

На правах рукописи

Сулайманова Марина Рахимджановна

**ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ
В СТРУКТУРЕ КОМОРБИДНЫХ РАССТРОЙСТВ**

14.01.06 – психиатрия

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Бишкек – 2012

Работа выполнена на кафедре медицинской психологии, психиатрии и психотерапии Кыргызско - Российского Славянского Университета и на базе Лечебно-оздоровительного объединения Управления делами Президента Кыргызской Республики.

Научные руководители: доктор медицинских наук, профессор

Соложенкин Валерий Владимирович

кандидат медицинских наук, доцент

Нелюбова Тамара Алексеевна

Официальные оппоненты:

1. Заведующий кафедрой коммуникативных навыков, основ психотерапии, общей и медицинской психологии Казахского Национального Медицинского Университета им. С.Д. Асфендиярова, доктор медицинских наук, **профессор Асимов Марат Абубакриевич**
2. Ассоциированный профессор направления психологии Американского Университета в Центральной Азии, кандидат медицинских наук (психиатрия), **Молчанова Елена Сергеевна**

Ведущая организация: Московский Научно-исследовательский институт психиатрии Минсоцразвития Российской Федерации, г. Москва

Защита состоится «___» _____ 2012 г. в ___ ч. на заседании Диссертационного совета **К 730.001.04** при Кыргызско-Российском Славянском университете (720000, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Киевская, 44).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызско-Российского Славянского Университета (720000, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Киевская, 44).

Автореферат разослан «___» _____ 2012г.

Актуальность

Психовегетативные симптомокомплексы состоят из симптомов, отражающих как нарушения вегетативной регуляции, так и связанные с этим психоэмоциональные нарушения, прежде всего тревогу и депрессию (Загуровский В.М., 2002). Сочетаемость тревожных и депрессивных расстройств с соматической патологией обозначается в качестве «коморбидных соотношений» (Семке В.Я., 1999; Смулевич А.Б., 2001, Вичкапов А.В., 2006). Согласно Смулевичу А.Б. (Смулевич А.Б., 1994) и A.R. Feinstein (A.R. Feinstein, 1970), выделяются несколько вариантов коморбидности, один из которых встречается настолько часто, что был внесен в МКБ-10 под шифрами F06.3 и F06.4, - органические тревожные и депрессивные расстройства. Актуальность исследования психовегетативных симптомокомплексов в структуре коморбидных соотношений у пациентов общесоматической сети обусловлена их высокой распространенностью, влиянием на возникновение и течение соматической патологии и, в целом, на качество жизни и социальное функционирование человека, что в совокупности приводит к огромному экономическому ущербу (Вейн А.М., Колосова О.А., 1991; Мосолов С. Н., Калинин В. В., 1998; Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., 2001; Погосова Г.В., 2002; Kawachi I. et al., 1994 и др.).

В основном психические нарушения у пациентов, обращающихся в поликлинические учреждения и в многопрофильные стационары, представлены «мягкими» амбулаторными формами. По данным различных исследований, число пациентов с данными нарушениями в общесоматической сети колеблется в широких пределах: от 10 до 50% всех обратившихся за медицинской помощью (Краснов В.Н., Гурович И.Я., 1999; Смулевич А.Б., 1999; Lopez-Ibor J., 1990; Fredland K.E. et al., 1991; Pasnau R.O., Bystritsky A., 1994; Karlsson H. et al., 1995; S.R. Kisely, D.P. Goldberg et al., 1998, Silberstein S.D., 1998;). Среди них большое место занимают пациенты с расстройствами тревожно-депрессивного спектра, коморбидными с хроническими соматическими заболеваниями, причём данные обзора литературы свидетельствуют о глубоком изучении психических нарушений аффективного уровня в системе отдельных соматических заболеваний (Дробижев М.Ю., 2000; Абросимов В.Н., 2001; Сыркина Е.А. с соавт., 2001; Краснов В.Н., 2002; Иванов С.В., 2002; Гарганеева Н.П., 2006; Калинин А.В., Хазанов А.И., 2007; Смулевич А.Б., Андриященко А.В., Тхостов А.Ш. и др., 1994; Циммерман Я.С., 2007; Спринц А.М. с соавт., 2007; Маев И.В. с соавт., 2002; Camey R. M., Freedland K. E., 1988; Drossman D.A., Corraziari E., 1999; Lewin J., Lewis S., 1995; Bernstein J.A., Sheridan E. et al, 2001). Признётся факт, указывающий на неспецифичность проявлений коморбидных соотношений, исследования часто носят эпидемиологический характер. Существующие классификации психических расстройств при соматической патологии не являются надёжным инструментом в формировании алгоритма диагностики коморбидных состояний, что создает терапевтические трудности прежде всего для специалистов общемедицинской практики. Соматизированный призыв к помощи у пациентов с одной стороны и соматоцентрированная модель болезни у врачей с другой, обуславливают игнорирование психического фактора. Это приводит к кумуляции пациентов с коморбидными состояниями либо у врачей-интернистов общесоматической сети, либо у парамедиков (Е.С. Молчанова, 2007), что способствует хронизации процесса (В.В. Соложенкин, 2012), формированию терапевтической резистентности симптомов основного - соматического заболевания (Wagena E.J., Huibers M.J. et al., 2001), существенно снижая качество жизни пациента. Несмотря на единое мнение о том, что дополнительная аффективная симптоматика однозначно влияет как на течение и степень тяжести болезненного процесса, так и на терапевтический прогноз, указывается, что количество целенаправленных исследований по изучению феномена коморбидности недостаточно (Смулевич А.Б., 2003). До настоящего времени отсутствуют общие взгляды на формирование и феноменологию феномена коморбидности, что приводит либо к недооценке аффективного компонента в клинической картине хронических соматических заболеваний, либо, напротив, к переоценке тяжести расстройства (Lewin J., Lewis S., 1995; Bernstein J.A., Sheridan E. et al, 2001).

Цель исследования

Изучить структуру психовегетативных симптомокомплексов при хронических заболеваниях сердечно-сосудистой, бронхолегочной и пищеварительной систем.

