

ТИПОЛОГИЯ КОМОРБИДНЫХ СООТНОШЕНИЙ СОМАТИЧЕСКИХ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

М.Р. Сулайманова

Приведены результаты исследования соматических и аффективных расстройств как идентификация типологии соматовегетативных симптомокомплексов в структуре коморбидных соотношений. Представлены факторы, влияющие на хронизацию и резистентность соматического заболевания.

Ключевые слова: типология; соматические расстройства; феномен коморбидности; тревога; хронизация; резистентность.

Актуальность исследования феномена коморбидности (ФК) обусловлена доминированием соматоцентрированного подхода (см. рис), являющегося одним из инструментов в диагностике коморбидных состояний (КС), что в практической плоскости создает как диагностические, так и терапевтические трудности, которые в большей степени, сконцентрированы в системе оказания медицинской помощи в первичном звене здравоохранения [1–3]. До настоящего времени отсутствуют целенаправленные комплексные и целостные подходы в изучении характеристик ФК. Бесспорно, признается факт, что дополнительная симптоматика, проявляющаяся тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР), влияет на течение и степень тяжести общего болезненного процесса, на терапевтический прогноз [1, 4, 5].

Неспецифические проявления, характерные как для ТДР, так и соматических заболеваний (СЗ), и “соматизированный” призыв к помощи

(СПП) у большинства пациентов вынуждает их обращаться к врачам-интернистам и нередко – к парамедикам (см. рисунок). Нахождение пациентов с недиагностированными аффективными нарушениями у специалистов с доминированием соматоцентрированного подхода приводит, в свою очередь, к неэффективности терапии, хронификации, ятрогениям, экономическому ущербу в виде затрат на многочисленные обследования и приобретение лекарств.

Цель исследования – выделить клинические характеристики коморбидных соотношений (КС) с учетом типологических особенностей соматических заболеваний (СЗ).

Задачи исследования: 1) идентифицировать типологию соматовегетативных (СВ) симптомокомплексов в структуре КС; 2) изучить клинико-психологические механизмы, обуславливающие клинические особенности типологии СВ-расстройств в структуре аффективного спектра; 3) выделить факторы, обуславливаю-

