

МАГЗУМОВА Ш.Ш. МУХАМАДИЕВА Н.Б.

**ИНТЕГРИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
СОМАТИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ**

Монография

Рецензенты:

Абдуллаева В.К., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии и детской психиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Пулатов С.С., доктор медицинских наук, доцент кафедры реабилитологии и спортивной медицины Бухарского государственного медицинского института

Аннотация

Монография, о которой идет речь, представляет собой глубокое исследование психопатологии и клинической систематики соматогенных расстройств. Это важная работа, которая охватывает широкий спектр вопросов, включая не только диагностику, но и патогенез, терапевтические подходы и реабилитацию. Книга анализирует сложные психопатологические механизмы этих расстройств, предлагая оригинальную психопатологическую модель и систему классификации, что, безусловно, будет полезно как для научных работников, так и для практикующих врачей.

Уделение большого внимания вопросам дифференциальной диагностики и обоснования терапии — важное достоинство работы, так как эти расстройства часто могут быть трудны для точного распознавания, и их лечение требует индивидуального подхода и внимательности. Также стоит отметить, что книга ориентирована не только на специалистов в области психиатрии, психотерапии, но и на врачей других специальностей, таких как кардиология, гастроэнтерология, терапия, неврология что подтверждает междисциплинарный характер проблемы соматизированных расстройств.

Предложение использовать монографию как учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов и слушателей последипломного образования подчеркивает ее значимость для образования новых специалистов и расширения знаний в области психосоматической медицины.

Annotation

The monograph in question is a profound study of the psychopathology and clinical taxonomy of somatogenic disorders. This is an important work that covers a wide range of issues, including not only diagnostics, but also pathogenesis, therapeutic approaches and rehabilitation. The book analyzes the complex psychopathological mechanisms of these disorders, offering an original psychopathological model and classification system, which will certainly be useful for both researchers and practicing doctors.

Paying great attention to the issues of differential diagnosis and justification of therapy is an important advantage of the work, since these disorders can often be difficult to accurately recognize, and their treatment requires an individual approach and attention. It is also worth noting that the book is aimed not only at specialists in psychiatry, psychotherapy, but also at doctors of other specialties, such as cardiology, gastroenterology, therapy and neurology, which confirms the interdisciplinary nature of the problem of somatized disorders. The proposal to use the monograph as a teaching aid for medical students and postgraduate students emphasizes its importance for the education of new specialists and the expansion of knowledge in the field of psychosomatic medicine.

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	6
Введение	7
ГЛАВА I. Проблемы психосоматической медицины на современном этапе	
1.1. Проблемы современной психосоматики.....	14
1.2. Последние достижения в области диагностики, лечения и профилактики психосоматических заболеваний.....	16
1.3 Психосоматические и соматопсихические соотношения	21
1.4. Проблемы интеграции медицинской помощи соматическим пациентам с психическими расстройствами.....	26
ГЛАВА II. Принципы диагностики и лечения психических расстройств в соматической сети.....	
2.1. Этиопатогенетическая оценка психических расстройств при соматической патологии	41
2.2. Клиническая структура психических расстройств у больных соматической клиники.....	56
2.3. Динамика психопатологических расстройств у больных соматической клиники.....	83
ГЛАВА III. Результаты оценки психической патологии по психометрическим шкалам	91
ГЛАВА IV. Принципы и менеджмент интегрированной медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами в учреждениях общесоматической сети.....	
4.1. Интегрированная психиатрическая помощь пациентам с общесоматической сети	114
4.2. Алгоритм диагностики и ведения психических расстройств в условиях общесоматической клиники.....	119

4.3. Алгоритм терапии психических расстройств в условиях общесоматической клиники.....	124
Заключение.....	128
Список литературы.....	133
Приложения	138

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БДС	- болезни дыхательной системы
БК	- болезни крови
БК-МС	- болезни костно-мышечной системы
БМС	- болезни мочеполовой системы
БНС	- болезни нервной системы
БОКД	- Бухарский областной кардиологический диспансер
БОММЦ	- Бухарский областной многопрофильный медицинский центр
БОП	- болезни органов пищеварения
БСК	- болезни системы кровообращения
БЭС	- болезни эндокринной системы
ВОЗ	- Всемирная Организация Здравоохранения
СВ	- семейный врач
ЖКТ	- желудочно-кишечный тракт
ЛОР	- оториноларингология
ЛПУ	- лечебно-профилактическое учреждение
ПНД	- психоневрологический диспансер
ПР	- психическое расстройство
ПСР	- психосоматическое расстройство
РУз	- Республика Узбекистан
СВ	- семейный врач
СП	- семейная поликлиника
ССС	- сердечно-сосудистая система
СР	- соматоформное расстройство
ТДР	- тревожно-депрессивное расстройство
ЦНС	- центральная нервная система

ВВЕДЕНИЕ

Психопатологические расстройства пограничного уровня, клинические проявления которых определяются жалобами и функциональными расстройствами со стороны соматической сферы занимают значительное место в структуре психической патологии (Либерман Ю.И., с соавт.,1990). Данное положение объясняется общей тенденцией к соматизации и редукции расстройств, при всех психических заболеваниях вследствие патоморфоза на клиническом уровне (Ковалев В.В.,1989; Ромасенко Л.В.,1993). Ученый контингент ПНД, составляет лишь часть от общего числа больных, нуждающихся в помощи психиатра, значительное их число наблюдается врачами интернистами (Положий Б.С.,1986). Так, примерно 20% больных, обращающихся к врачам общего профиля, страдают выраженными психическими расстройствами, 40% пограничными и лишь в половине случаев такая патология диагностируется (Sartorius N., et al.,1993).

