

СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

УДК 616.89

© С. Н. Козлова, А. А. Краснов, А. А. Марченко, А. В. Язенок

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова:

соматическое здоровье; психические расстройства.

Резюме:

Исследовали распространенность и структуру сопутствующих соматических заболеваний у 91 пациента с невротическими расстройствами в сравнении с 235 психически здоровыми лицами. Средний возраст обследованных больных $38 \pm 7,6$ лет. Отмечено значимое ($p \leq 0,01$; $\chi^2 = 12,4$) увеличение частоты соматической заболеваемости у пациентов с психическими расстройствами в сравнении с контрольной группой. Структура выявленной соматической патологии определялась значимым преобладанием различных сочетаний метаболической кардиомиопатии, артериальной гипертензии, анемии, заболеваний печени, поджелудочной железы. Установлено, что процесс соматизации проявляется в среднем через 2–3 года после дебюта психических расстройств.

Библиографическая ссылка:

Козлова С. Н., Краснов А. А., Марченко А. А., Язенок А. В. Скрининговое исследование соматического здоровья пациентов с невротическими расстройствами в психиатрическом стационаре // *Обзоры по клин. фармакол. и лек. терапии.* — 2011. — Т. 9, № 4 — С. 36–41.

Сочетание невротических расстройств и соматической патологии привлекает научный интерес как психиатров, так и врачей-интернистов. Вместе с тем следует отметить, что внимание значительной части исследователей сосредоточено на анализе невротической патологии у пациентов многопрофильных поликлиник и соматических стационаров, поскольку основная масса нуждающихся в медицинской помощи обращается именно в эти лечебные учреждения. Так, в ряде исследований отмечается, что у лиц с соматическими заболеваниями выявляются сопутствую-

ющие психические расстройства преимущественно пограничного регистра с преобладанием патологии тревожно-депрессивного спектра. В частности, у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями отмечается увеличение частоты клинически значимых проявлений тревоги и тревожных расстройств [8]. Согласно данным А. Е. Боброва [2], невротические расстройства (далее НР) у пациентов кардиологического профиля выявлялись при нейро-циркуляторной дистонии — в 82,2% случаев, при ишемической болезни сердца — в 61,4%, при гипертонической болезни — в 60,4%, при хронической сердечной недостаточности — в 53,7%. У пациентов с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта НР отмечались у 36% мужчин и у 24,2% женщин [4]. В целом доля больных с НР в общесоматических учреждениях может достигать 14,9% [1]. Отдельную проблему представляет психосоматическая патология, которая встречается у 30–50% лиц, обращающихся с соматическими жалобами в поликлиники и стационары [5, 7]. При этом исследуемая невротическая патология чаще рассматривается как спектр фоновых заболеваний, представляющих интерес, прежде всего, как фактор, ухудшающий течение соматической патологии или нарушающий комплаентность у соматических больных. Такого рода фоновые психические расстройства не отражают разнообразие коморбидных сочетаний НР и соматической патологии. Во-первых, потому, что пограничная психическая патология в данных случаях является вторичной и чаще формируется в рамках нозогений или соматогений [6], имеющих определенный круг и специфику феноменологических проявлений. Во-вторых, НР у больных соматического профиля часто формируются на иной преморбидной почве (различия преморбидной характеристики структуры, истощающих факторов, психогенных влияний и др.) в отличие от традиционных НР. Стационарные больные с НР, в свою очередь, также отличаются рядом особенностей, предрасполагающих к определенным видам коморбидной

психосоматической патологии. Среди таких особенностей можно выделить: 1) тяжесть невротической патологии, хронический затяжной характер ее течения со стигматизацией личности, искаженным реагированием на эмоциональный стресс; 2) особенности жизнедеятельности, включающие снижение физической и социальной активности, склонность к госпитализму. Кроме того, спектр психотропных препаратов, который получают пациенты с НР в психиатрических стационарах, может отличаться от препаратов, используемых в соматических отделениях, где приходится учитывать соматическую слабость пациентов и возможное взаимодействие с соматотропными препаратами. Однако исследования по комплексному изучению соматической патологии, коморбидной НР и ее влияние на течение последних проводятся редко, а результаты таких исследований в литературе описаны мало. В связи с этим представляется целесообразным детальное исследование структуры сопутствующей соматической патологии у пациентов с НР в психиатрических стационарах.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить качество соматического здоровья больных с НР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследован 91 пациент (43 мужчины и 48 женщин) с психическими расстройствами, отнесенными к разделу F 4 по МКБ-10. Обследованные пациенты относились к средней возрастной группе ($35,0 \pm 6,8$ лет). Результаты исследования соматического здоровья изучаемой выборки сравнивались с показателями контрольной группы, включавшей 235 психически здоровых лиц аналогичной возрастной категории (169 мужчин и 66 женщин).

