

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ И СИСТЕМАТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Михаил Николаевич Ключин

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС (зав. — проф. С.М. Уманский) Тюменской государственной медицинской академии, e-mail: mkljushin@rambler.ru

Реферат

Проиллюстрированы феноменология, систематика, синдромальная картина психических расстройств у 341 пациента из отделений регуляции роста (лица, страдающие ахондроплазией) и гнойной ортопедии (лица с хроническим остеомиелитом). Показана частота встречаемости отдельных нозологических единиц у больных с врожденной и приобретенной патологией опорно-двигательного аппарата, относящихся к группе пограничных психических расстройств.

Ключевые слова: ортопедические заболевания, психические расстройства.

В современной клинической психиатрии отмечается рост частоты пограничных психических расстройств у соматических больных [1, 2, 5, 6, 11, 13, 15, 16]. Несмотря на это, в отечественной литературе существуют лишь единичные публикации, посвященные изучению психики при заболеваниях опорно-двигательного аппарата [7, 12, 17, 18]. Однако они концептивны и затрагивают только фрагментарные аспекты психопатологических расстройств у больных с костно-суставной патологией.

Значимость всестороннего клинического изучения и реабилитации данного контингента представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему, поскольку около 80% больных — это лица молодого трудоспособного возраста, и именно среди них отмечается высокий процент выхода на инвалидность (более 70%) [3, 8, 19, 20]. Эта проблема становится более актуальной в связи с тем, что жизнь больного в постоянном «мире болезни» (особенно при врожденном заболевании) значительно изменяет его отношение к окружающему, людям, самому себе и приводит к формированию личностных расстройств [9, 14].

Длительное пребывание в ортопедической клинике с частыми хирургическими вмешательствами, сопряженными с болевыми ощущениями, оторванностью от

привычной среды обитания, формирует у больных «социальный дрейф», отражением которого является их глубокая дезадаптация в семье и обществе [4, 7, 10, 12, 18]. Сочетание ортопедической и психической патологии ухудшает клинический и социальный прогноз каждой из них [7, 8, 17, 19].

Были обследованы 100 больных с врожденной и 241 с приобретенной ортопедической патологией. Больные были в возрасте от 14 до 65 лет (в среднем $39,0 \pm 7,5$ года). Мужчин было 205 (60,12%), женщин — 135 (39,88%). Исследование проводилось в стационарных условиях на базе Российского научного центра «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова с 1999 по 2008 г. Критерии включения в исследование: больные, находившиеся на стационарном лечении не менее 180 койко-дней в отделениях регуляции роста и гнойной ортопедии, нуждавшиеся в длительном ортопедическом лечении методом чрескостного остеосинтеза. Основополагающим методом исследования являлся клинический — клинико-психопатологический, клинико-динамический (индивидуальное собеседование с пациентом, непосредственное наблюдение за его поведением, анализ его высказываний и поступков, интервьюирование родственников, изучение истории болезни, архивных документов, контакт с лечащим ортопедом-травматологом), позволяющий описать и классифицировать проявления дезадаптации психической деятельности у больных на разных этапах ортопедического лечения. Инструментом обследования служила базисная карта «Мультимодальный опросник жизненной истории».

В ходе предоперационного периода (7–10 дней) имела место выработка новых форм межличностных отношений,

приспособление к больничным условиям жизни; отмечался ряд психопатологических нарушения (прежде всего тревожных расстройств («тревога ожидания»). Клиническая выраженность этих расстройств мало различалась у больных с врожденной или приобретенной ортопедической патологией.

Основным клиническим проявлением у больных этой группы являлся симптомокомплекс под грифом «социальные фобии» (76,4%), в частности страх оказаться в центре внимания даже относительно небольших групп посторонних людей вне территории своей палаты. Порой это принимало вычурные формы — пациенты не вставали с кровати, односложно общались с медицинским персоналом и близкими, отказывались от приема пищи. Социофобии в искомом периоде носили диффузный характер, развивались обычно у больных с заниженной самооценкой, болезненной самокритичностью, чаще у лиц женского пола и сопровождалась выраженными вегетативными расстройствами (тремор, гипергидроз, покраснение кожных покровов, потеря аппетита, тошнота, императивные позывы на дефекацию, к мочеиспусканию).

Генерализованное тревожное расстройство (53,0%) имело место у больных, которые еще до поступления в стационар, в течение длительного времени (от 6 мес и более) испытывали выраженные тревожные опасения по поводу предстоящего оперативного вмешательства. Эта глубокая и устойчивая тревога приводила к значительному субъективному дискомфорту и требовала немедленной фармакологической коррекции. Наряду с опасениями у пациентов наблюдались тревожное настроение (беспокойство, нервозность, ощущение взынченности), вегетативные проявления (слабость, раздражительность, повышенная утомляемость), нарушение концентрации внимания, мышечное напряжение, расстройства сна, чаще всего затруднения засыпания и поддержания сна, кошмарные сновидения.

