

УДК 616-085:616.89-06

Б.Д. МЕНДЕЛЕВИЧ, А.М. КУКЛИНА

Казанский государственный медицинский университет

Набережночелнинский психоневрологический диспансер — филиал Республиканской клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ

Особенности психопатологических проявлений у психически больных с терапевтической патологией

Менделевич Борис Давыдович

доктор медицинских наук, доцент кафедры менеджмента в здравоохранении, начальник Департамента Управления Президента РФ по внутренней политике

109012, г. Москва, Старая площадь, д. 4, тел. 8-968-935-24-84, e-mail: Bmendelevich@mail.ru

В статье представлены результаты исследования пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями, наблюдающихся у врача-терапевта с соматической патологией. Проведен сравнительный анализ наиболее распространенных терапевтических заболеваний среди двух исследуемых групп. Установлена клиническая симптоматика психических заболеваний у лиц с данной терапевтической патологией.

Ключевые слова: соматическая патология, психически больные, шизофрения.

B.D. MENDELEVICH, A.M. KUKLINA

Kazan State Medical University

Naberezhnye Chelny psychoneurological dispensary — branch of the Republican Clinical Psychiatric Hospital named after acad. V.M. Bekhterev of MH of RT

Features of psychopathological manifestations in mental patients with therapeutic pathology

The article presents results the study of patients with severe mental illness were observed with a somatic disease in a general practitioner. A comparative analysis of the most common diseases in two therapeutic treatment groups was performed. Established clinical symptoms of mental illness in people with this therapeutic pathology.

Key words: somatic pathology, mental illness, schizophrenia.

Известно, что пациенты с хроническими психическими расстройствами характеризуются множеством факторов риска для здоровья, включая злоупотребление психотропными препаратами, низкое качество жизни, недоедание, являющихся predisposing факторами развития сопутствующей соматической патологии [1, 2]. Исследования в области психокardiологии выявили, что поведение, характеризующееся склонностью к агрессивным тенденциям, повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний [3].

Большое внимание к соматическому состоянию при психических расстройствах обусловлено тем, что они могут быть причиной ухудшения физического здоровья, соматические расстройства

протекают иначе у психически больных, чем у лиц, не имеющих психического заболевания [4]. Возможными факторами, повышающими показатели заболеваемости и смертности в этом контингенте пациентов, являются нездоровый образ жизни, курение, а также недостаточное выявление и неадекватное лечение соматических заболеваний [5, 6].

Психически больные составляют маргинальную группу с чрезмерно сниженными показателями соматического здоровья. В этом участвует множество факторов, таких как: доступность продуктивному контакту, возможность получения компенсации, осмысление пациентом диагноза и проводимой терапии, а также затруднения при оказании

соматической помощи. Все эти факторы приводят к тому, что психиатрическая помощь оказывается отделенной от остальной соматической медицины, что затрудняет доступ тяжелых психически больных к первичной медицинской помощи [7]. Медицинская помощь, оказываемая пациентам с психическими расстройствами, должна включать лечение как соматического, так и психического состояния [8].

Целью работы являлся сравнительный анализ распространенности терапевтической патологии у психически больных и их связи с клинической картиной психопатологических расстройств.

Для исследования был взят выборочно один кабинет врача-терапевта городской поликлиники города Набережные Челны. Основным методом исследования являлся клинико-статистический анализ. Была проведена тотальная выборка всех амбулаторных карт терапевтических больных. Были выделены две группы исследуемых: основная группа: психически больные, наблюдающиеся у терапевта; контрольная группа: терапевтически больные, не имеющие психического расстройства.

Среди всех 2250 пациентов, наблюдавшихся у одного врача-терапевта в общесоматической сети, пациенты с психическими заболеваниями составили 181 человек (8,1%), пациенты, не страдающие психическим расстройством — 2069 человек (91,9%).

Основной соматической нозологией среди 181 психически больных на терапевтическом участке являлись болезни системы кровообращения (28,2%, 51 человек) и болезни нервной системы (27,6%, 50 человек). Среди болезней системы кровообращения у пациентов с психическими расстройствами ведущей нозологией была диагностирована гипертоническая болезнь — 51,0% (26 человек) и ишемическая болезнь сердца — 37,2% (19 человек), а также тромбофлебиты и ревматоидная болезнь сердца (7,8%), аритмии и врожденные пороки сердца (4,0%).