Критериями исключения являлись: пожилой возраст, наличие в анамнезе злоупотребления алкоголем.

Исследовались уровень структуры сопутствующей соматической патологии, характер психосоматических соотношений. Использовались клинико-психопатологический, клинико-архивный методы. Проводилась необходимая диагностика с применением лабораторных и инструментальных методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В группе лиц с НР у 61 пациента (67,03%) выявлена сопутствующая соматическая патология, встре-

чавшаяся примерно с одинаковой частотой среди мужчин (65,1%) и женщин (68,7%). Выявлено статистически значимое ($p \leq 0,05$; $2 = 6,4$) повышение уровня общей соматической заболеваемости у пациентов с НР в сравнении с контрольной группой, где соматическая патология выявлялась у 116 человек (49,4%).

Спектр психической патологии, коморбидной соматическим заболеваниям, охватывал большинство диагностических групп раздела МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», в том числе: реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации (F 43) — 30 (49,2%); неврастению (F 48.0) — 16 (26,2%); прочие расстройства (тревожно-фобические (F 40), обсессивно-компульсивные (F 42), диссоциативные (F 44); панические (F 41), соматоформные и ипохондрические (F 45)) — 15 (24,6%) наблюдений.

Структура соматической патологии характеризовалась статистически значимым, в сравнении с контрольной группой, увеличением доли ряда соматических расстройств (табл. 1). Так, наибольшую долю составляла патология сердечно-сосудистой системы (у 54 пациентов — 59,3%), включавшая различные сочетания метаболического симптомокомплекса, который по диагностическим критериям [3] мог быть охарактеризован как начальная стадия метаболической кардиомиопатии (миокардиодистрофии). В рамках метаболического симптомокомплекса выявлялись: систолический шум на верхушке сердца, колющие или тянущие боли в области сердца, а также часть комплексных электрокардиографических изменений, представленных в таблице 2.

Нарушения ритма и проводимости сердца (рубрики I 44–49.5 по МКБ-10), отмечавшиеся у 28 (30,0%) обследованных, проявлялись как в рамках метаболического симптомокомплекса, так и в качестве побочных эффектов психотропной терапии.

Значительную долю составили лица с проявлениями артериальной гипертензии, характеризовавшейся нозологической неоднородностью. Наряду с верифицированной гипертонической болезнью (I 10; I 11) выявлялась артериальная гипертензия, обусловленная нейро-циркуляторной дистонией, соматизацией тревоги в рамках психопатологического симптомокомплекса, и в некоторых случаях — побочным действием фармакологических препаратов.

Заболевания органов пищеварения выявлялись у 50 пациентов с НР (54,9%). В их числе наблюдались различные клинические варианты хронического гастрита (гастрита и дуоденита) (K 29.3; K 29.4; K 29.5; K 29.6; K 29.7; K 29.8; K 29.9),

■ Таблица 1. Структура соматической патологии у пациентов с невротическими расстройствами и в контрольной группе

Структура соматической патологии	Частота наблюдений			
	Контрольная группа		Больные	
	Абс.	%	Абс.	%
Заболевания сердечно-сосудистой системы:				
Гипертоническая болезнь	7	3,0	12	13,2
Нейро-циркуляторная астенция	24	10,2	15	16,5
Метаболическая кардиомиопатия	0	0	27	29,7 **
Заболевания желудочно-кишечного тракта:				
Язвенная болезнь желудка и 12 п.к.	5	2,1	7	7,7
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	0	0	9	9,9
Хр. гастродуоденит (гастрит)	19	8,1	23	25,3*
Хр. панкреатит	13	5,5	34	37,4**
Желчно-каменная болезнь	1	0,4	4	4,4
Дискинезия желчевыводящих путей	2	0,85	12	13,2*
Гепатит, гепатоз	7	3,0	26	28,6*
Заболевания мочеполовой системы:				
Мочекаменная болезнь	0	0	5	5,5
Хр. пиелонефрит	0	0	9	9,9
Нефроптоз	0	0	3	3,3
Прочие заболевания:				
Гипотрофия	2	0,85	6	6,6
Ожирение	25	10,6	9	9,9
Заболевания щитовидной железы	5	2,1	20	22,0*
Атопический дерматит	2	0,85	5	5,5
Анемии	0	0	8	8,8

