у женщин.

Психопатологическая картина текущего психического состояния соматических больных дополнялась, «приукрашивалась» соматическими, соматовегетативными симптомами (рис.2).

Самыми распространенными и значимыми были парестезии, ощущение онемения (88,6%;  $p=0,002$ ), пароксизмы гипертензии (74,3%;  $p=0,008$ ), ощущение внутренней дрожи, тремор (77,1%;  $p=0,001$ ), абдоминалгии (64,7%;  $p=0,012$ ), кардиалгии (60,1%;  $p=0,001$ ), ком в горле (56,6%;  $p=0,001$ ), гипервентиляционный синдром (41,9%;  $p=0,001$ ), артралгии, миалгии (36,8%;  $p=0,001$ ), перебои в работе сердца, субъективные нарушения сердечного ритма (29,4%;  $p=0,001$ ), дисменорея

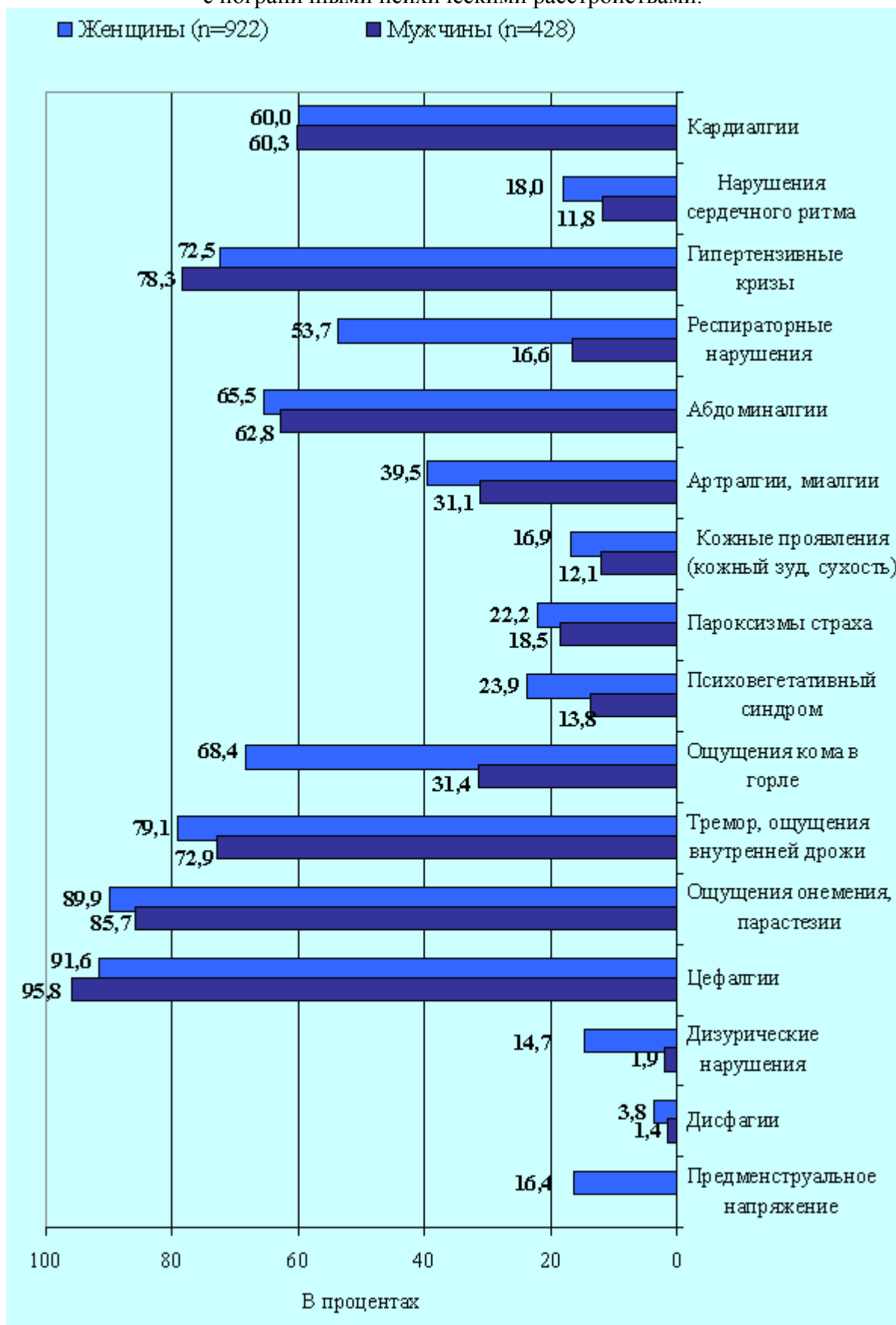
---

<sup>3</sup> По мнению Z.J. Lipowski (1986), «негативное отношение» к таким пациентам связано с тем, что их поведение не соответствует ожиданиям врачей. Нуждаясь в помощи, чувствительные и внимательные к слову врача, они недоверчивые, критично настроенные, склонны сомневаться в правильности диагностики и назначений. «Конфликт между объективным и субъективным» состоянием здоровья приводит к фиксации пациента на болезненных проявлениях и способствует соматизации психических расстройств. Такие пациенты, как правило, длительное время не попадают в поле зрения психиатров (Katon W., 1986).

(23,2%;  $p=0,001$ ), предменструальное напряжение (16,%;  $p=0,001$ ), кожный зуд (15,4%;  $p=0,046$ ), дизурия (10,7%;  $p=0,001$ ), дисфагия (3,1%;  $p=0,028$ ).

Рисунок 2

Структура соматических, соматовегетативных симптомов у пациентов с пограничными психическими расстройствами.



К наиболее часто встречающимся общим симптомам отнесены цефалгии (92,9%;  $p=0,001$ ), инсомнии (86,7%;  $p=0,001$ ), сниженное настроение (85,3%;  $p=0,001$ ), эмоциональная неустойчивость (78,4%;  $p=0,037$ ), раздражительность (73,9%;  $p=0,001$ ), тревожность (54,2%;  $p=0,001$ ), пароксизмы страха смерти (21,0%;  $p=0,001$ ), психовегетативный синдром (20,7%;  $p=0,001$ ) и другие признаки, отражающие уровень эмоциональных нарушений и характерологические особенности пациентов.