В контрольной группе болезни системы кровообращения также занимали первую позицию — 32,0% (672 человек), среди которых наиболее часто встречалась гипертоническая болезнь — 63,4% (426 человек), ишемическая болезнь сердца — 32,7% (220 человек).

В основной группе исследуемых среди болезней нервной системы преобладающей патологией оказалась цереброваскулярная болезнь (ЦВБ), хроническая недостаточность мозгового кровообращения (ХМК) (82,0%, 41 человек), среди остальных неврологических заболеваний: энцефалопатия (8,0%) и детский церебральный паралич (10,0%). Что касается болезней нервной системы среди пациентов контрольной группы (22,9%, 480 человек), то ЦВБ, ХМК наблюдались в 89,3% случаев. На третьем месте в обеих группах находились пациенты с болезнями органов дыхания, среди которых наиболее распространенными являлись: бронхиальная астма, хронический бронхит (также зарегистрированы два случая туберкулеза в группе больных с психическими расстройствами).

Основную нозологию психических заболеваний у душевнобольных с терапевтической патологией составили: пациенты с органическим поражением головного мозга — 87,8% (159 человек), среди которых с сосудистой деменцией — 25,2% (40 пациентов), пациенты с шизофренией — 9,9% (18 человек), пациенты с умственной отсталостью — 2,3% (4 человека).

Среди 119 пациентов с органическим поражением головного мозга (ОПГМ) с диагнозом F06.0 составляли 57,1% (68 человек), среди которых с органическим эмоционально-лабильным расстройством (F06.6) были 50,0% (34 человека), с ОПГМ вследствие ЧМТ (F06.8) — 17,6% (12 человек), с ОПГМ после перинатального поражения ЦНС (F06.8) — 19,1% (13 человек), с ОПГМ вследствие сосудистой патологии (F06.8) — 7 человек (10,3%), с ОПГМ вследствие перенесенного инфекционного заболевания (F06.8) — 3,0% (2 человека).

Среди пациентов с органическим расстройством личности (ОРЛ) F07.0 — 42,9% (51 человек), различали: вследствие ЧМТ — 33,3% (17 человек), по причине сосудистой патологии — 25,5% (13 человек), вследствие смешанного генеза — 23,5% (12 человек); в результате перинатального поражения ЦНС — 17,7% (9 человек).

У пациентов с органическим поражением головного мозга в 42,8% (51 человек) наблюдался психоорганический синдром, из них с эксплозивным вариантом в 72,5% случаев (37 человек), с астеническим вариантом у 21,6% (11 человек) и 3-е пациентов были с апатическим вариантом.

В данной категории больных с терапевтической патологией были диагностированы: астенический синдром (41,2%, 49 человек), психопатоподобный синдром (36,1%, 43 человек), пациенты с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой (5,9%, 7 человек) и пациенты с хроническим вербальным галлюцинозом (9,2%, 11 человек).

У всех больных с диагнозом «Деменция вследствие сосудистого заболевания» наряду с интеллектуально-мнестическими нарушениями, когнитивным дефицитом и с неврологической симптоматикой (афазия, апраксия, агнозия) наблюдался церебрастенический синдром. У 7 пациентов (17,5%) с сосудистой деменцией обнаруживались психотические расстройства в виде галлюцинаторно-параноидной симптоматики с нарушением поведения (2 человека) и с бредовым синдромом (5 человек). Бредовая симптоматика проявлялась в виде бреда «малого размаха», с обвинением родственников в том, что те крадут у них вещи, деньги, а также бредом отравления.

Среди пациентов, страдавших шизофренией, выявлялись следующие клинические формы: параноидная форма — 77,8% (14 человек); простая форма — 22,2% (4 человека). В зависимости от течения данного заболевания выделяли пациентов с приступообразно-прогредиентным течением — 61,1% (11 человек); непрерывным течением — 38,9% (7 человек).

Основными психопатологическими синдромами являлись галлюцинаторно-параноидный (38,9%), аффективные расстройства в виде субдепрессии с галлюцинаторной симптоматикой (27,8%), хронический бредовый синдром в виде бреда отравления (11,1%) и галлюцинаторный синдром (22,2%).