Примечание: * - статистическая значимость различий по критерию Пирсона (χ^2) $p \leq 0,05$;

** - статистическая значимость различий по критерию Пирсона (χ^2) $p \leq 0,01$.

хронический панкреатит, гепатоз и гепатит, дискинезия желчевыводящих путей; гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (К 21.0; К 21.9).

Отмечалось также статистически значимое повышение уровня таких нарушений, как заболевания щитовидной железы (Е 01; Е 06); анемия, связанная с нарушением питания и другими факторами (Д 50; Д 51; Д 52; Д 53; Д 64). В ряде случаев обнаруживалась дисплазия и аномалии развития внутренних органов: пролапс митрального клапана — 3 (3,3%); признаки аномалий желчного пузыря — 9 (9,9%), аномалии почек — 8 (8,7%).

У 54 пациентов с НР (59,3 %) выявлены два и более соматических заболевания.

Для распределения сопутствующих соматических заболеваний на группы в соответствии

с наиболее часто встречаемыми вариантами коморбидности использовался факторный анализ (рис. 1).

Все препараты, применявшиеся в исследовании, обладают высокой эффективностью против депрессии у нейроонкологических больных. Это положительно влияет на реадaptацию и приверженность к лечению таких больных, а также избавляет пациентов от суицидальных мыслей. Специфика действия препаратов, такая как стимулирующий или седативный эффекты, позволяют подбирать нужный антидепрессант, исходя из преобладания той или иной симптоматики. Однако для пациентов значительную роль играет соотношение между антидепрессивным эффектом, побочными эффектами и стоимостью лечения. Это нередко заставляет больного отказы-

■ Таблица 2. Электрокардиографические изменения у пациентов с невротическими расстройствами

ЭКГ признаки метаболической кардиомиопатии		Частота наблюдений	
		Абс.	%
Нарушения ритма:		22	24,2
	Брадисистолия	12	13,2
	Тахисистолия	4	4,4
	Синусовая аритмия	2	2,2
	Суправентрикулярная экстрасистолия	2	2,2
	Желудочковая экстрасистолия	2	2,2
Нарушения проводимости:		24	26,4
	Блокада правой ножки пучка Гисса	10	11,0
	Блокада левой ножки пучка Гисса	3	3,3
	Нарушение внутрижелудочковой проводимости	11	12,1
Изменение комплекса ST-T:		19	20,9
	Изменения зубца Т	17	18,7
	Подъем сегмента S-T	2	2,2

ваться от препарата, более «комфортного» с точки зрения антидепрессивного эффекта и побочного действия, в пользу менее «комфортного», но более дешевого.

Используя «критерий интерпретируемости и инвариантности», удалось обосновать некоторые типы соматических взаимосвязей у пациентов с НР, при этом процедура вращения факторов не произвела существенных изменений в структуре факторного пространства.

Три группы были объединены в тип коморбидности, определяемый в ряде случаев патогенезом одного из соматических заболеваний. К их числу были отнесены сочетания желчекаменной болезни и хронического холецистита (номера 4 и 5 по рис. 1); мочекаменной болезни и хронического пиелонефрита (26 и 27 по рис. 1); сочетания гепатита, варикозной болезни и анемии (соответственно 1, 2, 3).

В самостоятельную группу были объединены хронический панкреатит, гепатоз, хронический гастрит, гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь, дискинезия желчевыводящих путей, алиментарно-конституциональное ожирение, гипертоническая болезнь. Близкое расположение выделенных заболеваний в факторном пространстве интерпретировалось как пикнический (дигестивный) вариант психосоматических нарушений у пациентов с НР. Данный комплекс сопряженных между собой заболеваний несет в себе отчетливые признаки метаболического синдрома.