Задачи исследования:

1. Определить выраженность и клинические особенности аффективных расстройств в структуре психовегетативных симптомокомплексов при заболеваниях сердечно-сосудистой, бронхолегочной и пищеварительной систем.
2. Изучить особенности адаптационного образа болезни (далее – АОБ) при заболеваниях сердечно-сосудистой, бронхолегочной и пищеварительной систем.
3. Изучить динамику изменения основных блоков АОБ при хроническом течении соматического заболевания.
4. Описать структуру феномена коморбидности хронических соматических заболеваний и аффективных расстройств.

Научная новизна

В Кыргызской Республике впервые выполнено исследование, изучающее структуру психовегетативных симптомокомплексов при хронических заболеваниях сердечно-сосудистой, бронхолегочной и пищеварительной систем. Определены выраженность и клинические особенности аффективной патологии при хронических соматических заболеваниях.

Концепция АОБ впервые использована в качестве инструмента для демонстрации динамики течения хронического соматического заболевания, определены изменения самого адаптационного образа болезни в зависимости от длительности течения расстройства.

Модель личностно-средового взаимодействия (далее – ЛСВ, В.В. Соложенкин, 1989), впервые применена как валидная теоретическая основа для описания феномена коморбидности хронических соматических заболеваний и аффективных нарушений.

Практическая значимость работы

На основании полученных данных сформулированы практические рекомендации, по решению сложных дифференциально-диагностических и лечебных вопросов, возникающих при оказании специализированной помощи многочисленной группе пациентов с коморбидными расстройствами, в картине которых развивается соматовегетативный симптомокомплекс. Результаты исследования расширяют возможности психопатологической квалификации таких состояний и их своевременного распознавания, информирования пациентов в отношении прогноза. Это позволяет определить объем и тактику лечебных мероприятий, а также оптимизирует воздействия, направленные на редукцию болезненных проявлений.

Основные положения, выносимые на защиту

1. В структуре психовегетативных симптомокомплексов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (далее - ССС) основную роль играет тревога, при заболеваниях бронхолегочной системы (далее – БЛС) – тревога и депрессия, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ) – депрессия.
2. Адаптационный образ болезни при хронических соматических расстройствах носит динамический характер, основные блоки подвергаются изменениям, что влияет на течение и прогноз расстройства.
3. Все блоки АОБ при заболеваниях ССС, БЛС и ЖКТ различны и эти различия обусловлены как особенностями соматического страдания, так и ролью аффективного сопровождения клинической картины расстройства.
4. Феномен коморбидности хронических соматических заболеваний и аффективных нарушений состоит из нескольких компонентов, каждый из которых является результатом непрерывного взаимодействия личности и особенностей клинической картины хронического заболевания.

Внедрение результатов исследования

Результаты диссертационной работы внедрены в лечебно-диагностическую практику Лечебно-оздоровительного объединения Управления делами Президента Кыргызской Республики (далее ЛОО УДП КР). Разработана программа по совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам общесоматической сети, страдающим коморбидными расстройствами: «Комплексная модель диагностики и терапии коморбидных расстройств в общемедицинской сети» и реализована в форме образовательных семинаров–тренингов для врачей интернистов. В рамках программы проводились образовательные семинары-лекции для врачей центров семейной терапии (ЦСМ) №1, №8, №4 г. Бишкека, ЦСМ г. Токмока, Национального Центра кардиологии и терапии МЗ КР, Национального госпиталя МЗ КР, Республиканского Центра наркологии, Республиканского Центра психического здоровья на тему: «Эпидемиология, диагностика и терапия аффективных нарушений в структуре коморбидных расстройств». В лечебно-профилактическую деятельность ЛОО УДП КР внедрена Школа психического здоровья, ориентированная на информирование потребителей медицинской помощи о наиболее распространённых психологических и психических нарушениях с проведением тренингов. Данные НИР используются в образовательных программах системы до- и последипломной подготовки врачей в Кыргызской Республике.

Апробация работы

По теме диссертации представлены доклады:

1. На Республиканской научной конференции медицинского факультета КРСУ «Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана». (Бишкек, 2011).
2. На научно-практической конференции ЛОО УДП КР (Бишкек, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011).
3. На 1-й научно-практической конференции коллегии консультантов и главных специалистов УДП КР «Актуальные проблемы социологии медицины» (Бишкек, 2009).
4. На Научном совете медицинского факультета (2011).
5. На межкафедральном заседании кафедр психиатрии Кыргызско-Российского Славянского университета и Кыргызской Государственной Медицинской Академии.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 11 статей, из них 8 в журналах, рекомендованных ВАКом России.

Объём и структура диссертации

Диссертация изложена на 150 страницах машинописи. Состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 3-х глав, собственного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников и приложений. Работа иллюстрирована 7 таблицами, 5 рисунками и 3 клиническими наблюдениями. Библиография включает 234 источника литературы, в том числе 114 иностранных наименований.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Теоретической основой данного исследования стала модель личностно-средового взаимодействия (ЛСВ), разработанная В.В. Соложенкиным (В.В. Соложенкин, 1989).

Обследовано 250 пациентов отделений терапии, кардиологии и общего профиля Лечебно-оздоровительного объединения Управления делами Президента Кыргызской Республики

(далее – ЛОО УДП КР) с наиболее распространёнными хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой, бронхо-легочной и желудочно-кишечной систем (далее - ССС, БЛС, ЖКТ) и коморбидными им расстройствами тревожно-депрессивного спектра, соответствующими диагностическим указаниям рубрик МКБ-10: F-3; F-4, F -5, F- 6. Из исследования исключались пациенты с ургентными состояниями, онкологическими заболеваниями, деменцией, умственной отсталостью, болезнями головного мозга.

В начале исследования научными сотрудниками кафедры медицинской психологии, психиатрии и психотерапии КРСУ были проведены образовательные семинары и тренинги по диагностике и методам исследования психических нарушений амбулаторного уровня для врачей интернистов ЛОО УД ПКР. Врачом психиатром–исследователем организованы консультации и подробный инструктаж с последующим тренингом среди врачей отделений терапии, кардиологии, общего профиля и семейных терапевтов поликлинического отделения ЛОО УДП КР по использованию Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. Затем, после получения информирования согласия, пациентам с хроническими заболеваниями ССС, БЛС и ЖКТ предлагалось заполнить опросник. При наличии признаков субклинически и клинически выраженных аффективных нарушений, к процедуре обследования привлекался психиатр–исследователь. Диагноз психического расстройства выставлялся врачом-психиатром на основании диагностических указаний МКБ–10 и данных психометрических шкал.

