

**КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМОРБИДНЫХ
СООТНОШЕНИЙ С УЧЁТОМ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ
СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

А.С. Ким, М.Р. Сулайманова, Т.А. Нелюбова

Представлены результаты исследования пациентов с распространёнными хроническими соматическими заболеваниями и коморбидными им аффективными нарушениями. Выявлены факторы, влияющие на хронизацию и резистентность соматического расстройства.

Ключевые слова: соматические расстройства; коморбидность; тревога; соматизация; хронизация; резистентность.

Актуальность исследования феномена коморбидности обусловлена тем, что существую-

щие классификации психических расстройств не являются целенаправленным инструментом

Соотношения коморбидных расстройств

Коморбидные психические расстройства	Число пациентов с заболеваниями					
	сердечно-сосудистой системы		бронхолёгочной системы		пищеварительной системы	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Генерализованное тревожное р-во(F41.1)	37	26,8	5	14,7	6	7,7
Р-ва адаптации (F43)	21	15,2	3	8,8	12	15,4
Паническое р-во (F41.0)	16	11,6	9	26,5	1	1,3
Тревожно-депрессивное р-во (F41.2)	12	8,7	2	5,9	10	12,8
Атипичные депрессии, “маскированные” депрессии (F 32.8)	10	7,3	2	5,9	15	19,2
Преувеличение соматической симптоматики по психологическим причинам (F68.0)	24	17,4	4	11,8	21	26,9
Депрессивный эпизод (F32)	6	4,3	1	2,9	6	7,7
Социофобия (F40.1) и специфические фобии(F40.2)	4	2,9			5	6,4
Посттравматическое стрессовое р-во(F43.1)	2	1,5			2	2,6
Агорафобия (F40.0)	6	4,3	8	23,5		
Всего	138	100	34	100	78	100

в формировании алгоритма диагностики в феноменологии коморбидных состояний, что в практической плоскости создаёт как диагностические, так и терапевтические трудности, в большей степени, сконцентрированные в системе оказания медицинской помощи в первичном звене здравоохранения [2,5,7,8]. До настоящего времени отсутствуют общие взгляды относительно сути этого понятия. Однако существует единое мнение в отношении того, что дополнительная симптоматика в структуре аффективных расстройств однозначно влияет как на течение и степень тяжести болезненного процесса, так и на терапевтический прогноз [4,6,11].

Цель исследования: выделить клинические характеристики коморбидных соотношений с учётом типологических особенностей соматических заболеваний.

Материалы и методы: Нами было обследовано 250 пациентов на базе лечебно-оздоровительного объединения Управления делами Президента Кыргызской Республики (ЛОО УД ПКР), средний возраст которых составлял 18–65 лет, с наиболее распространёнными хроническими заболеваниями, такими, как заболевания сердечно-сосудистой, бронхолёгочной, пищеварительной систем и коморбидными им аффективными нарушениями, соответствующими диагностическим указаниям рубрик МКБ-10: F-3,4,5,6. В исследовании принимали участие 139

женщин (55,6%), 111 мужчин (44,4%). 132 пациента имели высшее образование (52,8%), 69 – среднее специальное (27,6%), 49 – незаконченное высшее (19,6%). Продолжительность заболевания наблюдалось у 124 пациентов свыше 5 лет (49,6%), у 82 – от 1–3 лет (32,8%) и у 44 – от 3 до 5 лет (17,6%).

Методы исследования: полуструктурированное интервью; опросник для исследования адаптационного образа болезни (АОБ) у пациентов с феноменом коморбидности и изучения эффективности мультидисциплинарного взаимодействия в системе врач-пациент; стандартизированные шкалы для оценки депрессии Цунга; для оценки тревоги – Спилбергера-Ханина; для оценки тревоги и депрессии – Гамильтона. Из исследования исключались пациенты с острыми состояниями, онкологическими заболеваниями, деменцией, умственной отсталостью, болезнями головного мозга. Полученные данные статически обрабатывались с использованием методов непараметрической статистики и корреляционного анализа.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным результатам практическая ценность исследовательской работы реализуется в системе дифференцированных стратегий, диагностики и терапии коморбидных расстройств с учётом типологических особенностей соматических нарушений.

Полученные данные свидетельствуют о том, что тревожный компонент является одним из факторов, способствующих формированию коморбидности соматических нарушений [1]. Интенсивность и продолжительность тревожного компонента в структуре коморбидности соматических нарушений представляет собой механизм активизации психофизических реакций, обуславливающих стабилизацию феномена коморбидности у пациентов с соматическими расстройствами [6–10]. Феномен коморбидности является одним из факторов реализации адаптационных механизмов, ориентированных на формирование адаптационного образа болезни (АОБ) с “соматизированным” призывом к помощи у пациентов с соматическими расстройствами [2,5].

Данные таблицы свидетельствуют о наличии коморбидных состояний, обуславливающих формирование АОБ, для которого характерен “соматизированный” призыв к помощи. Таким образом, “соматизированный” призыв к помощи, наличие тревожного аффекта позволяют предположить о функционировании клинко-психологических механизмов, способствующих формированию вторичной соматизации. В структуре коморбидных соматических расстройств вторичная соматизация реализуется чаще всего в вариантах предъявляемой соматизации и псевдосоматизации [2], что, возможно, является дополнительным механизмом в формировании соматоцентрированной модели болезни. Интенсивность и продолжительность тревожного компонента в структуре коморбидности соматических нарушений представляет собой механизм активизации психофизиологических реакций, обуславливающих стабилизацию феномена коморбидности у пациентов с соматическими расстройствами.