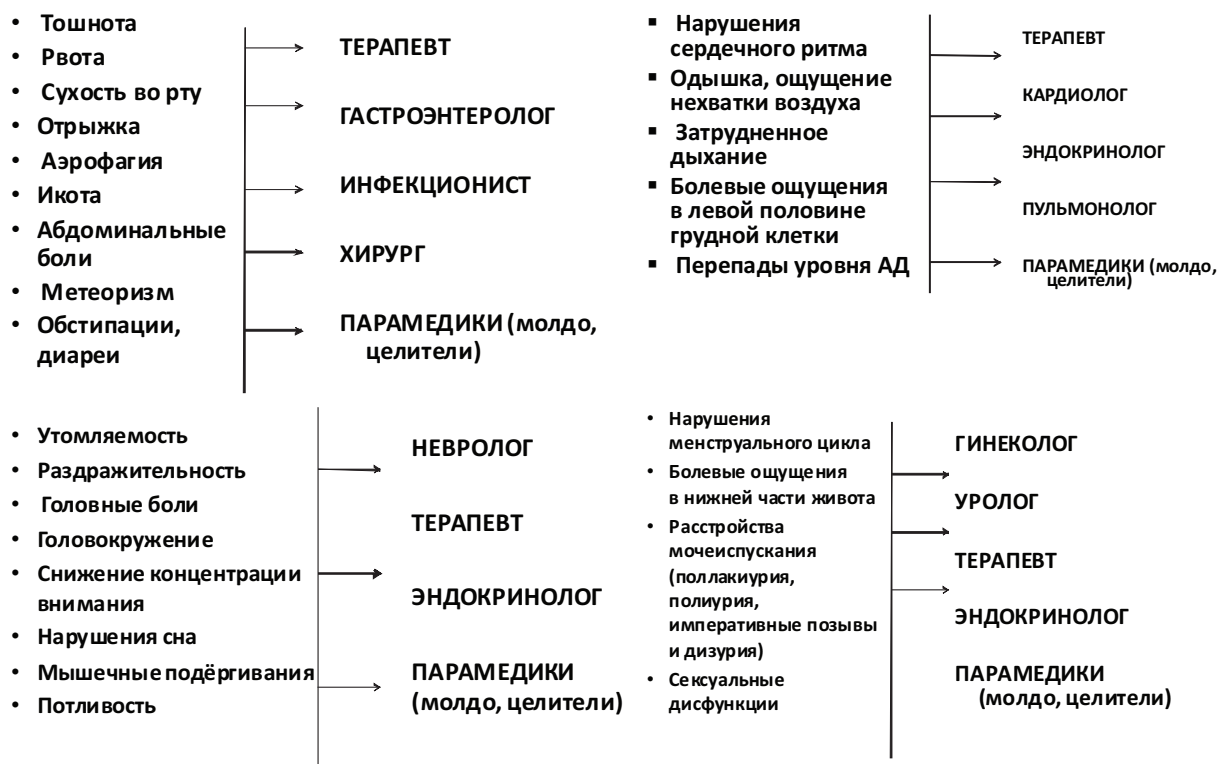


Рис. 1. Неспецифические проявления аффективных нарушений и предпочтительные маршруты пациентов

щие хронификацию СВ-симптомокомплексов в структуре аффективных нарушений; 4) разработать дифференциально-диагностические модели с целью оптимизации терапии пациентов с двойными и более диагнозами.

Материалы исследования. Нами было обследовано 250 пациентов на базе Лечебно-оздоровительного объединения Управления делами Президента Кыргызской Республики (ЛОО УД ПКР), возраст которых составлял от 18 до 65 лет с распространенными хроническими заболеваниями: сердечно-сосудистой системы (ССС), бронхолегочной системы (БЛС), желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и коморбидными им аффективными расстройствами (АР), соответствующими диагностическим указаниям рубрик МКБ-10: F-3,4,5,6 [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 %). 124 пациента имели продолжительность заболевания свыше 5 лет (49,6 %), 82 – от 1 года до 3 лет (32,8 %) и 44 – от 3 до 5 лет (17,6 %).

Методы исследования. Полуформализованное интервью; опросник для исследования адаптационного образа болезни (АОБ) у пациентов с ФК и изучения эффективности мультидисциплинарного взаимодействия в системе врач – пациент [7]; стандартизированные шкалы для оценки депрессии Цунга, для оценки тревоги Спилбергера–Ханина, для оценки тревоги и депрессии Гамильтона. Из исследования исключались пациенты с ургентными состояниями, онкологическими заболеваниями, деменцией, умственной отсталостью, болезнями головного мозга. Полученные данные подвергались процедуре статистической обработки 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 КС с учетом типологических особенностей соматических расстройств (СР).

Полученные данные свидетельствуют о том, что тревожный компонент является од-

Таблица 1

Коморбидные соотношения

Психиатрический диагноз	Число пациентов с заболеваниями:					
	ССС		БЛС		ЖКТ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Генерализованное тревожное р-во (F41.1)	37	26,8	5	14,7	6	7,7
Р-во 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

ним из факторов, способствующих формированию коморбидности СР [7]. Интенсивность и продолжительность тревожного компонента в структуре коморбидности СР представляет собой механизм активизации психофизиологических реакций, обуславливающих стабилизацию ФК у пациентов с СР [1, 3, 8, 9]. ФК является одним из факторов реализации адаптационных механизмов, ориентированных на формирование адаптационного образа болезни (АОБ) с “соматизированным” призывом к помощи (СПП) у пациентов с СР [2, 3].

Табличные данные свидетельствуют о наличии КС, обуславливающих формирование АОБ, для которого характерен СПП. Таким образом, СПП, наличие тревожного аффекта позволяют предположить о функционировании клинко-психологических механизмов, способствующих

формированию вторичной соматизации (при заболеваниях ССС, БЛС, ЖКТ встречаемость F68.0 [6] в 17,4 %, 11,8 %, 26,9 % соответственно). В структуре коморбидных СР вторичная соматизация реализуется чаще всего в вариантах предьявляемой соматизации и псевдосоматизации [8, 9], что, возможно, является дополнительным механизмом в формировании соматоцентрированной модели болезни. Интенсивность и продолжительность тревожного компонента в структуре коморбидности СР представляет собой механизм активизации психофизиологических реакций, обуславливающих стабилизацию ФК у пациентов с СР.