Истории болезни всех 250 пациентов прослеживалась на протяжении 6 лет с момента первичного выставления диагноза «хронического» расстройства. Подобный метод позволил не только проанализировать влияние тревоги и депрессии на состояние пациентов в течение самого периода госпитализации, но также и отследить роль аффективных нарушений в формировании психовегетативных симптомокомплексов (далее - ПВС). С этой целью учитывались частота госпитализаций в соматический стационар и длительность течения процесса (с момента первичного обращения к врачу-специалисту).

Пациенты были разделены на три основные группы: I-ю группу составили 139 респондентов с хроническими заболеваниями ССС, такими как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, и, в целом, составили 55,6% от общей выборки респондентов. II-ю группу составили 39 человек с хроническими заболеваниями БЛС, такими как хронические обструктивные заболевания лёгких, хронические бронхиты, бронхиальная астма, которые, в целом, составили 15,6% обследуемых. III-я группа состояла из 72 пациентов с хроническими заболеваниями ЖКТ, такими как хронические гастриты и гастродуодениты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронические холециститы, что составило 28,8% всех исследуемых пациентов. Возраст пациентов составил от 18 до 55 лет. В исследовании принимали участие 147 женщин (58,8%), 103 мужчин (41,2%). 141 (56,4%) пациентов имели высшее образование, 71 (28,4%) – среднее специальное образование, 38 (15,2%) – среднее.

Большое внимание придавалось анализу истории жизни и болезни с целью выявления значимых внешних средовых и внутренних психологических факторов, повлиявших на терапевтический маршрут пациента. После постановки психиатрического диагноза, данный клинический случай обсуждался с интернистом соответствующего профиля для получения полного представления о соотношении соматической и психиатрической патологии. В том случае, если пациент удовлетворял критериям отбора в одну из исследовательских групп, ему предлагалось заполнить самоопросник для определения реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина. Время, отводимое на заполнение обеих шкал (А - реактивной, Б – личностной тревожности) ограничивалось 25 минутами. Заполнение шкалы Цунга занимало до 20 минут. Шкала для определения тревоги и депрессии Гамильтона заполнялась психиатром – исследователем. Оригинальный, специально разработанный для целей данного исследования метод - «Опросник для исследования АОБ пациентов с коморбидными состояниями» заполнялся пациентом. Опросник содержит вопросы, которые отражают все 3 блока АОБ. Вопросы первого блока содержат утверждения о причине заболевания, направленности обвинительной позиции, идентификации специалиста или другого лица, к которому па-

циент обратился в начале заболевания. Вопросы второго блока ориентированы на выявление симптомов первого и второго порядков, субъективный образ источника выздоровления и наиболее значимые симптомы, от которых пациент хотел бы избавиться в первую и вторую очередь. Третий блок прогноза включает вопросы, направленные на идентификацию образа специалиста, несущего выздоровление, социальных последствий и прогноза течения заболевания. Процедура тестирования проводилась в течение 30 минут.

В изучаемых группах распределение пациентов по психиатрическим диагнозам и типологиям соматических заболеваний имело следующее соотношение (табл. 1).

Таблица 1.

Соотношение психиатрических и соматических заболеваний.

Нозологии по МКБ-10	Группы пациентов с соматическими заболеваниями						Всего	
	I группа		II группа		III группа			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F 41.1	37	74,0	7	14,0	6	12,0	50	100
F 43.2	23	57,5	4	10,0	13	32,5	40	100
F 41.0	15	57,7	10	38,5	1	3,8	26	100
F 41.2	13	50,0	2	7,7	11	42,3	26	100
F 32.8	12	44,4	1	3,7	14	51,9	27	100
F 68.0	21	60,0	5	14,3	9	25,7	35	100
F 32	5	33,3	1	6,7	9	60,0	15	100
F 40.1	3	33,3	1	11,1	5	55,6	9	100
F 43.1	4	50,0	0	,0	4	50,0	8	100
F 40.0	6	42,9	8	57,1	0	,0	14	100
Всего	139	55,6	39	15,6	72	28,8	250	100

Полученные данные подвергались статистической обработке методами сравнения средних (Т-критерий Стьюдента) и корреляционного анализа (коэффициента Пирсона) с использованием пакета компьютерных программ Statistics SPSS 16.0 for Windows.

Результаты и их обсуждение

В результате идентификации соматовегетативных симптомокомплексов в структуре коморбидных соотношений, мы обнаружили, что расстройства тревожного спектра, такие как паническое расстройство (далее - ПР), генерализованное тревожное расстройство (далее - ГТР), агорафобия, расстройство адаптации (далее - РА), преувеличение соматической симптоматики по психологическим причинам среди пациентов I группы и II группы определялись наиболее часто по сравнению с III группой пациентов. В III группе преобладали нарушения депрессивного спектра, такие как атипичная депрессия, депрессивный эпизод и смешанное тревожно-депрессивное расстройство (далее - СТДР). В связи с этим мы решили изучить распределения психиатрических расстройств в составе коморбидных нарушений по

продолжительности. Оказалось, что у пациентов с длительностью заболеваний до 3-х лет чаще всего определялись следующие психические нарушения: преувеличение соматической симптоматики по психологическим причинам – в 26,6%, РА – в 24,5%, ПР – в 14,9% случаев. У пациентов с продолжительностью от трех до пяти лет наиболее часто встречались ГТР – в 24,4%, РА - в 15,4%, СТДР – в 15,4% случаев. В этот период по сравнению с предшествующим возрастает частота встречаемости агорафобии - в 9%, атипичных, «маскированных», депрессий - в 7,4%, депрессивного эпизода - 3,8% случаев. При дальнейшем развитии коморбидных состояний от пяти лет и выше возрастает процент встречаемости ГТР в 33,3%, атипичных депрессий - 19,2%, СТДР - в 15,4% случаев.