По данным разных авторов от 20% до 84% пациентов общей медицинской сети предъявляют соматические жалобы, не имеющие органической основы (Смулевич А.Б. с соавт., 2011).

Психосоматическое и соматопсихическое соотношение — это область медицины, которая изучает взаимодействие психических и соматических (телесных) процессов в организме человека. Она основывается на понимании того, что психическое состояние, стресс, эмоции и психологические факторы могут влиять на развитие, течение и исход заболеваний тела.

На современном этапе психосоматическая медицина сталкивается с рядом проблем, которые требуют решения. Рассмотрим их более подробно.

1. Недооценка роли психосоматики в традиционной медицине. В традиционной медицинской практике до сих пор существует определенная настороженность и недооценка психосоматического подхода. Врачи, работающие в основном с физическими заболеваниями, могут не всегда

обращать внимание на психологические аспекты, которые могут оказывать влияние на здоровье пациента. Это ведет к недооценке психосоматических заболеваний и ограничивает комплексный подход к лечению.

2. Сложность диагностики психосоматических заболеваний. Психосоматические расстройства трудно диагностировать, поскольку их симптомы могут быть схожи с симптомами чисто соматических заболеваний. Например, головная боль, проблемы с желудочно-кишечным трактом или сердечно-сосудистые расстройства могут иметь как физическое, так и психологическое происхождение. Это затрудняет точную диагностику и требует от врачей высокой квалификации и комплексного подхода.

3. Нехватка междисциплинарного взаимодействия. Для эффективного лечения психосоматических заболеваний требуется тесное сотрудничество между врачами различных специализаций — терапевтами, психотерапевтами, психиатрами, неврологами и другими специалистами. Однако на практике междисциплинарное взаимодействие в медицинских учреждениях часто ограничено, что может препятствовать полному пониманию и лечению пациента.

4. Стресс и современное общество. Современное общество характеризуется высоким уровнем стресса, который может быть как источником психосоматических заболеваний, так и их усилителем. Постоянное напряжение, перегрузка на работе, семейные проблемы и другие факторы могут оказывать разрушительное влияние на психику человека, что, в свою очередь, вызывает или усугубляет физические заболевания.

5. Невозможность или нежелание пациента осознавать связь между психикой и телом. Не все пациенты готовы признать, что их телесные заболевания могут быть связаны с психоэмоциональным состоянием. Некоторые люди могут не осознавать или отрицать влияние стресса и эмоциональных проблем на здоровье, что затрудняет лечение. Это также может привести к недооценке психологических факторов, и пациент может быть

направлен исключительно к соматическому врачу, что может замедлить процесс выздоровления.

6. Нехватка научных данных и стандартов. Психосоматическая медицина все еще развивается, и существует дефицит научных исследований, которые могли бы создать четкие и универсальные стандарты диагностики и лечения психосоматических заболеваний. Хотя растет количество клинических наблюдений и публикаций, многие аспекты этой области остаются недостаточно изученными.

7. Разнообразие психосоматических расстройств. Психосоматические расстройства имеют широкий спектр проявлений, что делает лечение и диагностику сложными. Эти расстройства могут проявляться не только в виде физических заболеваний, но и в нарушениях поведения, нарушениях сна, расстройствах пищевого поведения и других психоэмоциональных проявлениях, что требует индивидуального подхода к каждому пациенту.

8. Влияние технологий на психосоматику. Современные технологии, такие как социальные сети, мобильные приложения, интернет-зависимость и другие, влияют на психоэмоциональное состояние человека. Избыточная информация, постоянная доступность и давление могут вызывать стресс и депрессию, что усугубляет психосоматические заболевания. В то же время новые технологии открывают возможности для диагностики и лечения, такие как телемедицина и психотерапия онлайн.

9. Роль психотерапии. Одним из решений проблемы психосоматических заболеваний является внедрение методов психотерапии и практик для снятия стресса и напряжения, таких как когнитивно-поведенческая терапия, медитация и йога. Эти методы помогают пациентам не только осознавать, но и работать с психологическими факторами, которые влияют на их физическое здоровье. Однако в условиях современного общества не всегда удается эффективно внедрить эти практики в повседневную жизнь.