Группа заболеваний сердечно-сосудистого спектра отличалась преобладанием тревожных расстройств по отношению к личностной тревожности. Данный факт предполагает развитие расстройств данной группы как одного из типичных способов адаптации к хронической тревоге. Для группы заболеваний сердечно-сосудистой системы феномен тревоги рассматривается как синдром с типичной клинической картиной соматического заболевания, подтверждаемого параклиническими методами обследования, соответственно требующий соматотропной терапии, а при наличии депрессивного аффекта – психотерапевтического вмешательства.

Группа заболеваний бронхолегочной системы характеризовалась, прежде всего, наличи-

ем периодов ремиссии и обострения в прямых реципрокных взаимосвязях с психическими расстройствами, где доминировали тревожные расстройства, что свидетельствует о возможности рассматривать данную группу коморбидных соотношений в системе соматизированного призыва к помощи, прежде всего, на момент обострений основного соматического заболевания. Основные особенности данного типа соматических расстройств: 1) соматизированный призыв к помощи является психосоматическим компонентом и актуализирует психокоррекционные подходы в оценке тяжести состояния пациента; 2) данные клинического обследования отражают преобладание диссоциативного радикала, формируя своеобразный порочный круг: тревога – > бронхолегочная патология – > соматизированный призыв к помощи –> тревога, обуславливающий дифференцированные подходы как диагностики, так и терапии данной подгруппы нарушений.

Типологические особенности в группе заболеваний пищеварительной системы отличаются, прежде всего, усилением депрессивного аффекта и позволяют давать клиническую оценку психического состояния данных пациентов посредством косвенных признаков депрессии и тревоги согласно критериям МКБ – 10[3]: рубрика F 32.8 (атипичные депрессии, “маскированные” депрессии). Доминирующее количество пациентов с диагнозом F68.0 отражает функционирование МПА, стандартизованные шкалы по оценке тревоги $58,1 \pm 1,2$ ($p < 0,01$), стандартизованные шкалы по оценке депрессии $93,7 \pm 0,8$ ($p < 0,01$). В данной группе преобладание депрессивного аффекта на фоне основного соматического заболевания является одним из основных ориентиров в преодолении резистентности и хронизации болезней пищеварительной системы.

Выводы

1. Резистентность и хронизация коморбидных расстройств обусловлены наличием хронических аффективных нарушений амбулаторного уровня.
2. Хронические аффективные расстройства в структуре коморбидных соотношений диктуют комплексность подходов в диагностике и терапии, сформированных на принципе дифференциации.
3. Принцип дифференциации позволяет рассматривать коморбидные соотношения как фактор, способствующий формированию типологических особенностей на основе ведущего синдрома (например, сердечно-

- сосудистая патология, пищеварительная патология, бронхолегочная патология).
4. Взаимообусловленность сосуществующих соматических и тревожно – депрессивных расстройств формирует своеобразный “порочный круг”, являясь одним из механизмов резистентности к проводимой традиционной терапии.
 5. Преодоление резистентных к терапии синдромов является одним из возможных факторов, определяющих частоту обострений и госпитализаций.

Литература

1. *Вичканов А.В.* Адаптационный образ болезни при коморбидности тревожных расстройств и артериальной гипертензии: Автореф. ... канд. мед. наук. Бишкек, 2006. 157с.
2. *Ким А.С.* Соматоформный синдром и феномен соматизации / КГМА. Бишкек, 2007. 107 с.
3. МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб., 1994, 300 с.
4. *Смулевич А.Б., Волель Б.А.* Расстройства личности и соматическая болезнь (проблема ипохондрического развития личности) // Журн. неврол. и психиат. 2008; 108. № 5. С. 4–12.
5. *Соложенкин В.В.* Психологические основы врачебной деятельности. М., 1997. 264 с.
6. *Сулайманова М.Р.* Феномен коморбидности у пациентов общесоматической сети (эпидемиология, диагностика, терапия). Док. 1-й научн.-практ. конф. коллегии консультантов и главных специалистов УДП КР “Актуальные проблемы социологии медицины”, 24–25 декабря 2009.
7. *Ким А.С., Сулайманова М.Р.* Теоретические предпосылки к психофармакотерапии органических соматизаций и соматоформных расстройств // Вестник КРСУ. 2009. Т. 9. № 10. С. 125–127.
8. *Ким А.С., Сулайманова М.Р.* Типологические особенности симптома и синдрома при соматоформных психосоматических расстройствах // Вестник КРСУ. 2009. Т. 9. № 10. С. 127–129.
9. *Ким А.С., Сулайманова М.Р., Нелюбова Т.А.* Актуальность психосоматического подхода в оценке симптома и синдрома в общесоматической сети // Вестник КРСУ. 2010. Т. 10. № 4. С. 125–127.
10. *Сулайманова М.Р.* Дифференцированные подходы к оценке коморбидных состояний в общесоматической практике // Вестник КРСУ. 2009. Т. 9. № 8. С. 136–139.
11. *Сулайманова М.Р.* Тревога как фактор, обуславливающий развитие коморбидных состояний в общесоматической практике // Докл. научн.-практ. конф. медфака КРСУ. Бишкек, 2007.
12. *Bridges K.N., Goldberg D.P.* *Jorn. Psychosom. Res.*, 1985, 29. P. 563–569.
13. *Kim A.S.* Clinical evaluation of comorbid disorders. Тезисы Устный доклад // **World Psychiatric Association International Congress. Melbourne, November 2007.** O-34–88. P. 302.
14. *Sulaimanova M.R.* The urgent questions of patient’s treatment with organ somatization and somatoform disorders. Poster presentation, 16th European Congress of Psychiatry, Nice, France, 5–6 April, 2008.