Таким образом, если на ранних этапах коморбидных состояний наиболее частыми являются психические нарушения преимущественно с усилением тревожного аффекта с острыми проявлениями, такие как преувеличение соматической симптоматики по психологическим причинам, РА, ПР, то с увеличением продолжительности растет частота встречаемости хронических форм расстройств тревожно-депрессивного спектра, таких как ГТР, атипичных депрессий, СТДР, что является показателем хронизации как соматических, так и тревожно-депрессивных нарушений в структуре коморбидного соотношения.

Для изучения факторов, обуславливающих хронизацию соматовегетативных симптомокомплексов в структуре аффективных нарушений, мы исследовали аффективную составляющую коморбидных состояний на основании оценки уровня тревоги и депрессии у пациентов в I-й, II-й и III-й группах. При сравнительной оценке субъективного уровня тревоги у пациентов I-й и II-й групп определялся высокий уровень ситуативной ($49,0 \pm 8,9$ и $56,08 \pm 9,3$ - соответственно представленным группам) и личностной тревожности ($49,8 \pm 7,5$ и $55,5 \pm 7,2$ соответственно), причём во II-й группе, достоверно превышал уровень тревожности как по сравнению с I-й (I-II: $P < 0,01$), так и по сравнению с III-й группами. При этом у пациентов III-й группы уровень тревожности по сравнению с другими группами был достоверно ниже (III-I, III-II: $P < 0,01$) и соответствовал умеренному. При оценке результатов уровня тревоги на основании экспертной шкалы Гамильтона оказалось, что у пациентов I-й ($26,87 \pm 7,2$) и II-й ($27,5 \pm 9,2$) групп определялись показатели, соответствующие высокому уровню тревоги, причём при сравнении данных групп частота различий недостоверна. Однако, при определении уровня тревоги по шкале Гамильтона у пациентов III-й группы уровень тревоги ($19,00 \pm 7,2$) соответствовал среднему и оказался достоверно ниже, чем у пациентов I-й и II-й групп (III-I, III-II: $P < 0,01$) (табл. 2.).

Таблица 2.

Сравнительные показатели уровня тревоги у пациентов с коморбидными расстройствами

Шкалы	I (N=139)	II (N=39)	III (N=72)	P (I-II)	P (I-III)	P (II-III)
Спилбергера-Ханина (А)	$49,0 \pm 8,9$	$56,08 \pm 9,3$	$43,9 \pm 8,4$	0,01	0,01	0,01
Спилбергера-Ханина (В)	$49,8 \pm 7,5$	$55,5 \pm 7,2$	$44,4 \pm 8,3$	0,01	0,01	0,01
Гамильтона	$26,87 \pm 7,2$	$27,5 \pm 9,2$	$19,00 \pm 7,2$	нд	0,01	0,01
нд - вероятность недостоверна						

Таким образом, сравнительная оценка уровня тревоги по шкале Спилбергера-Ханина определила высокий уровень ситуативной и личностной тревожности у пациентов I-й и II-й групп, причём во II-й группе уровень тревожности достоверно превышал средние показатели как у пациентов I-й (II-I, II-III: $P < 0,01$), так и у пациентов III-й групп. По результатам шкалы Гамильтона у пациентов I-й и II-й групп средний показатель подтвердил соответствие высокому уровню тревоги. При этом у пациентов III-й группы уровень тревожности по сравнению с другими группами был достоверно ниже (III-I, III-II: $P < 0,01$) и соответствовал уме-

ренному; по шкале Гамильтона уровень тревоги у пациентов Ш-й группы соответствовал среднему и также оказался достоверно ниже, чем у пациентов I-й и II-й групп (Ш-I, Ш-II: $P < 0,01$).

Различия в показателях депрессии, измеренной шкалой Цунга (табл.3), были недостоверными у пациентов первой и второй групп и соответствовали легкой степени.

Средний уровень депрессии у пациентов Ш-й группы ($58,9 \pm 9,2$) достоверно (Ш-I, Ш-II: $P < 0,01$) превышал выраженность аналогичного показателя у пациентов в I-й и II-й группах и достигал умеренной депрессии.

Таблица 3.

Сравнительные показатели уровня депрессии у пациентов с коморбидными расстройствами

Шкалы	I (N=139)	II (N=39)	III (N=72)	P (I-II)	P (I-III)	P (II-III)
Цунга	$50,1 \pm 10,8$	$48,7 \pm 8,9$	$58,9 \pm 9,2$	нд	0,01	0,01
Гамильтона	$12,88 \pm 5,8$	$10,05 \pm 5,6$	$21,81 \pm 7,0$	0,01	0,01	0,01
нд - вероятность недостоверна						

Таким образом, при оценке уровня депрессии по результатам шкалы Цунга и шкалы Гамильтона, средний уровень депрессии у пациентов в I-й и II-й группах соответствовал легкой степени депрессии, причём по результатам экспертной шкалы в I-й группе был достоверно выше, чем во II-й. Тогда как у пациентов Ш-й группы по результатам шкалы Цунга предьявлялся уровень депрессии, соответствующий уровню между легкой и умеренной степени, то по шкале Гамильтона средний показатель указывал на соответствие уровню депрессии средней тяжести и был достоверно выше уровня депрессии в первых двух группах.

Результаты проведения корреляционного анализа продемонстрировали ожидаемую сильную корреляцию между показателями ситуативной и личностной тревожности (в I-й: $r = 0,7$; во II-й: $r = 0,5$; и в III-й: $r = 0,7$), а также между показателями клинической оценочной шкалы Гамильтона и самоопросника Цунга (в I-й $r = 0,6$; во II-й; $r = 0,6$) и в III-й группе ($r = 0,8$; $P < 0,001$). Одновременно во всех группах были обнаружены достоверные обратные корреляции между показателями общей тревожности по Спилбергеру-Ханину и данными шкалы Гамильтона ($r = -0,6$; $P < 0,001$). Таким образом, в выборке пациентов с коморбидными симптомокомплексами тревога и депрессия находились в реципрокных соотношениях.