Диагностика и лечение соматогенных психических расстройств (СПР) в соматической клинике представляет собой важную и сложную задачу, поскольку эти расстройства могут иметь разнообразные клинические проявления, которые иногда легко спутать с соматическими заболеваниями. СПР развиваются на фоне физических заболеваний и могут включать такие состояния, как депрессия, тревожные расстройства, соматоформные расстройства, психосоматические болезни и другие. Рассмотрим основные проблемы, с которыми сталкиваются специалисты в процессе диагностики и лечения этих расстройств:

1. Сложность диагностики. Перекрытие симптомов: соматогенные психические расстройства часто проявляются физическими симптомами (например, боли, расстройства пищеварения, нарушения сна), которые могут быть ошибочно интерпретированы как признаки соматической болезни. Это затрудняет диагностику, поскольку клиницисты могут сосредоточиться исключительно на лечении физических проявлений без учета возможных психогенных причин.
 - Отсутствие четких диагностических критериев: для диагностики СПР часто отсутствуют специфичные биомаркеры или объективные тесты. Это требует от врача высокого уровня клинического опыта, чтобы распознать психогенный компонент заболевания.
 - Влияние соматических заболеваний на психику: хронические или тяжелые соматические заболевания могут быть причиной развития психических расстройств (например, депрессии при длительном течении заболевания), что усложняет их разграничение и требует комплексного подхода.

2. Нехватка междисциплинарного подхода. Недостаточная координация между специалистами: часто в соматической клинике специалисты (например, терапевты, хирурги, кардиологи) сосредоточены на лечении соматических заболеваний и могут не учитывать психическую составляющую. Психиатры и

психологи, в свою очередь, могут не быть достаточно вовлечены в лечение соматических заболеваний.

- Необходимость психотерапевтического вмешательства: лечение соматогенных расстройств требует участия не только медикаментозной терапии, но и психотерапевтических методов, таких как когнитивно-поведенческая терапия, релаксационные техники и другие. Без этого комплексного подхода лечение может быть неэффективным.

3. Лечение соматогенных психических расстройств. Психофармакологическая терапия: часто используются антидепрессанты, анксиолитики или нейролептики, однако выбор подходящих препаратов может быть затруднен из-за возможных побочных эффектов, взаимодействий с другими лекарствами, принимаемыми пациентом для лечения соматических заболеваний.

- Недооценка психотерапевтического вмешательства: в соматической клинике внимание часто уделяется только медикаментозному лечению, а психотерапевтическое вмешательство может быть недооценено. Однако психотерапия, особенно когнитивно-поведенческая терапия, является эффективным методом в лечении соматогенных расстройств.
- Необходимость комплексного подхода: важно учитывать, что лечение таких расстройств требует комплексного подхода, включающего как лечение основного соматического заболевания, так и психотерапевтическое и психофармакологическое вмешательство.

4. Проблемы взаимодействия с пациентами. Стереотипы и стигматизация: Пациенты с соматогенными психическими расстройствами часто сталкиваются с недооценкой их проблем со стороны врачей, поскольку многие из них считают, что психические расстройства не могут быть связаны с физическим состоянием. Это приводит к игнорированию психического компонента заболевания и неадекватному лечению.

- Отказ от психиатрической помощи: Многие пациенты, страдающие соматогенными психическими расстройствами, могут не признать наличие психической компоненты и не согласиться на психотерапевтическое или психофармакологическое лечение. Это затрудняет полноценное лечение.
- Психологическая нагрузка на пациентов: хронические заболевания часто приводят к ухудшению качества жизни пациентов, что может способствовать развитию депрессии и других психических расстройств. Сложность в лечении этих заболеваний состоит в том, что пациенты могут воспринимать любые рекомендации в психотерапии как неважные, предпочитая искать физические причины своего состояния.

5. Трудности в обучении медицинского персонала. Необходимость повышения осведомленности: важно повышать осведомленность врачей соматических специальностей о возможности развития психогенных расстройств у пациентов. Это помогает предотвратить неправильную диагностику и улучшить результаты лечения.

- Недостаток подготовки в области психосоматической медицины: врачам соматических специальностей часто не хватает знаний в области психосоматической медицины, что снижает эффективность их работы при наличии психогенных факторов в соматических заболеваниях.

6. Проблемы в организации здравоохранения. Необходимость создания мультидисциплинарных команд: для эффективной диагностики и лечения СПР необходимо создание мультидисциплинарных команд, которые включают психиатров, терапевтов, психологов и других специалистов. Это позволяет обеспечить комплексный подход и повысить качество лечения.

- Отсутствие стандартов и протоколов: в некоторых соматических клиниках может отсутствовать четкое руководство по диагностике и лечению соматогенных психических расстройств, что приводит к разнообразию подходов и возможным ошибкам в лечении.

Проблемы диагностики и лечения соматогенных психических расстройств в соматической клинике связаны с недостаточной осведомленностью специалистов о психосоматических аспектах заболеваний, сложностью диагностических процедур и необходимостью комплексного лечения. Улучшение междисциплинарного взаимодействия, повышение квалификации медицинского персонала и внедрение стандартов лечения могут существенно улучшить качество помощи пациентам с такими расстройствами.

ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

По мнению большинства авторов, диагностические признаки соматоформных, диссоциативных, депрессивных и тревожных расстройств существенно перекрываются, что оказывает влияние на диагностику, особенно в первичной сети (Вертоградова О.П., 1998; Oxman T.E., et al., 1983; Kirmayer L.J., et al., 1993; Rogers M.P., et al., 1996). Так, распознавание депрессии и тревоги врачами общего профиля при наличии соматоформных симптомов снижается с 77% до 22% (Kirmayer L.J., et al., 1993), причем наибольшие трудности вызывает дифференциация депрессии и соматоформного расстройства (Oxman T.E., et al., 1983). В целом, по данным разных авторов, хронические соматоформные симптомы сочетаются с клинически завершенными тревожными расстройствами в 43% - 54% наблюдений, депрессия в 30% - 86%, психотические расстройства в 20% (Smith G.R., 1992; Fink P., 1995; Rief W., et al., 1995). При этом некоторые авторы указывают, что истинная распространенность таких сочетанных состояний может быть даже выше расчетной ([Mergl R.](#), et al., 2007).

Проблемы диагностики психической патологии, когда имеются признаки, характерные для нескольких диагнозов, на современном этапе решается путем выделения не альтернативных коморбидных расстройств (Boyd J.H., et al., 1984). Такой подход оправдан поскольку, учитывая существующую недостаточную четкость диагностики, более 20% случаев психической патологии не отвечает критериям одного единственного заболевания (Cloninger C.R., et al., 1986.).

Как уже отмечено, среди расстройств пограничного спектра наиболее часто коморбидность обнаруживают соматоформные, диссоциативные, депрессивные и тревожные симптомы (Hiller W., et al., 1995; Reif W., 1995; Lobo A., 1996; Gureje O. et al., 1997; Maier W., et al., 1999). Свидетельство тому - дискуссия в литературе относительно валидности и границ соматоформных

расстройств и коморбидной патологии (Kuch K., et al., 1991; Barsky A.J., et al., 1992; Noyes R., et al., 1993).

По мнению Тиганова А.С. (1992), неразрешимость для современной психиатрии многих вопросов, касающихся природы соматоформных расстройств, определяет невозможность их окончательной дифференциации. Поэтому систематика МКБ-10, имеет скорее феноменологические границы, чем клинико-патогенетические (Краснов В.Н., 1998; 2011). Существует явный дефицит знаний о природе псевдосоматических расстройств, как проявлений психического заболевания, которые в современных классификациях (МКБ10; DSM-IV), собственно, и получили определение «соматоформные». Имеющиеся данные позволяют лишь констатировать некоторое значение в их развитии пола, возраста, уровня образования и культуральных особенностей, а также частоту предшествующих заболеванию стрессирующих воздействий (Mc Leod D.R., et al., 1986; De Gucht V., et al., 2002).

В теоретическом плане, ещё с начала 20 века, обсуждается процесс, способствующий формированию соматоформных симптомов – соматизация (Steckel W., 1921). В современной литературе выделяется по крайней мере три её патогенетических варианта – аффективная (депрессивная, тревожная), невротическая конверсионная и идеаторная, ипохондрическая. (Краснов В.Н., 1998; Kirmayer L.J., et al., 1991). В рамках нозологической концепции предлагается рассматривать соматизацию как “первичное” расстройство, “ассоциированное” - с шизофренией, аффективным или тревожным расстройством и “маскирующее” - маскированная депрессия (Escobar J.I. et al., 1987).

Крайне запутанной остается проблема психопатологической квалификации расстройств данного круга. Они традиционно рассматривались, как ипохондрические и сенестопатические нарушения при различных нозологических формах, чаще аффективных расстройствах, малопрогредиентной шизофрении, психогенных заболеваниях (Десятников

В.Ф., 1975; Ануфриев А.К., 1978; Бобров А.С., 1979; Гутенева Т.С., 1981; Смулевич А.Б., 1987; Лебедева М.О., 1992; Семке Г.Я., с соавт., 1991; Дубницкая З.Б., 1992; Смулевич А.Б. с соавт., 1992; Мелик – Пашаян М.А., с соавт., 1993; Жариков Н.М., с соавт., 1996). При этом, как одна из основных семиологических категорий, до недавнего времени, выделялись сенестопатии (Dupre E., Camus P., 1907). Отечественные и европейские исследователи описывали различные варианты сенестопатий в клинике эндогенных психозов, невротических расстройств, органической нервно-психической патологии (Эглитис И.Р., 1975; Ануфриев А.К., 1979; Бобров А.С., 1979; Гутенева Т.С., 1979; Басов А.М., 1981; Дементьева Н.Ф., с соавт., 1982; Жмурков В.А., 1985; Huber G., 1957). В МКБ-10, термин «сенестопатии» не используется вообще. Между тем, клинические проявления соматизированного расстройства, отечественными психиатрами обычно трактовались как сенестоипохондрический синдром различного генеза.