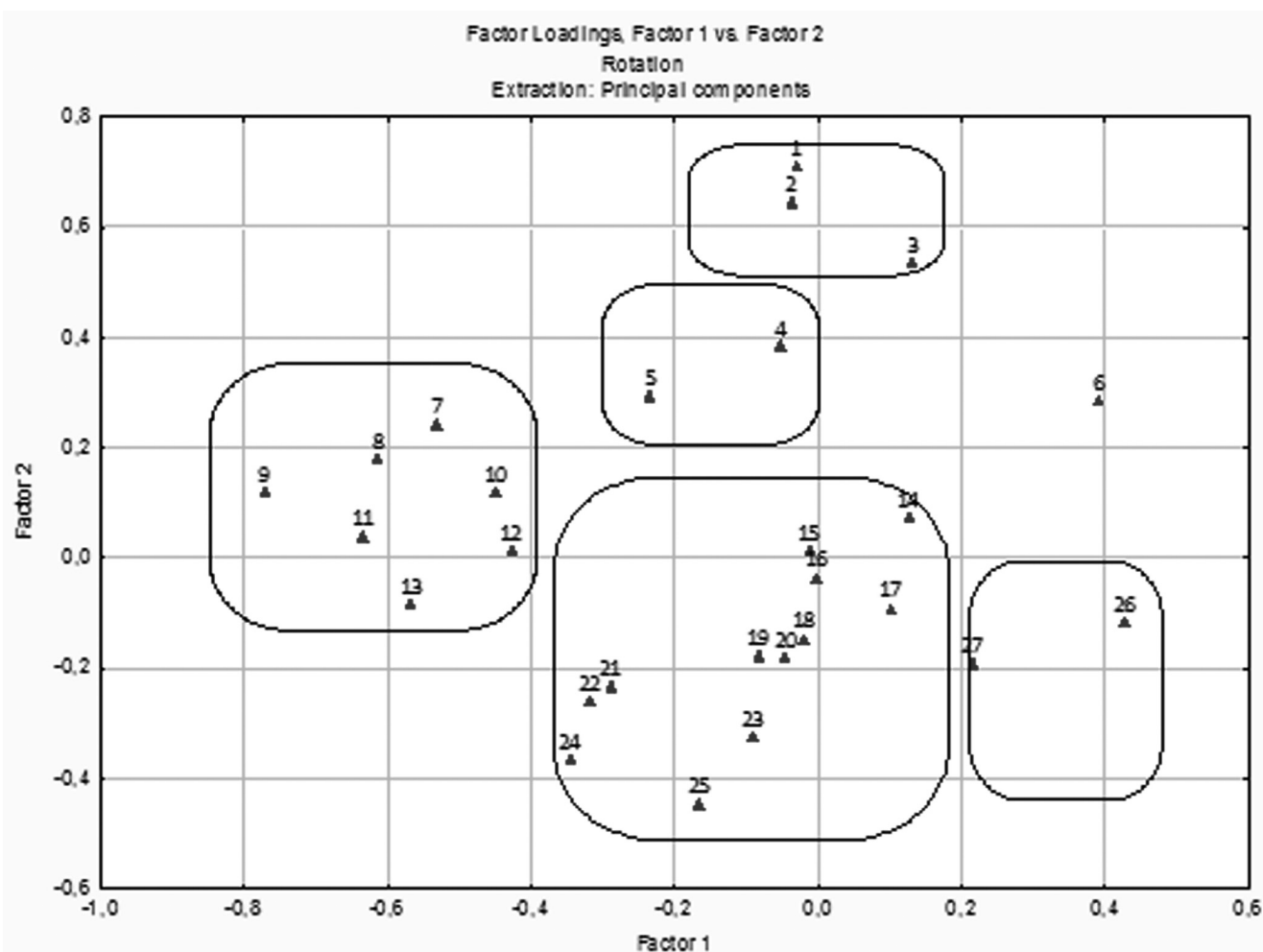
Наиболее многочисленную и сложную для интерпретации изолированную группу составили такие заболевания и патологические состояния, как: гипотрофия, нефроптоз, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания щитовидной железы, атопический дерматит, экзематит,

вазомоторный ринит, кардиомиопатия, новообразования. Можно предположить, что в данной группе объединены две подгруппы, об этом может свидетельствовать некоторая ее растянутость с достаточной удаленностью крайних точек. В пределах данной группы оказались объединенными соматические нарушения, свидетельствующие об астенических конституциональных признаках, а также о склонности мезенхимальных структур организма к диспластическим процессам либо к иммуновоспалительным нарушениям на фоне невротических расстройств. Следует полагать, что две последние группы отражают два основных патогенетических варианта соматизации психических расстройств.