Специфические фобии (48,4%) — стойкая интенсивная ситуационная тревога, возникавшая при попадании в устрашающую ситуацию. У пациентов отмечался страх наркоза, объемных хирургических вмешательств на пораженном сегменте,

с резекцией значительного костного отрезка, страх приобрести наркотическую зависимость по причине частого употребления в качестве обезболивающих средств наркотических анальгетиков. У ряда лиц (27,4%) возникали опасения по поводу присоединения инфекции как одного из угрожающих послеоперационных осложнений. Вне зависимости от содержания переживаний обнаруживались соматические проявления в виде снижения аппетита, тошноты, болей в животе, головной боли, учащенного мочеиспускания, потливости, затрудненного дыхания, неприятных ощущений в области сердца.

Обсессивно-компульсивные расстройства (39,0%) были представлены навязчивыми мыслями и компульсивными действиями. Проявления навязчивости представляли собой мысли о предстоящем оперативном вмешательстве, повторялись в стереотипной форме, носили субъективно тягостный характер. Больные вспоминали прошлые операции, настойчиво «крутились мысли» о возможных негативных влияниях анестезии, длительных болевых ощущениях, послеоперационных осложнениях, отъезде близких людей. Именно в этот отрезок времени пациенты настойчиво задавались вопросом, почему именно они страдают этим заболеванием. Компульсивные действия, прежде всего ритуалы, повторяющиеся стереотипные поступки, символические попытки предотвратить предполагаемые опасные ситуации во время операции часто носили религиозный характер (короткие молитвы, заклинания, амулеты на шее и запястьях).

Панические расстройства отмечались реже (26,5%) остальных тревожных состояний, но были наиболее психологически дезадаптивны. У всех этих больных в анамнезе, до госпитализации, уже имели место подобные панические атаки, периоды сильнейшего страха, дисфории и соматического дискомфорта с длительностью приступов от 5 до 30 минут. Пациенты жаловались на интенсивный страх смерти, боязнь сойти с ума, боли в левой половине грудной клетки, сердцебиение, тахикардию, диспепсию, головную боль, головокружение, расстройство ритма дыхания, потливость, тошноту, ощущение жара или холода, тремор, парестезии: один из пациентов указывал на явления

деперсонализации. В связи с развернутой панической атакой операцию отменяли и переносили на более позднее время.

Послеоперационный период пребывания больных в стационаре является наиболее длительным по времени (0,5–1,2 г.) и включает функционирование с установленными на прооперированных конечностях аппаратами Илизарова, послеоперационную реабилитацию (этапы distraction, фиксации), процедуру снятия аппаратов внешней фиксации. Наиболее часто встречался астенодепрессивный синдром (21,8%). Послеоперационная депрессия в сопоставлении с предоперационной отличалась значительным удельным весом астенических проявлений при сравнительной редуцированности тревожных расстройств. В клинической картине этого синдрома у больных после операции преобладали общая слабость, повышенная психическая и физическая утомляемость, постоянное чувство усталости, соматическая гиперестезия, обусловленная, как правило, болями в прооперированных конечностях, в некоторых случаях фантомными болями, невозможность умственного напряжения, падение инициативы, ослабление внимания, снижение энергетического потенциала, эмоциональная лабильность с преобладанием пониженного аффекта, нарушения ночного сна, вплоть до уровня агрипнии, повышенная раздражительность и быстрая истощаемость аффектов во время общения с окружающими, когнитивные нарушения. Аффективные расстройства обычно были на втором плане, усиливались после ухудшения общего состояния или прогрессирования болей. Отмечались пониженное настроение с чувством тревоги, внутренним дискомфортом, снижение жизненного тонуса, отсутствие радости жизни. Гипотимные проявления у пациентов часто приобретали характер «астенической депрессии», или депрессии истощения.

Тревожно-депрессивный синдром (17,3%) клинически реализовывался появлением разноплановых страхов (об исходе операции, возможных послеоперационных осложнениях, перед врачебным осмотром, функциональным исследованием) на фоне сниженного настроения с тревожным аффектом, мотормой и ассоциативной заторможенностью. Прошедшее оперативное

вмешательство становилось для пациентов еще одним, дополнительным, стрессогенным фактором. У 5 больных наблюдалась ажитированная депрессия с выраженным психомоторным возбуждением, приступами отчаяния с «генерализацией психотравмирующих переживаний». При расспросе у них отмечались напряженность, непоследовательность суждений, резкие переходы от одной темы на другую. Нередко больные субъективно оценивали новые обследования с применением сложной аппаратуры как «доказательство» особой тяжести своего состояния.