Наблюдалась определенная специфичность или предпочтительность перечисленных проявлений. Так, при **невротических** расстройствах встречались кардиалгии, ощущения сердцебиения, дисфагии, дизурия, страх смерти, ком в горле, колебания настроения, тревожность, у мужчин - гипертензивные кризы, респираторный синдром, снижение активности, пессимизм, у женщин - нарушения сна, дисменорея, предменструальное напряжение. При **депрессивных** состояниях отмечались нарушения сердечного ритма, кожный зуд, цефалгии, слезливость, сниженное настроение, усиление близорукости, нарушения сна, у мужчин - парестезии и тремор, у женщин - абдоминалгии, миалгии, гипертензивные кризы, климактерический синдром, эмоциональная неустойчивость. У пациентов с **органическими** расстройствами выявлялись цефалгии, артралгии, миалгии, кожный зуд, сухость кожи, раздражительность, нарушение сна, у мужчин - абдоминалгии, слезливость, вспыльчивость, у женщин - нарушения сердечного ритма, пароксизмы гипертензии. Для пациентов с **расстройствами личности** были характерными жалобы на кардиалгии, учащенное сердцебиение, респираторные расстройства, кожный зуд, усиление миопии, страх смерти, вспыльчивость, для мужчин - артралгии, миалгии, для женщин - абдоминалгии, дизурию, предменструальное напряжение, дисменорею, эмоциональную неустойчивость, ком в горле, тремор, парестезии, раздражительность.

Взаимосвязи соматических и психических расстройств, объединенные соматовегетативными и психовегетативными симптомами, обуславливали трудности дифференциальной диагностики коморбидной патологии, с которыми сталкивались врачи общей практики в первичной медицинской сети. Во многих случаях предъявляемые жалобы пациентов были преувеличенными, не соответствовали тяжести и клинической картине патологии внутренних органов и, как результат, не становились предметом всестороннего обследования при обращении больных в общесоматические ЛПУ. В то же время их многообразие затрудняло первичное распознавание психопатологических нарушений. Так оставались нераспознанными проявления тревоги, фобии, депрессии, астении.