§1.1. Проблемы современной психосоматики

Существуют и определенные трудности в верификации психопатологической природы соматоформных нарушений. Традиционно, их анализ осуществляется в рамках трех психопатологических категорий – ипохондрии, истерии и депрессии. Однако, как справедливо отмечают Райзман Е.М., с соавт. (2003), «классические» симптомы типа вычурных сенестопатий, «кома в горле» или витально-депрессивных ощущений не исчерпывают всего многообразия телесных сенсаций. Во многих случаях они имеют аморфные характеристики, представляя собой, по существу, континuum от явно необычных до феноменологически близких болевым ощущениям. Авторы полагают, что понимание телесных симптомов невозможно лишь в пределах психопатологической квалификации. Это связано с невозможностью их прямой конверсии в психологическую реальность в связи с ограниченностью понятийных и языковых возможностей для интеграции телесного и психического опыта. В связи с этим предлагается концепция, постулирующая

невозможность представить психическую жизнь вне чувственного телесного контекста – «субъективного телесного опыта» (Ильин И., 1996, цит. по Райзман Е.М., с соавт., 2003). Для интегративного описания патологических телесных сенсаций в рамках данной концепции предлагается многоосевая модель с выделением феноменологической, психодинамической, биографической (исторической), когнитивной и социальной осей.

Таким образом, наличие в клинической картине соматоформных симптомов может наблюдаться в рамках разнообразных в генетическом отношении психопатологических расстройств – соматоформных, диссоциативных, тревожных, депрессивных и даже шизофрении на этапе пророма, при вялом течении процесса, в структуре ремиссии. Существуют объективные трудности разграничения данного рода состояний, анализа их патогенетических механизмов, верификации коморбидных связей. Современные классификационные системы (МКБ-10, DSM-IV), являясь атеоретическими по своей сути, оставляют без внимания многие принципиальные вопросы этиологии, патогенеза, синдромокинеза, динамики, прогноза и, следовательно, традиционной нозографии пограничных психопатологических расстройств, с преобладанием соматоформных симптомов. Устоявшиеся теоретические представления о природе данных психопатологических состояний, которые восходят к концептуальным положениям учения о таких классических психопатологических категориях, как ипохондрия, истерия, меланхолия – с трудом адаптируются и во многом не согласуются с современными классификациями. Данная книга является лишь робкой попыткой разобраться в некоторых аспектах столь сложной проблемы.

В 2016 г. европейские государства-члены приняли Европейскую рамочную основу для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. В Рамочной основе «интегрированное предоставление услуг здравоохранения» определяется как подход к укреплению систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей,

путем содействия комплексному оказанию качественных услуг, направленных на удовлетворение всех потребностей населения и отдельных граждан на протяжении всей жизни, силами координированных многопрофильных бригад медицинских работников во всех условиях и на всех уровнях оказания помощи. Рамочная основа предусматривает действия в четырех сферах, направленные на обеспечение интегрированной помощи: группы населения и отдельные лица; процессы предоставления услуг; факторы, содействующие работе системы; управление изменениями. Интегрированное оказание помощи важно не только для пациентов. Интегрированная помощь повышает уровень удовлетворенности пациентов, улучшает соблюдение ими режима назначенного лечения и конечные показатели здоровья; имеются убедительные фактические данные о том, что интегрированная помощь затратоэффективна и окупает себя в условиях ее применения на популяционном уровне. Все эти факторы являются прочным обоснованием для соответствующей структурной реформы. В течение последних двух десятилетий был предложен ряд моделей предоставления интегрированной психиатрической и соматической медицинской помощи. Одной из моделей является организация совместных амбулаторных учреждений, в которых работают семейный врач и специалист. Другой моделью является локализация различных служб в одном месте. Наиболее недавняя модель, которая лучше всего изучена, – модель так называемой коллaborативной помощи, продемонстрировавшая стабильно благоприятные результаты для пациентов. Существует разумный консенсус в отношении характеристик такого типа помощи, и ее эффективность являлась предметом ряда систематических обзоров. Ключевые характеристики коллаборативной помощи следующие: многопрофильный подход, структурированное управление, плановое последующее наблюдение за пациентами и повышенный уровень межпрофессиональной коммуникации. Систематический обзор исследований по коллаборативной помощи пациентам с депрессией показал, что общие результаты и отзывы пациентов были лучше, чем при обычном предоставлении медицинской помощи. Сочетание

коллaborативной помощи с психологическим вмешательством (с назначением антидепрессантов или без них) было более эффективным, чем одна только коллaborативная помощь с назначением препаратов. Систематический обзор коллaborативной помощи лицам с тяжелыми психическими расстройствами носил ограниченный характер, поскольку было найдено лишь одно исследование применения этого метода при биполярном расстройстве и не обнаружено ни одного для пациентов с шизофренией. Таким образом, не удалось сделать каких-либо надежных выводов. В модели «консультативной связи» (*consultation liaison*) врач первичной медико-санитарной помощи сохраняет ответственность за пациента, а специалист по психическому здоровью предоставляет консультативную поддержку. В одном обзоре показано, что консультативная связь менее эффективна, чем коллaborативная помощь, однако вследствие низкого качества этих исследований трудно было сделать на их основании надежные выводы. Семейный врач – это «единственный клиницист, который действует на девяти уровнях оказания помощи: профилактика, выявление заболевания на латентной стадии, ранняя диагностика, диагноз выраженного нарушения здоровья, лечение болезни, контроль осложнений, реабилитация, паллиативная помощь и консультирование». В идеале преобладающую часть нарушений здоровья необходимо устранять на уровне первичной помощи. Поэтому интеграция охраны психического и соматического здоровья должна занимать центральное место в службах первичной помощи. Врачам первого звена необходимы знания и навыки для выявления и контроля наиболее распространенных психических расстройств, таких как тревога и депрессия, которые часто возникают среди пациентов с ССЗ, онкологическими заболеваниями, диабетом и респираторными расстройствами. Лечебная помощь должна включать доступ к специалистам, которые проводят психологическую терапию и обладают знаниями и навыками для назначения антидепрессантов при необходимости. Если от врачей первичной помощи ожидается способность выявлять психические расстройства среди лиц с этими основными