Одним из результатов исследования стало выявление сильной положительной корреляции ($r = 0,7$, $p = 0,001$) между длительностью течения расстройства с момента первичного обращения к специалисту с одной стороны и уровнем депрессии с другой. Частота госпитализаций умеренно и позитивно ($r = 0,5$, $p = 0,001$) коррелировала с уровнем тревоги (как ситуативной, так и личностной) и слабо отрицательно – с уровнем депрессии по шкале Гамильтона ($r = -0,3$, $p = 0,01$).

Таким образом, аффективные расстройства связаны как с длительностью процесса, так и с частотой госпитализаций. Депрессия провоцирует хронизацию соматической патологии, а тревога – частоту обращения за помощью. В рамках привычной клинической картины основного заболевания врачу-интернисту достаточно сложно отделить симптомы соматического круга от соматоформных, которые, являясь ничем иным, как результатом соматизации дополнительных аффективных нарушений, создают впечатление утяжеления клинической симптоматики и провоцируют врача-интерниста на назначение более высоких доз препаратов, что способствует формированию терапевтической резистентности основного заболевания.

Таким образом, полученные результаты позволяют говорить о наличии сформированного патологического круга между основным соматическим заболеванием и аффективными

нарушениями, что приводит к формированию соматовегетативных симптомокомплексов, осложняющими диагностику и терапию.

Для исследования клинико-психологических механизмов, обуславливающих клинические особенности типологии соматовегетативных расстройств, и выделения еще одной группы факторов, влияющих на хронизацию коморбидных расстройств, мы изучили АОБ пациентов. Для этой цели использовался оригинальный опросник АОБ, разработанный под руководством Валерия Владимировича Соложенкина.

На вопрос о вероятных причинах заболевания большинство пациентов во всех трех группах в целом заняли преимущественно экстрапунитивную позицию, сославшись, в первую очередь, на стрессы (32,8%), наследственность (20,4%), жизненные проблемы (7,6%), переутомление на работе (6,0%), неудачную личную жизнь (5,6%) и др. При этом внутри групп в I-й и II-й пациенты объясняли причину болезни стрессами в 35,3% и 41,0% случаев соответственно представленным группам, что, на наш взгляд, отражает социокультуральное представление населения городов о роли стресса в возникновении таких распространённых заболеваний, как заболевания ССС, БЛС, и вызывает усиление тревожного аффекта в структуре коморбидных нарушений. Следующими по предпочтительности причинами заболевания были наследственность (23,7% и 15,4%) и курение (6,5% и 17,9%). Заболевание как результат околдования, «сглаза», рассматривали в I-й группе – 2,9% пациентов, а во II-й – 7,7%, что свидетельствует о мистической картине мира. В III-й группе – после «стрессов» (41,0%) следующими по частоте выборов были ответы: «неправильное питание» (22,2%), «не следил за здоровьем» (16,7%). Таким образом, большинство пациентов всех трех групп в целом заняли преимущественно экстрапунитивную позицию, что наиболее часто определялось внутри I-й и II-й групп. В III-й группе – следующими по частоте выборов были ответы интрапунитивного характера.

При анализе общей направленности обвинительной позиции по 1-му блоку АОБ выявлено, что в целом у большинства пациентов наиболее популярным выбором пользовалась общеобвинительная позиция по отношению к происхождению заболевания, её заняли всего 69,6% пациентов, сославшись на то, что «виноваты внешние обстоятельства» и «навели порчу/сглазили», 28,4% ответов пациентов отражали импунитивную позицию, что выражалось в утверждениях: «некого винить», «от болезни никто не застрахован», и 10,4% пациента считали виноватыми себя в развитии болезни. Причём при анализе направленности обвинительной позиции в зависимости от продолжительности заболевания в целом определялась тенденция к росту предпочтительности экстрапунитивной позиции у большинства пациентов в зависимости от длительности заболевания: так при продолжительности от 1-го до 3-х лет – её заняли 56,4% пациентов, от 3 до 5 лет – 60,2% , от 5 лет и выше – 68,0%. При сравнении данного феномена внутри групп обозначилась определённая связь направленности обвинительной позиции пациента от типологии и продолжительности заболевания. У пациентов с заболеваниями ССС и БЛС идёт рост частоты ответов ($P < 0,01$), отражающих выраженную экстрапунитивную позицию в зависимости от увеличения продолжительности болезни: в I-й группе от 46,2% (в период от 1 до 3 лет) до 85,9% (от 5 лет и выше), во II-й группе от 85,7% (в период от 1 до 3 лет) до 90,9% выборов (от 5 лет и выше). Напротив, чем продолжительнее заболевание, тем ниже частота ответов, отражающих интрапунитивную позицию: в I-й группе от 9,6% выборов данного ответа (от 1 до 3 лет) до 4,5% (от 5 лет и выше), а во II-й – она отсутствует. Таким образом, стабилизация психологического фона вызывает формирование внешней обвинительной позиции, что обуславливает хронизацию коморбидных заболеваний в данных типологиях нарушений. В III-й группе по сравнению с I-й и II-й (I-III II-III: $P < 0,01$) прослеживалась обратная корреляция: с увеличением продолжительности болезни увеличивается частота ответов, отражающих интрапунитивную позицию: от 14,3% (от 1 до 3 лет) до 43,5% в продолжающийся период заболевания (от 5 лет и выше), а частота ответов, отражающих экстрапунитивную позицию в зависимости от продолжительности расстройства уменьшается: от 60,7% (от 1 до 3 лет) до 39,1% (от 5 и выше) ($r = -0,3$, $p = 0,01$).

Таким образом, между продолжительностью, типологией заболевания и направленностью обвинительной позиции пациентов внутри I-й и II-й групп определяется достоверная

прямая корреляция, тогда как по сравнению с первыми двумя в III-й группе – обратная корреляция. В результате анализа связей направленности обвинительной позиции с типологией и продолжительностью заболевания выражена тенденция к доминированию внешней обвинительной позиции у большинства пациентов с расстройствами ССС и БЛС и интернальной позиции у пациентов, страдающих заболеваниями ЖКТ.