Артериальная гипертензия не вошла ни в одну из групп. По-видимому, это связано с тем, что данная диагностическая категория объединила такие разнородные феномены, как, например, соматизация тревожных расстройств и побочное действие фармакологических препаратов и др., отифференцировать которые при скрининговом обследовании практически невозможно.

Дальнейший анализ показал, что выделенные группы отражали взаимосвязь заболеваний между собой. При этом представленность соматических заболеваний и расстройств, объединенных метаболическим синдромом, охватывала 80,3 % пациентов с сопутствующей соматической патологией, а заболевания, включавшие иммунопатологические и диспластические процессы, выявлялись у 52,5 %. У 41 % обследованных отмечалось сочетание заболеваний обеих выделенных групп.

Отмечено различие между группами, отражавшими различные варианты соматизации, и группой пациентов без сопутствующей соматической патологии по среднему возрасту и продолжительности



■ Рисунок 1. Группы наиболее стойко сочетающихся соматических расстройств у пациентов с НР.

Примечание: 1-гепатит; 2-варикозная болезнь; 3-анемия; 4-желчекаменная болезнь; 5-хронический холецистит; 6-симптоматическая артериальная гипертензия; 7- хронический панкреатит; 8-гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь; 9-гипертоническая болезнь; 10-дискинезия желчевыводящих путей; 11- алиментарно-конституциональное ожирение; 12-гепатоз; 13-хронический гастрит; 14-нефроз; 15-язвенная болезнь желудка; 16-атопический дерматит; 17-гипотрофия; 18-хронический тонзиллит; 19-заболевания щитовидной железы; 20-невралгия; 21-язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; 22-экзематит; 23-вазомоторный ринит; 24-кардиомиопатия; 25-новообразования; 26-хронический пиелонефрит; 27-мочекаменная болезнь.

заболевания. Так, средний возраст пациентов без сопутствующей соматической патологии составил $21,8 \pm 1,5$ года; в группе лиц с иммуноаллергической патологии — $31,6 \pm 4,4$ года, в группе лиц с проявлениями метаболического синдрома $38,7 \pm 4,6$ года. Анализ соотношения продолжительности невротического расстройства и сроков дебюта сопутствующей соматической патологии показал, что у лиц с диспластически-иммуноаллергической патологией средняя продолжительность заболевания в период выявления соматической патологии составила 2,5 года, у лиц с признаками метаболического синдрома — 3,7 года. Средняя продолжительность невротических расстройств у соматически здоровых пациентов составила 5 месяцев.

Таким образом, у пациентов с невротическими расстройствами, проходящих лечение в психиатрическом стационаре, выявлен широкий спектр сопутствующих соматических заболеваний. Разнообразие нозологических форм сопутствующих заболеваний, вероятно, обусловлено сложными и многофакторными механизмами. Среди факторов формирования сопутствующих соматических заболеваний можно отметить психосоматический процесс, влияние психотропной терапии, конституциональные особенности. Определение значимости таких факторов и особенностей течения соматической патологии у пациентов с невротическими расстройствами представляется дальнейшей актуальной научной задачей.

ВЫВОДЫ

1. Качество соматического здоровья пациентов с невротическими расстройствами существенно изменено. Отмечено значимое ($p \leq 0,05$; $\chi^2 = 6,4$) повышение уровня общей соматической заболеваемости у пациентов с невротическими расстройствами в сравнении с контрольной группой

2. Структура соматической патологии у пациентов с невротическими расстройствами определяется значимым преобладанием клинических случаев метаболической кардиомиопатии ($p \leq 0,01$; $\chi^2 = 22,4$), артериальной гипертензии ($p \leq 0,05$; $\chi^2 = 6,4$), хронического гастрита ($p \leq 0,05$; $\chi^2 = 6,2$), заболеваний печени ($p \leq 0,05$; $\chi^2 = 6,9$), поджелудочной ($p \leq 0,05$; $\chi^2 = 7,25$) и щитовидной железы ($p \leq 0,05$; $\chi^2 = 7,001$).