заболеваниями, они должны обладать компетенциями для контроля таких расстройств и иметь доступ к эффективным научно обоснованным вмешательствам. Медицинские сестры, которые на уровне первичных служб оказывают помощь пациентам с одним или более соматическим или психическим расстройством, играют центральную роль во внедрении интегрированного подхода к оказанию первичной помощи. Они могут улучшать повседневную практику контроля путем совместной работы с врачами первичного звена. В многопрофильных больницах важно обеспечивать возможность для предоставления психиатрической помощи. Врачи и медицинские сестры, работающие в больницах, как правило, обладают знаниями и навыками для выявления лиц с психическими расстройствами, однако лечение в основном проводится специалистами – врачами и медицинскими сестрами – в области психиатрии. Рекомендуется в каждой больнице иметь работников психиатрического профиля для предоставления специализированных консультаций по диагнозу и лечению. Врачи и медицинские сестры, работающие в больницах, должны быть информированы о связи между тяжелыми психическими расстройствами и основными неинфекционными заболеваниями (НИЗ). Те работники, которые специализируются в контроле конкретных НИЗ, например диабета или респираторных заболеваний, должны быть в состоянии выявлять распространенные психические расстройства, связанные с данными типами НИЗ, и знать, как и когда направлять таких пациентов к клиницистам, обладающим навыками для контроля данного состояния (например, в бригаду первичной помощи или к специалисту психиатрического профиля). Хотя в задачи специалистов по охране психического здоровья не входит лечение основных НИЗ, они могут помочь в обеспечении доступности таких услуг и содействовать информированности о них пациентов. Медицинские работники, задействованные в области охраны психического здоровья (психиатры, психологи, психиатрические медицинские сестры и другие специалисты), должны обладать знаниями и навыками для скрининга на наличие

соматических расстройств, таких как диабет и сердечно-сосудистые нарушения, среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Равным образом они должны быть в состоянии направить пациента с психическим расстройством в надлежащие местные службы, например в программу оказания помощи в отказе от курения или по укреплению здоровья.

§1.2. Последние достижения в области диагностики, лечения и профилактики психосоматических заболеваний

Специалисты в области охраны психического здоровья также должны уметь выявлять пациентов, которые демонстрируют ухудшение соматического состояния. НИЗ, такие как диабет, инфаркт миокарда или инсульт, могут приводить к развитию жизнеугрожающих острых состояний, однако такие состояния нередко труднее обнаружить, и они могут требовать более интенсивных вмешательств у пациентов, чье состояние уже осложнено наличием психического расстройства и побочными эффектами препаратов, которые они принимают, в связи с этим психическим расстройством. Поэтому все медицинские работники, связанные с охраной психического здоровья, должны быть в состоянии выявлять пациентов, чье соматическое здоровье внезапно ухудшается, и знать, какие меры необходимо принимать. Местные условия диктуют то, каким образом такие консультативные службы и оказание помощи обеспечиваются, например путем включения в штат врачей общего профиля или врачей, проявляющих особый интерес к гериатрии, для обзора и консультирования по вопросам оказания помощи при хронических психических расстройствах. Пациентам необходимо оказывать наиболее полноценную помощь. Так, пациент, находящийся в психиатрической больнице, должен иметь доступ к услугам соматической медицинской помощи (консультирующие врачи терапевтических специальностей и др.), а пациент в соматическом отделении больницы должен иметь доступ к психиатрической помощи (консультирующие психиатры), когда клинические обстоятельства обуславливают показания к такой помощи. Формы доступа зависят от местных

условий. Речь может идти о специальных штатных специалистах, как это рекомендует Королевская коллегия психиатров в Соединенном Королевстве, или эти специалисты могут находиться в другом учреждении. Вне зависимости от используемой модели результаты должны быть одинаковыми: оказание помощи как по соматическому, так и по психическому здоровью, доступное для каждого пациента. Во многих странах имеются научно обоснованные руководства по оказанию помощи при широком спектре различных НИЗ. Руководства – это эффективные инструменты для клиницистов, планирующих наиболее современное лечение на основе новейших опубликованных научных данных. Они обеспечивают последовательность в лечении одного и того же состояния и информируют пациентов об имеющихся видах лечения.