Третий вопрос первого блока АОБ отражал влияние субъективного объяснения причин и механизмов развития заболевания на выбор объекта помощи и формировал соответствующий маршрут пациента ($P < 0,01$). В I-й группе большинство пациентов (57,6%) сразу же обратились к кардиологу, что свидетельствует об отсутствии стигматизации кардиологической патологии в нашей республике. Кроме этого, у пациентов образ врача-кардиолога ассоциируется с «наиболее умным и грамотным врачом» по сравнению с другими интернистами, и сам факт посещения данного специалиста, а, тем более, осмотр научного консультанта – кардиолога, является «престижным» для пациентов ЛОО. В отличие от пациентов I-й группы, большинство пациентов III-й группы (68,1%) и II-й (56,4%) в первую очередь обратились за помощью к семейному терапевту, что отражает доступность данной отрасли медицины. Тогда как к специалисту по профилю соматического заболевания: к гастроэнтерологу обратилось только 18,1% пациентов из III-й группы, а к пульмонологу - 12,8% пациентов из II-й группы ($r=0,4$). К психотерапевту обращались лишь 0,7% пациентов из I-й группы и 2,6% пациентов из II-й группы, что является показателем выраженного стигматизированного отношения к специалистам в области психического здоровья. При этом к народному целителю обратились 15,4% пациентов из II-й группы, 10,1% пациентов из I-й группы и 5,6% из III-й группы. Таким образом, влияние субъективного объяснения причин и механизмов развития заболевания формировало соответствующий маршрут пациентов с коморбидными состояниями, в целом ориентированный на получение помощи от интернистов при игнорировании психического фактора. Несмотря на наиболее частое объяснение происхождения заболеваний в результате стрессов, пациенты ориентированы на соматизированный призыв к помощи - наиболее социально и культурально приемлемый для населения, проживающего в Кыргызстане. Неспецифические проявления психовегетативных нарушений (такие как головные боли, головокружение, учащенное сердцебиение, ощущение кома в горле и т.д.) пациенты нередко относили к области мистики – «сглаза», «околдования», влияния «албарсты» (с кыргызского языка переводится как «нечистая сила»), и нередкое обращение пациентов, в первую очередь, к «молдо» (представителям духовенства), «коз ачык» (ясновидящим) отражает этнокультуральные особенности населения.

Первый вопрос блока модели болезни был представлен для пациентов рядом утверждений, которые отражали неспецифическую симптоматику заболеваний и соответствовали жалобам первого порядка. Большинство пациентов в I группе - 29,5% наиболее важными для себя проявлениями выбрали утверждение "боли или дискомфорт в области грудной клетки", 26,6% пациентов жаловались на "учащённое сердцебиение", при этом 25,2% пациентов – на "головные боли". Пациенты из II-й группы главными проявлениями болезни в 59,0% посчитали "ощущение нехватки воздуха", в 20,5% - "головные боли". Большинство пациентов III-й группы наиболее важными проявлениями посчитали: "головные боли" - 25,0% , "дискомфорт или боли в животе" - 19,4% , "запоры или поносы" - 6,9% (I-II, I-III II-III: $P < 0,01$, $r=0,7$). Вторым вопросом был представлен для пациентов рядом утверждений, которые также отражали неспецифический характер симптоматики, и предоставлял пациентам возможность выбора симптомов, соответствующих жалобам второго порядка. В результате 14,4% пациентов в I группе менее значимым, но также важным проявлением болезни посчитали утверждение "учащённое сердцебиение" и по 12,9% пациентов выбрали утверждения "головные боли" и "ощущение нехватки воздуха"; пациенты во II-й группе выбрали ответы: "головные боли" и "ощущение «кома» в горле" - по 12,8% случаев, "чувство изменённости окружающего" и "ощущение затрудненного дыхания" выбрали по 10,3% пациентов. Интересно, что большинство пациентов в III-й группе вторым по значимости проявлением посчитали также "головные боли" - 19,4%, "тошноту" - 15,3%, "нарушение сна" - 9,7% .

Таким образом, жалобы первого и второго порядка у большинства пациентов всех групп носили преимущественно неспецифический характер, что служит еще одним доказательством роли соматизации аффективных нарушений в субъективном восприятии тяжести и клинической картины заболевания. Большинство пациентов в I-й и II-й группах предъявляли в качестве жалоб первого порядка симптомы, ассоциирующиеся с локализацией соматической патологии: "боли или дискомфорт в области грудной клетки", "учащённое сердцебиение" и "ощущение нехватки воздуха", при этом 25,2% пациентов в I-й группе и 20,5% во II-й группе жаловались на "головные боли"(I-II, I-III, II-III $P < 0,01$). Жалобы второго порядка у пациентов в данных группах часто совсем не ассоциировались с локализацией соматической патологии. При этом большинство пациентов в III-й группе ($P < 0,01$) предъявляли в качестве жалоб первого и второго порядков симптомы, нетипичные для проявлений патологии ЖКТ ($r=0,7$).

При изучении оптимальной терапевтической модели во всех трёх группах наиболее приемлемым способом оказания помощи пациенты считали «правильно назначенную лекарственную терапию» и выбирали данное утверждение в 42,4%, 59,0% и 38,5% случаев соответственно в I, II и III группах. При этом во всех трёх группах вторым по частоте выбором оказался ответ: «прекращение стрессов и душевный покой» - в 25,9%, в 20,5% и в 36% случаев соответственно представленным группам. Третьим по частоте у пациентов I и III групп оказался выбор лечения у специалиста по профилю соматического заболевания – у кардиолога в 20,9% и гастроэнтеролога - 12,05% случаев соответственно. Пациенты II группы в этом случае предпочли «поддержку и понимание со стороны близких», а лечение у пульмонолога выбрали всего 5,1% пациентов. При этом пациенты II группы сделали выбор как в пользу психотерапии, так и применения народных целебных средств одинаково по 2,6% случаев, тогда как пациенты из I группы предпочли «народные целебные средства и манипуляции целителя» в 2,2% случаев, а психотерапии – в 1,4%.

Таким образом, наиболее популярным способом оказания помощи пациенты считают «правильно назначенную лекарственную терапию» и выбирают данное утверждение в 42,4%, 59,0% и 38,5% случаев соответственно в I, II и III группах, что при оценке частоты выбора ответов подтверждают достоверные прямые корреляции между группами (I-II, I-III, II-III: $P < 0,01$, $r=0,4$).