Клиническая картина депрессивного синдрома (15,6%) была представлена сниженным фоном настроения с оттенком тоски, грусти, подавленности, неверием в реальность «полного исцеления», стагнации побудительных коммуникабельных мотивов, двигательного-волевой деятельности в самообслуживании и решении собственных интересов, отсутствием относительно четкой диссоциации в общем самочувствии в течении суточного биоритма, угнетением идеаторных процессов. Анализ содержания депрессивных идей у больных показал, что среди суждений наиболее распространены идеи малоценности, имеющие социальное звучание (о своей бесполезности для общества, профессиональной несостоятельности). Мысли о своей неполноценности, наиболее свойственные для больных с врожденной ортопедической патологией, приобретали у них сверхценный характер.

Астеновегетативный синдром (15,6%) характеризовался проявлением астении и выраженных вегетативных расстройств, среди которых преобладали расстройства сна. В структуре инсомнии чаще отмечались нарушения процесса засыпания, расстройства глубины и длительности ночного сна, реже сонливость днем, расстройства пробуждения и ритма сна. Среди причин, обуславливающих нарушения сна, большинство больных называли боль в прооперированных верхних и нижних конечностях. Они часто жаловались на головные боли и головокружения, учащавшиеся при перемене погоды, кардиалгии, дисритмии, гипотония, дизурические и диспепсические расстройства.

В клинической картине астеноипохондрического синдрома (12,5%) на фоне вы-

Структура психических расстройств при ортопедических заболеваниях

Психические расстройства	Число больных						p
	с врожд. патологией		с приобрет. патологией		всего		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
<i>Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства</i>	49	49	142	59	191	56	≤0,05
социальная фобия	26	26	49	20,3	75	22	≤0,05
реакция на стресс и нарушения адаптации	9	9	25	10,4	34	10	
смешанное тревожно-депрессивное расстройство	6	6	28	11,6	34	10	≤0,05
ипохондрическое расстройство	2	2	22	9,1	24	7	≤0,05
смешанное тревожно-фобическое расстройство	6	6	18	7,6	24	7	
<i>Расстройства настроения</i>	34	34	75	31,1	109	32	
депрессивный эпизод	28	28	44	18,3	72	21,1:	≤0,05
легкий	10	10	17	7	27	7,9	
средний	10	10	14	5,8	24	7	≤0,05
тяжелый	8	8	13	5,5	21	6,2	
дистимия	4	4	23	9,5	27	7,9	≤0,05
рекуррентное расстройство	2	2	8	3,3	10	3	
<i>Расстройства личности и поведения</i>	17	17	24	9,9	41	12	≤0,05
эмоционально-неустойчивое	5	5	9	3,7	14	4,1	
тревожное (уклоняющееся)	3	3	7	3	10	2,9	
астеническое	3	3	4	1,6	7	2	
истерическое	5	5	2	0,8	7	2	≤0,05
смешанное	1	1	2	0,8	3	1	
Всего	100	100	241	100	341	100	

раженной астенической симптоматики отмечались индукция болезненных признаков как результат тесного и длительного контакта между ними, фиксация на своих телесных ощущениях, функционировании различных органов и систем, постоянные апелляции к лечащему врачу по поводу недостаточного внимания и «неправильной» тактики ортопедического лечения.

Клиника истерического синдрома (11,0%) протекала на фоне выраженной эмоциональной лабильности с недержанием аффекта, крайней раздражительностью, драматизацией болезненных явлений и вегетативных расстройств, представленных в виде гиперболизированных жалоб.

Проявления обсессивного синдрома (6,2%) были сосредоточены преимущественно на ключевых переживаниях, затрагивающих образную сферу и отражающих мысли больных о своих физических страданиях как основных причинах жизненных трудностей.

Как видно из табл.1, при всей схожести клинической насыщенности психопатологической симптоматики у ортопедических больных частота встречаемости отдельных нозологических форм при врожденной и приобретенной патологии порой весьма различна. Так, невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40-F48) достоверно чаще ($p < 0,05$) наблюдались у пациентов с хроническим остеомиелитом в основном за счет актуализирующейся в стационарных условиях тревожно-депрессивной (соответственно 11,6% против 6,0%) и, особенно, ипохондрической (9,1% против 2,0%) симптоматики. Вместе с тем из кластера этих расстройств у больных ахондроплазией значительно преобладала ($p < 0,05$) социальная фобия (26,0% против 20,3%). В близких соотношениях встречались расстройства настроения (F32-F34). Однако детальная оценка показала, что у больных с врожденной патологией опорно-двигательного аппарата значительно преобладали ($p < 0,05$) депрессивные

нарушения (28,0% против 18,3%), средней тяжести (10,0% против 5,8%), тогда как при приобретенной форме – дистимии (9,5% против 4,0%). В структуре психопатического регистра (F60-F61) чаще ($p \leq 0,05$) диагностировалась ахондроплазия (17,0% против 9,9% у пациентов с хроническим остеомиелитом) с превалированием истерического радикала личности (5,0% против 0,8%).