Стандарты оказания помощи в руководствах обеспечивают предоставление услуг на основе наилучших имеющихся фактических данных. В настоящем докладе, однако, показано, что имеется лишь незначительное число руководств, которые относятся к лицам с психическими расстройствами (распространенными или тяжелыми), имеющим при этом также неинфекционные заболевания. Особые потребности этих лиц необходимо учитывать при планировании, организации и управлении предоставлением услуг, что поможет заполнить пробел, имеющийся в большинстве руководств, и будет способствовать доступу к высококачественной помощи. Оказание помощи осложняется тем, что лечение одного состояния может ухудшать другие аспекты помощи. Так, например, повышение дозы антипсихотического препарата для купирования ухудшающегося психического состояния может также ухудшить состояние диабета или ССЗ у того же пациента. Соответственно, в руководствах по оказанию помощи при НИЗ необходимо учитывать потребности лиц с тяжелыми психическими расстройствами и связи между распространенными психическими расстройствами и основными НИЗ.

Из обзора этих фактических данных вытекает ряд выводов. Пациентов с диабетом следует регулярно обследовать на предмет выявления возможного

развития депрессии. Депрессия и тревога являются прогностическими факторами развития ССЗ и ухудшают их исходы. При этом нет фактических доказательств того, что они могут улучшаться в условиях проводимого скрининга на депрессию или тревогу или лечение этих состояний. Так, например, скрининг на депрессию и лечение депрессии не позволяют предотвратить инфаркт миокарда. Каждая третья из всех выкуренных сигарет выкуривается лицом с психическим расстройством. Курение – это основная причина ХОБЛ и обострений бронхиальной астмы. Поставщики медицинских услуг должны стимулировать отказ от курения и проводить надлежащие вмешательства в отношении как пациентов, так и персонала. Было показано, что легочная реабилитация является эффективным пакетом услуг интегрированной помощи для лиц с ХОБЛ. Когнитивная поведенческая терапия также позволяет эффективно контролировать психологические расстройства среди пациентов с респираторными нарушениями и улучшать качество их жизни. Лишь части пациентов, получающих паллиативную помощь и которые также страдают от тревоги или депрессии, проводится лечение по поводу этих состояний. Имеются научно обоснованные подходы к выявлению лиц, получающих паллиативную помощь, которым показано лечение депрессии и тревоги. Вмешательства на популяционном уровне и наличие среды и условий для поддержания и укрепления здоровья могут способствовать переходу к более здоровому образу жизни. У пациентов с тяжелыми психическими расстройствами чаще встречается диабет, и он хуже поддается лечению. Оказание помощи в таких случаях требует интеграции услуг силами эндокринологов и психиатров. Роль антипсихотических препаратов при диабете требует дальнейших исследований и оценки. Выявление и контроль изменяемых факторов риска ССЗ среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами снижает риск преждевременной смертности.

Дискrimинация в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами ограничивает их доступ к услугам и повышает риск преждевременной смерти и инвалидности от ССЗ. Поэтому устранение

дискриминации является приоритетом. Риск каждого пациента с тяжелым психическим расстройством в отношении сердечно-сосудистых нарушений следует ежегодно оценивать с помощью одного из принятых алгоритмов оценки риска. Поставщики услуг в области охраны психического здоровья должны рассматривать возможность запрета на курение в их учреждениях как для пациентов, так и для персонала. Лица с тяжелыми психическими расстройствами с меньшей вероятностью обращаются за медицинской помощью. Поэтому, когда у них возникает злокачественная опухоль, они чаще обращаются к врачу уже на более развернутых стадиях заболевания, вследствие чего снижается уровень их выживаемости. Доступ этой группы к медицинской помощи и устранение дискриминации должны занимать приоритетное место в работе организаторов и координаторов медицинской помощи. Вмешательства на популяционном уровне и наличие среды и условий для поддержания и укрепления здоровья могут способствовать переходу к более здоровому образу жизни. Значение этих результатов для планирования, организации, управления и совершенствования медицинской помощи очевидно. Системы здравоохранения должны развиваться в направлении, более ориентированном на пациента, с использованием интегрированной модели помощи, которая продемонстрировала свою эффективность в достижении улучшенных показателей здоровья. Обеспечивая интегрированное предоставление услуг здравоохранения, медицинские работники должны выходить за рамки конкретных болезней, стремиться к удовлетворению как соматических, так и психических потребностей здоровья пациентов. Поэтому во всех учреждениях здравоохранения должно проводиться обучение персонала методам выявления, контроля и последующего наблюдения за коморбидными хроническими состояниями. Потребности в отношении времени, ресурсов и ключевые содействующие факторы в реализации преобразований в значительной степени различаются между странами в зависимости от их культурного контекста и ресурсов. Можно ожидать, что любые систематические усилия для достижения более

тесной интеграции между службами психического и физического здоровья приведут к ряду полезных эффектов, включая повышение уровня удовлетворенности пациентов, которым оказывают комплексную помощь как «индивидуумам в целом», а не только узкоспециальную в соответствии с их состоянием; улучшение клинических результатов; повышение эффективности и более экономное расходование ресурсов; устранение дублирования диагностических служб и проведение своевременных вмешательств (WHO, 2022).