Симптомы, от которых бы избавились пациенты в первую очередь, в I-й группе были приблизительно с равной частотой распределены между такими неспецифическими проявлениями как "боли или дискомфорт в области грудной клетки" (28,8%), «учащённое сердцебиение» (25,9%), "головные боли" (23%); во II-й группе наиболее частый симптом - "ощущение нехватки воздуха" (51,3%), при этом у пациентов в III-й группе приблизительно равные соотношения между такими симптомами как "головные боли" (23,6%) и "дискомфорт или боли в животе" (22,2%) (I-II, I-III, II-III: $P < 0,01$, $r=0,6$). При этом на предложение выбрать также значимый симптом, от которого хотелось бы избавиться во вторую очередь, пациенты всех трёх групп поставили на первое место «нарушенный ночной сон»: 38,1% пациентов I-й группы, 15,4% - II-й и 29,2% - III-й групп (I-II, I-III, II-III: $P < 0,01$, $r=0,5$). Также были выбраны ответы «головные боли» - 15,8% пациентов I-й группы, 12,% - II-й и 9,7% - III-й. Внутри II-й группы 12,8% пациентов и внутри I-й - 5,8% сделали выбор в пользу избавления от «страха смерти», и, соответственно, 10,3% и 2,2%, - от «страха сумасшествия». Внутри III-й и I-й групп соответственно в 5,6% и 2,9% случаев пациенты пожелали избавиться от «слабости и утомляемости», в 4,2% и в 2,9% - от «беспокойства и ожидания неприятностей», в 6,9% и 0,7% - от «тошноты» и по 1,4% случаев – от «снижения сексуального влечения» и «чувства изменённости окружающего». От «головокружения и пошатывания» хотели излечиться 5,1% пациентов из II-й и 0,8% из III-й групп. Утверждения «неприятный вкус и горечь во рту», «дискомфорт и боли в животе», «снижение или усиление аппетита», а также «расстройства менструального цикла» вторыми по значимости симптомов заболевания выбрали по 1,4% пациентов из III-й группы, пациенты этой же группы в 2,8% - выбрали «чувство нервозности и напряжённости».

Таким образом, при оценке частоты предъявляемых симптомов, оказалось, что большинство пациентов в I-й и во II-й группах в первую очередь хотели бы избавиться от неспецифических ощущений, ассоциирующихся с локализацией соматической патологии, а пациенты III-й группы - от "головной боли", тогда как пациенты во всех трёх группах наиболее частым симптомом, от которого хотели бы избавиться во вторую очередь, выбрали - «нарушенный ночной сон».

Очевидно, что в реестре признаков, от которых пациенты хотели бы избавиться, на первое место выходят неспецифические признаки и проявления аффективных нарушений (такие как инсомнии и головные боли).

В целом модель болезни у пациентов разных групп отличается, что даёт основание для дифференцированного подхода в терапии данных расстройств с учётом типологии расстройств.

Наиболее частым последствием, вызывающим опасения у пациентов как в I-й, так во II-й и III-й группах было лишение трудоспособности» - в 41,0%, в 38,5% и 58,3% случаев соответственно, т.к. возраст пациентов, отобранных в исследование, являлся работоспособным и основную часть составляли люди, занятые в сфере государственной службы или бизнеса. В I-й и во II-й группах вторым по популярности выбранным ответом на данный вопрос - в 32,4% и в 33,3% случаев был страх смерти от заболевания, а третьим по частоте, в 20,1% и в 25,6% соответственно - нарушение внутреннего покоя, что отражает высокий уровень тревожности в данных типологиях заболеваний. Меньше всего пациентов в этих группах – 6,5% и 2,6% соответственно – не интересовались последствиями. В III-й группе этот ответ выбрали 9,7% пациентов (I-I, I-III, II-III: $P < 0,01$, $r=0,2$).

В отношении прогноза заболевания в представленных группах были различные соотношения частоты выбранных утверждений. Самым популярным ответом в I-й и во II-й группах (в 38,8% и в 33,3% случаях соответственно) был: «При такой болезни нужно постоянно лечиться, чтобы чувствовать себя здоровым», что отражает ипохондрический радикал, обусловленный высоким уровнем тревожности в этих двух группах, в III-й группе данный ответ был выбран в 33,3% случаев. При этом наибольшую частоту в III-й группе составлял ответ: «Буду лечиться, и от этого станет немного лучше» - его выбрали 38,9% пациентов. Использование шанса для выздоровления являлось третьим по распространённости и его выбрали 18,0% пациентов в I-й группе, 23,1% пациентов – во II-й и 19,45% пациентов – в III-й группе. Не уверенны в своём здоровье, «т.к. лечиться долго – отнимает средства и время» были 10,1% и 7,7% пациентов в I-й и во II-й группах. Не надеялись на выздоровление чаще всего пациенты в III-й группе - 8,3% случаев, 5,1% - во II-й и 4,3% - в I-й группах, что отражает степень выраженности депрессивного аффекта каждой из данной группы пациентов (I-II, I-III, II-III: $P < 0,2$, $r=0,2$).

На последний вопрос третьего блока опросника АОБ во всех группах наибольшая частота ответов отразила пожелания пациентов выбрать помощь профильных специалистов: от кардиологов – более половины - 57,6% пациентов из I группы, от пульмонологов – 41,0% пациентов из II-й группы, при этом помощь гастроэнтерологов выбрало меньше половины пациентов III-й группы – 38,9%. Более четверти пациентов нуждались в совместной помощи специалистов в I-й и во II-й группах. От врача терапевта желали получить помощь 33,8% пациентов III-й группы, в 15,4% пациентов - II-й, и 5,8% пациентов- I-й. От народного целителя ожидали помощи в лечении заболевания 10,3 % пациентов и 1,4% из II-й и I-й групп. Выбор помощи психотерапевта сделали 5,8% пациентов из I группы, 5,3% пациентов - из II-й и 1,4% - из III-й группы. Большинство ответов отражали доминирование ориентированности пациентов на получение помощи от интернистов во всех трёх группах (I-II, I-III, II-III: $P < 0,01$, $r=0,6$), что отражает биологизированность образа болезни у пациента, а неспецифические проявления относятся к соматическим нарушениям.