У больных с умственной отсталостью в зависимости от формы тяжести заболевания наблюдались следующие формы: с легкой степенью тяжести — 75,0% (3 человек); с тяжелой степенью тяжести вследствие болезни Дауна — 25,0% (1 человек). В клинической картине у пациентов с умственной отсталостью у 3-х больных наблюдался психопатоподобный синдром с агрессивными проявлениями, сопровождавшийся нарушением сна.

Таким образом, на основании проведенного исследования сделаны следующие выводы:

1. Показано, что в обеих исследуемых группах болезни системы кровообращения и болезни нервной системы наблюдаются в достаточно больших пределах. Но отличием является то, что в основной группе пациенты имеют как тяжелое психическое заболевание, так и отягощенную соматическую патологию на фоне уже имеющегося психического расстройства, что требует наблюдения, как минимум двух специалистов.

2. Установлено, что основную группу среди психически больных, наблюдающихся у терапевта, занимают пациенты с органическим поражением головного мозга, т.е. психическое заболевание изначально было вызвано экзогенным фактором, в основном неврологического характера.

3. Выявлено, что среди пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями на фоне соматической отягощенности клиническая картина представлена разнообразной синдроматикой, как органического проявления, так и явных психических нарушений в виде хронических галлюцинозов, бредовых интерпретаций, психопатоподобных тенденций.

4. Установлено, что данная категория лиц нуждается в регулярном обследовании для сохранения и укрепления их соматического здоровья. Наличие психического заболевания способствует асимптомности течения соматической патологии. Пациенты нуждаются не только в психиатрической помощи, но врачи-интернисты не должны забывать об особенностях, свойственных

психически больным в виде отсутствия критики, эмоционально-волевого дефекта, повышения порога болевой чувствительности проявляющихся отсутствием жалоб, тем самым, не ограничивая их в обследовании и лечении от лиц, не страдающих психическим заболеванием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная организация здравоохранения. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда // Доклад о состоянии здравоохранения в мире.—2001. — Гл. 1. — С. 17.
2. Medical comorbidity in schizophrenia / D.V. Jeste, J.A. Gadsjo, L.A. Lindamer, J.P. Lacro // Schizophr Bull. — 1996. — Vol. 22, № 3. — P. 413-430.
3. Frasure-Smith, N. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? / N. Frasure-Smith, F. Lesperance, M. Talajic // Health Psychol. — 1995. — Vol. 14. — P.388-398.
4. Самохвалов, В.П. Соматическое, неврологическое, функциональные и биохимические методы исследования / В.П. Самохвалов, А.А. Коробов, В.А. Мельников // Психиатрия: учеб. пособ. для студ. мед. вузов. — 2003. — Гл. 5. — 576 с.
5. McCreadie, R.G. Dietary intake of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland, case control study / R.G. McCreadie, E. MacDonald, C. Blacklock // Brit. Med. J. — 1998. — Vol. 317. — P. 784-785.
6. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia / S. Brown, J. Birtwistle, L. Roe, C. Thompson // Psychol. Med. — 1999. — Vol. 29, № 3. — P. 697-701.
7. Зозуля, Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии: учеб. пособ. для студ. высш. учеб. заведений / Т.В. Зозуля. — М.: Издательский центр Академия, 2001. — 248 с.
8. Gill garden advances in psychiatric treatment / Physical examination in psychiatric practice. — Boston, 2005. — P. 142-149.

УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ!

Перед тем как отправить статью в редакцию журнала «Практическая медицина», проверьте:

- Направляете ли Вы отсканированное рекомендательное письмо учреждения, заверенное ответственным лицом (проректор, зав. кафедрой, научный руководитель).
- Резюме не менее 6–8 строк на русском и английском языках должно отражать, что сделано и полученные результаты, но не актуальность проблемы.
- Рисунки должны быть черно-белыми, цифры и текст на рисунках не менее 12-го кегля, в таблицах не должны дублироваться данные, приводимые в тексте статьи.
- Цитирование литературных источников в статье и оформление списка литературы должно соответствовать требованиям редакции: список литературы составляется **в порядке цитирования источников**, но не по алфавиту.

Журнал «Практическая медицина» включен Президиумом ВАК в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.