В общей группе больных с **гипертонической болезнью** ( $n=700$ ) наиболее часто диагностировались невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (49,8%), определявшие текущее психическое состояние пациентов (реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации, неврастения, в общей группе ( $df=4$ ;  $\chi^2=44,072$ ;  $p=0,001$ ) и в группе женщин, а также тревожно-фобические расстройства у мужчин). Невротические расстройства у женщин с ГБ составили 56,4% случаев. Сравнительный анализ взаимосвязи ГБ и нозологических рубрик ПР показал, что максимально значимые различия в группах женщин и мужчин, страдающих ГБ, были обусловлены у мужчин органическими расстройствами невротического характера, которые выявлялись в 48% случаев и более чем в 2 раза превышали их число в группе женщин (23%). Аффективные расстройства у женщин встречались в 2,3 раза чаще, чем в группе мужчин ( $p=0,001$ ).

С целью уточнения механизмов развития гипертензивного синдрома у больных с ПР были проанализированы случаи установленного диагноза **нейроциркуляторной дистонии**, сопровождавшейся повышением АД ( $n=224$ ).

Удельный вес невротических расстройств при НЦД с синдромом артериальной гипертензии составил 57,6% случаев, расстройств личности – 24,6%, органических – 13,4%, аффективных – 4,5%. В группе женщин была выявлена зависимость НЦД с синдромом АД и расстройствами личности в текущем психическом состоянии ( $df=3$ ;  $\chi^2=53,795$ ;  $p=0,001$ ), тогда как у мужчин НЦД в первую очередь ассоциировалась с невротическими расстройствами ( $df=3$ ;  $\chi^2=29,954$ ;  $p=0,001$ ). При этом наиболее значимыми были тревожно-фобические и соматоформные расстройства в обеих группах пациентов с НЦД ( $df=6$ ;  $\chi^2=73,476$ ;  $p=0,001$ ).

Анализ взаимосвязи в группах больных с **ишемической болезнью сердца** и психическими расстройствами установил наличие значимых связей как в общей группе пациентов с ИБС ( $df=3$ ;  $\chi^2=100,20$ ;  $p=0,001$   $\phi=0,272$ ), так и отдельно в группах женщин ( $df=3$ ;  $\chi^2=81,743$ ;  $p=0,001$ ;  $\phi=0,298$ ) и мужчин ( $df=3$ ;  $\chi^2=11,626$ ;  $p=0,009$ ;  $\phi=0,165$ ). В общей группе больных ( $n=132$ ) были выявлены в 57,6% случаев органические непсихотические, в 31,8% - невротические, в 7,6% - аффективные, в 3% - личностные расстройства ( $df=3$ ;  $\chi^2=100,20$ ;  $p=0,001$ ). В структуре невротических расстройств в 53,6% случаев психическое состояние пациентов соответствовало критериям расстройств адаптации.

У больных с диагнозом **сахарного диабета 2 типа** наиболее значимые различия в группах ПР определялись взаимосвязями с органическими (в группе женщин) и аффективными расстройствами ( $df=6$ ;  $\chi^2=54,936$ ;  $p=0,001$ ;  $\phi=0,202$ ). Несмотря на численное преобладание невротических расстройств у больных СД, среди которых максимальное число случаев составили расстройства адаптации и реакции на тяжелый стресс (49,5%), значимых различий в их структуре у мужчин и у женщин не выявлено ( $p=0,546$ ).

**При язвенной болезни ДПК и желудка** максимально значимые различия в группах пациентов с ПР были обусловлены органическими и аффективными расстройствами ( $df=3$ ;  $\chi^2=22,714$ ;  $p=0,001$ ), а у больных с **гастродуоденальными эрозивными поражениями** - органическими ( $df=3$ ;  $\chi^2=20,316$ ;  $p=0,001$ ). В группе женщин с ПР, страдающих ЯБ, наибольшие корреляционные взаимосвязи были установлены с аффективными расстройствами депрессивного круга и расстройствами личности ( $df=3$ ;  $\chi^2=16,963$ ;  $p=0,001$ ). У мужчин органические расстройства в 3,3 раза превышали таковые у женщин ( $p=0,001$ ).

Анализ взаимосвязей некоторых соматических заболеваний и психических расстройств представлен в **таблице 2. (см. файл [tabl2.pdf](#))**

Таким образом, изучение общих предпосылок и закономерностей формирования психосоматических соотношений показало, что степень выявленных взаимосвязей варьирует в зависимости от вида соматической патологии, уровня психических нарушений и полового диморфизма. В связи с этим основным условием обследования психосоматического больного является соблюдение требований к тщательному сбору анамнеза, к трактовке жалоб и симптомов, как предъявленных, так и активно выявленных.