Группа заболеваний ССС 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 ССС коморбидных тревожным расстройствам феномен тревоги рассматривается как синдром с типичной клинической картиной СР, подтверждаемого параклиническими методами обследования, соответствующий требующий соматотропной терапии, а при наличии депрессивного аффекта – психотерапевтического вмешательства.

Группа заболеваний БЛС характеризовалась, прежде всего, наличием периодов ремиссии и обострения в прямых реципрокных взаимосвязях с психическими расстройствами, где доминировали тревожные расстройства, что свидетельствует о возможности рассматривать данную группу КС в системе СПП, прежде всего, на момент обострений основного СР. Основные особенности данного типа соматических расстройств: 1) СПП 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=>СПП=>тревога”, обуславливающий дифференцированные подходы как диагностики, так и терапии данной подгруппы нарушений.

Типологические особенности в группе заболеваний ЖКТ 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 [6]: рубрика F 32.8 (атипичные депрессии, “маскированные” депрессии). Доминирующее количество пациентов с диагнозом F68.0 [6] отражает функционирование МПА. Стандартизованные шкалы по оценке тревоги $58,1 \pm 1,2$ ($p < 0,001$), стандартизованные шкалы по оценке депрессии $93,7 \pm 0,8$ ($p < 0,001$). В данной группе преобладание депрессивного аффекта на фоне основного СР является одним из основных ориентиров в преодолении резистентности и хронизации болезней пищеварительной системы.

Таким образом, в результате проводимой нами научно-исследовательской работы по изучению ФК в общесоматической практике мы пришли к заключению о необходимости создания комплексной модели клинической оценки ФК, состоящей из трех уровней [5, 10, 11]: 1) *психофизиологического*: соматические нарушения=>интерпретация соматических сдвигов=>симптом=>синдром (предъявляемые

жалобы); 2) *психофизиологического симптомологического*: симптом – синдром (клинический(е) диагноз(ы)); 3) *неспецифического адаптационного* – адаптация на трех уровнях: биологическом, интрапсихическом, социальном. Данная модель ориентирована на дифференцированные подходы диагностики, терапии, коммуникации как врачей-психотерапевтов в первичном звене здравоохранения, так и врачей в области интернальной медицины.

Выводы

1. Резистентность и хронизация коморбидных расстройств обусловлены наличием хронических тревожно-депрессивных расстройств амбулаторного уровня.

2. Хронические аффективные расстройства в структуре КС обуславливают комплексность подхода диагностики и терапии.

3. Принцип дифференциации позволяет рассматривать КС как фактор, способствующий формированию типологических особенностей на основе ведущего синдрома (например, сердечно-сосудистая, пищеварительная, бронхолегочная патологии).

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.

6. Разработка и внедрение комплексной модели диагностики и терапии коморбидных соотношений в общемедицинскую сеть оптимизирует диагностические и терапевтические процессы в системе оказания медицинской помощи в мультидисциплинарной сети.

Литература

1. Сулайманова М.Р. Феномен коморбидности у пациентов общесоматической сети (эпидемиология, диагностика, терапия). Доклад на 1-й науч.-практ. конф. коллегии консультантов и гл. спец-ов УДП КР “Актуальные проблемы социологии медицины”, г. Бишкек, 24–25 декабря 2009 г. Бишкек, 2009.
2. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности. М., 1997. 264 с.
3. Ким А.С., Сулайманова М.Р. Теоретические предпосылки к психофармакотерапии органических соматизаций и соматоформных расстройств // Вестник КРСУ. 2009. Т. 9. № 10. С. 125–127.

4. *Смулевич А.Б., Волель Б.А.* Расстройства личности и соматическая болезнь (проблема ипохондрического развития личности) // Журн. неврол. и психиатр. 2008; 108; 5: 4–12.
5. *Сулайманова М.Р.* Тревога как фактор, обуславливающий развитие коморбидных состояний в общесоматической практике. Доклад на науч.-практ. конф. медфака КРСУ. Бишкек, 2007.
6. МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб., 1994. 300 с.
7. *Вичканов А.В.* Адаптационный образ болезни при коморбидности тревожных расстройств и артериальной гипертензии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Бишкек, 2006. 157 с.
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. *Bridges K.N., Goldberg D.P.* *Jorn. Psychosom. Res.*, 1985, 29, 563–569.
11. *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.