3. Соматические заболевания у пациентов с невротическими расстройствами в 59% случаев, формируются в рамках мультиморбидных комплексов, имеющих отчетливые типологические характеристики.

4. Процесс соматизации проявляется в среднем через 2–3 года после дебюта психических расстройств, при этом психосоматические расстройства различных типов проявляются в различные возрастные периоды.

Литература

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства/Ю. А. Александровский — М.: «Медицина», 2000. — 386 с.
2. Бобров А. Е. Психиатрия в общемедицинской практике (консультативная психиатрия)/А. Е. Бобров//Региональные аспекты оказания психиатрической помощи населению. — Пенза, 2008. — 12 с.

♦ Информация об авторах

Козлова Светлана Николаевна — врач-терапевт кафедры психиатрии. Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Боткинская, 17. E-mail: pdshabanov@mail.ru

Краснов Алексей Александрович — кандидат медицинских наук, преподаватель кафедры психиатрии. Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Боткинская, 17. E-mail: pdshabanov@mail.ru

Марченко Андрей Александрович — доктор медицинских наук, доцент кафедры психиатрии Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Боткинская, 17. E-mail: pdshabanov@mail.ru

Язенко Аркадий Виталиевич — доктор медицинских наук, доцент кафедры психиатрии Военно-Медицинская академия им. С. М. Кирова, Россия, 194044, Г. Санкт-Петербург, Ул. Боткинская, 17. E-mail: pdshabanov@mail.ru

3. Василенко В. Х. Миокардиодистрофия /В. Х. Василенко, С. Б. Фельдман, Н. К. Хитров. М.: «Медицина» 1989. — 403 с.
4. Куприянова И. Е. Качество жизни и психическое здоровье/И. Е. Куприянова, В. Я. Семке. — Томск. 2004. — 121 с.
5. Сидоров П. И. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей./П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова. — М.: МЕДпрессинформ, 2006. — 586 с.
6. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства // Психиатрия и психофармакология. — 2000. — № 2. — С. 2–36.
7. Тополянский В. Д. Психосоматические расстройства: Руководство для врачей/В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. — М.: Медицина, 1986. — 383 с.
8. Barsky A. J. Palpitations, cardiac awareness, and panic disorder/A. J. Barsky//Am. J. Med. — 1992. Vol. 92. P. 315–345.

SOMATIC HEALTH OF PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS. SCREENING RESEARCH IN THE PSYCHIATRIC HOSPITAL

S. N. Kozlova, A. A. Krasnov, A. A. Marchenko, A. V. Yazenok

♦ **Summary:** Prevalence and structure of comorbid physical disorders was investigated on 91 patients with neurotic disorders (average age — $38 \pm 7,6$ years) in comparison with 235 mentally healthy persons. Significant ($p \leq 0,01$; $\chi^2 = 12,4$) increase of somatic diseases level among patients with neurotic was established. The structure of the revealed somatic pathology was determined by significant prevalence of such diseases combinations, as metabolic cardiomyopathy, arterial hypertension, anemias, diseases of liver and pancreas. It was shown that the somatization process developed in an average 2–3 years after neurotic disorder debut.

♦ **Key words:** somatic health; mental disorders.

Kozlova Svetlana Nikolaevna — Dept. of Psychiatry. Kirov Military Medical Academy. St.Petersburg, 194044, Botkinskaya street, 17, Russia. E-mail: pdshabanov@mail.ru

Krasnov leksey Aleksandrovich — PhD.Dept. of Psychiatry. Kirov Military Medical Academy. St.Petersburg, 194044, Botkinskaya street, 17, Russia. E-mail: pdshabanov@mail.ru

Marchenko Andrey Aleksandrovich — PhD.Dept. of Psychiatry. Kirov Military Medical Academy. St.Petersburg, 194044, Botkinskaya street, 17, Russia. E-mail: pdshabanov@mail.ru

Yazenok Arkadiy Vitalevich — PhD.Dept. of Psychiatry. Kirov Military Medical Academy. St.Petersburg, 194044, Botkinskaya street, 17, Russia. E-mail: pdshabanov@mail.ru