Каждая из исследованных подгрупп характеризовалась рядом отличительных особенностей. В группе пациентов с ССС отмечался более высокий, по сравнению с другими, уровень тревоги. Для этих пациентов тревога рассматривается как синдром с типичной клинической картиной соматического расстройства, подтверждаемого параклиническими метода-

ми обследования, требующий соматотропной терапии, а при наличии депрессивного аффекта – психотерапевтического вмешательства. Границы феномена коморбидности (ФК) при расстройствах сердечнососудистого спектра обозначены параметром тревожно-депрессивного аффекта. Таким образом, ФК – один из факторов, определяющих систему терапевтического вмешательства и прогноза хронических соматических заболеваний ССС, является системообразующим фактором в решении вопросов психотерапевтической коррекции.

Группа заболеваний БЛС характеризовалась, прежде всего, наличием периодов ремиссии и обострения в прямых взаимосвязях с аффективными нарушениями с доминированием тревоги, что свидетельствует о возможности рассматривать данную группу коморбидных состояний в структуре соматизированного призыва к помощи, прежде всего, на момент обострений основного соматического расстройства.

Специфичность типологии в группе заболеваний ЖКТ имеет в своей основе депрессивный аффект и позволяет давать клиническую оценку психического состояния данных пациентов посредством косвенных признаков депрессии и тревоги согласно критериям МКБ – 10 - рубрика F 32.8: «Атипичные депрессии, маскированные депрессии». Большое количество пациентов с диагнозом F 68.0 отражает активизацию феномена коморбидности посредством механизмов психофизиологической адаптации, обуславливая хронизацию вегетативных дисфункций ЖКТ. В данной группе преобладание депрессивного аффекта на фоне основного соматического заболевания является одним из основных ориентиров в преодолении резистентности и хронизации расстройств ЖКТ.

Таким образом, структура ФК состоит из следующих компонентов: 1) Специфические психофизиологические сдвиги в рамках основного заболевания. 2) Личностная реакция на болезнь, отраженная в АОБ. 3) Формирование устойчивых, а затем и хронических коморбидных психовегетативных симптомокомплексов, частью которых являются соматизированные тревога и депрессия. 4) Сформированная коморбидность соматического заболевания и аффективных нарушений. 5) Сформированный патологический круг, образованный особенностями АОБ, психовегетативными симптомокомплексами и возрастающими тревогой (для групп ССС и БЛС) и депрессией для группы ЖКТ), обуславливающие хронизацию и терапевтическую резистентность основного заболевания.

ВЫВОДЫ

1. Психовегетативные симптомокомплексы в структуре ССС характеризуются тревогой и депрессией, в структуре БЛС – высоким уровнем тревоги, в структуре ЖКТ – преобладанием депрессии.
2. Тревога связана с частотой госпитализаций при соматическом хроническом расстройстве, депрессия – с длительностью течения процесса.
2. При заболеваниях ССС АОБ характеризуется преобладанием экстрапунитивной позиции в отношении причин возникновения расстройства; симптомы первого порядка представлены неспецифическими проявлениями, прогноз заболевания и модель лечения соматизированы и соответствуют представлениям врачей-кардиологов о способах терапии и прогнозе ССС.
3. При заболеваниях БЛС АОБ обусловлен преобладанием черт мистической картины мира, что ориентирует данную группу пациентов на обращение к народным целителям и молдо.
4. При заболеваниях ЖКТ наблюдается интрапунитивная позиция в отношении причин заболевания и неблагоприятный прогноз в третьем блоке АОБ.
5. АОБ является динамическим образованием и подвергается изменению в зависимости от длительности течения расстройства: интрапунитивная позиция в отношении причин возникновения заболевания становится более выраженной с течением времени. В модели болезни начинают преобладать жалобы неспецифического характера, такие как нарушения сна, головные боли, общее недомогание и раздражительность.

6. Феномен коморбидности хронических соматических заболеваний и аффективных расстройств имеет сложную структуру, формирующуюся в результате пяти этапов, каждый из которых представляет собой результат взаимодействия личности и клинической картины хронического соматического расстройства.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Тревога как фактор, обуславливающий развитие коморбидных состояний в общесоматической практике / Ежегодный сборник научных статей медицинского факультета «Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана». 2007. – Вып.7, С. 212-218.
2. Типологические особенности симптома и синдрома при соматоформных психосоматических расстройствах / Вестник КРСУ. - 2009. – Т. 9, № 10. – С. 127-129.
3. Клинические характеристики коморбидных соотношений с учётом типологических особенностей соматических заболеваний // Вестник КРСУ. – 2010. – Т. 10, № 12. – С. 113-115.
4. Актуальность психосоматического подхода в оценке симптома и синдрома в общесоматической сети // Вестник КРСУ. – 2010. – Т. 10, № 4. – С. 125-127.
5. Теоретические предпосылки к психофармакотерапии органных соматизаций и соматоформных расстройств // Вестник КРСУ. - 2009. – Т. 9, № 10. – С. 125-127.
6. Дифференцированные подходы к оценке коморбидных состояний в общесоматической практике // Вестник КРСУ. – 2009. – Т. 9, № 8. – С. 133-135.
7. Понятие «Коморбидность» в теоретической и практической плоскостях медицины // Вестник КРСУ. – 2009. – Т. 9, № 8. – С. 136-138.
8. Актуальные вопросы взаимовлияния личности и болезни // Вестник КРСУ. – 2009. – Т. 10, № 12. – С. 136-140.
9. Типологические особенности соматических заболеваний в структуре коморбидных соотношений // Медицина Кыргызстана. – 2011. – № 3. – С. 78-80.
10. Комплексная модель диагностики и терапии коморбидных расстройств // Принята в печать Вестник КРСУ. – 2012.

Объем 1,6 п.л.
Тираж 100 экз. Заказ _____

**Типографии ОсОО «Алтын принт»
720000, г. Бишкек, ул. Орозбекова, 44
Тел.: (+996 312) 62-13-10
e-mail: romass@namba.kg**