Таким образом, систематика психических расстройств при ортопедических заболеваниях различного происхождения была основана на феноменологическом принципе (симптом-синдром-состояние), где под феноменом понималось «любое индивидуальное целостное психическое переживание», а феноменология характеризовалась как «предварительная работа по представлению, определению и классификации психических явлений, как некой самостоятельной формы активности». Клиническая структура психических нарушений при ортопедической патологии в предоперационном периоде была представлена полиморфными тревожными расстройствами, при этом у подавляющего числа больных (89%) отмечалась коморбидность различных форм тревожных расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. – М., 2000. – 207 с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 2000. – 495 с.
3. Ахондроплазия: Руководство для врачей / Под ред. А.В. Попкова, В.И. Шевцова. – М.: Медицина, 2001. – 352 с.
4. Булюбаши И.Д. Психофизиологические соотношения при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата в процессе реабилитации: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – М., 1987. – 22 с.
5. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). – М.: Изд-во «Триада-Х», 2000. – 256 с.
6. Дороженко И.Ю., Смулевич А.Б. Соматогении (пограничная психическая патология в общесоматической практике). – М.: Изд-во «Русский врач», 2000. – С. 99–105.
7. Зубарева О.В. Клинические особенности психических расстройств при стрессе, вызванном травмой опорно-двигательного аппарата и роль психотерапии в их лечении: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – М., 2006. – 27 с.

8. Клиника и лечение психических расстройств у больных ахондроплазией: Пособие для врачей / Сост.: В.И. Шевцов, А.М. Аранович, С.М. Уманский, М.Н. Ключин. – Курган-Тюмень, 2004. – 17 с.

9. Клиническая психология (специальная медицинская психология): Учебное пособие / Под ред. Г.П. Котельникова, Г.Н. Носачева. – Самара, 2005. – С. 260–283.

10. Ключин М.Н. Психические нарушения у больных ахондроплазией: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Томск, 2002. – 21 с.

11. Марилов, В.В. Частная психопатология. Учебное пособие для ВУЗов. – М.: Изд. центр «Академия», 2004. – 400 с.

12. Мельникова С.А., Попков А.В., Свешников А.А. Обоснование необходимости психологического сопровождения реабилитационного процесса у больных ахондроплазией/ Новые технологии в медицине: Тез. науч.-практ. конф. в 2 ч. – Курган, 2000. – Ч.1. – С. 193–194.

13. Попов Ю.В., В.Д. Вид. Современная клиническая психиатрия. – СПб., 2000. – 242 с.

14. Семиотика психических заболеваний (общая психопатология): Учебное пособие / Под ред. Г.Н. Носачева, В.С. Баранова. – Самара, 2006. – 350 с.

15. Смулевич А.Б. Пограничная психическая патология в общесоматической практике. – М., 2000. – 159 с.

16. Спринц А.М., Ерышев О.Ф., Шатова Е.П., Филиппова И.Н. Психогические и невротические расстройства у больных с соматической патологией. – СПб: СпецЛит, 2007. – 253 с.

17. Сухобрус Е.А. Психологические реакции и их динамика в процессе лечения у больных с механической травмой длинных трубчатых костей нижних конечностей: Автореф. дисс... канд. психол. наук. – СПб, 2006. – 27 с.

18. Хвостова С.А. Особенности психологии личности больных ахондроплазией в процессе их реабилитации по Илизарову // Гений ортопедии. – 2001. – № 2. – С. 161–162.

19. Шапоров Д.Ю. Оптимизация восстановительного лечения больных с ампутацией бедра: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Уфа, 2007. – 26 с.

20. Шевцов В.И., Лапынин А.И., Ключин Н.М. Метод чрескостного остеосинтеза в лечении больных хроническим остеомиелитом. – Курган, 2001. – 221 с.

Поступила 28.09.09.

PHENOMENOLOGY AND SYSTEMATICS OF MENTAL DISORDERS IN CONGESTIVE AND ACQUIRED ORTHOPEDIC DISEASES

M.N. Klyushin

Summary

Illustrated were the phenomenology, systematics, and syndrome-presentation of mental disorders in 341 patients from the departments of regulation of growth (patients with achondroplasia) and purulent orthopedics (patients with chronic osteomyelitis). Shown was the frequency of occurrence of certain nosological conditions in patients with congenital and acquired pathology of the musculoskeletal system related to the border mental disorder group.

Keywords: orthopedic disorders; mental disorders.