Растущая распространенность коморбидности между психическими расстройствами и основными НИЗ в Европейском регионе находит все более полное отражение в стратегических документах ВОЗ, утвержденных европейскими государствами-членами, в частности таких, как Европейский план действий по охране психического здоровья, 2013–2020 гг. (3) и План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ. В этих планах охарактеризована проблема коморбидности и предложены соответствующие меры. Основная задача теперь – это действия. Настоящий доклад призван внести вклад в углубление понимания проблемы коморбидности и предоставить фактические данные, которые могут быть использованы руководителями, определяющими политику, в целях продвижения более комплексного подхода к оказанию помощи пациентам с коморбидными состояниями. Доклад содержит рекомендацию о подготовке пакетов услуг клинической помощи, и в нем предложены определенные меры по реструктуризации оказания помощи в целях представления таких пакетов. Доклад может также служить в качестве справочного материала для повышения квалификации врачей по вопросам оказания помощи пациентам с коморбидными состояниями, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи (WHO, 2022).

§1.3 Психосоматические и соматопсихические соотношения

Бремя психических расстройств и основные неинфекционные заболевания с учетом их распространенности и бремени связанной с ними заболеваемости и инвалидности являются одной из самых больших проблем общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Такие нарушения, как депрессия, тревожные расстройства и шизофрения, являются во многих странах главной причиной нетрудоспособности и досрочного прекращения трудовой деятельности и представляют собой тяжелое бремя для экономики, а потому требуют принятия мер стратегического характера. НИЗ, главным образом ССЗ, онкологические, хронические респираторные заболевания и диабет, являются наиболее распространенными причинами смерти во всем мире и несут с собой наиболее тяжелое бремя для Европейского региона. Две группы болезней, ССЗ и рак, являются причиной почти трех четвертей всех случаев смерти в Регионе; ССЗ, рак и психические расстройства в совокупности определяют более половины общего бремени болезней (измеренного числом утраченных лет здоровой жизни – DALY). Однако в этих самих по себе тревожных статистических данных не учитывается важность взаимодействий между индивидуальными заболеваниями или патологическими состояниями и их глубинными факторами риска. Психические расстройства влияют на НИЗ и, в свою очередь, находятся под их влиянием: они могут выступать в качестве как предшественников, так и последствий НИЗ, таких как ССЗ, диабет или рак. Факторы риска таких заболеваний – малоподвижный образ жизни и злоупотребление алкоголем – одновременно являются факторами риска психических расстройств, что обуславливает тесную связь обеих групп нарушений здоровья. Тем не менее такие взаимодействия и факторы коморбидности систематическим образом не распознаются. Преждевременную смертность и инвалидность можно снизить, если обратить больше внимания на проблему коморбидности. Политическая приверженность делу сокращения бремени психических расстройств и основных неинфекционных заболеваний. В ряде стратегических документов

ВОЗ, утвержденных европейскими государствами-членами, признается проблема бремени психических расстройств и основных неинфекционных заболеваний, а также связей, которые существуют между соматическим и психическим здоровьем, и важность решения этих задач. В стратегических документах ВОЗ констатируется необходимость адаптировать услуги здравоохранения к новым потребностям. В XXI веке это означает, что вопросы НИЗ, хронических состояний и мультиморбидности должны быть поставлены во главу повестки дня политики в области здравоохранения. Адаптация и укрепление компетенций медицинских работников имеют важнейшее значение для движения вперед, развития новых подходов к работе, обучению, планированию, дислокации и управлению медицинскими кадрами. В стратегических документах также подчеркивается важность использования эффективных, безопасных и научно обоснованных клинических вмешательств. Наличие надлежащих клинических руководств поможет медицинским работникам в этом отношении, и те наилучшие практические подходы, которые в них описаны, представляют ценность для клиницистов. При составлении руководств необходимо учитывать национальные различия в подходах к заболеваниям и инвалидности и реагировать на потребности в обучении персонала, оказывающего помощь как при психических, так и при соматических нарушениях. Настоящий доклад был составлен в качестве технического справочного документа как дополнение к двум основным планам действия Европейского региона ВОЗ и в качестве технического брифинга для Европейского плана действий по психическому здоровью, в частности в контексте его стратегических задач: «Люди имеют право на безопасное и эффективное лечение при уважительном к ним отношении» — и «Системы здравоохранения предоставляют всем людям качественную общемедицинскую и психиатрическую помощь». Доклад также актуален для осуществления Европейского плана действий по профилактике и борьбе с НИЗ, содержание которого на протяжении всего документа пересекается с положениями Плана действий по психическому здоровью, особенно в части таких приоритетных

вмешательств, как «поддержка физически активного образа жизни и видов передвижения», «оценка и сокращение кардиометаболического риска», «раннее выявление и эффективное лечение основных НИЗ», а также поддерживающих вмешательств: «защита психического здоровья» и «укрепление здоровья в различных условиях социальной среды». В докладе рассмотрены взаимосвязи между психическим и соматическим здоровьем, в частности потребности взрослых людей работоспособного возраста с психическими расстройствами, такими как распространенные психические нарушения (депрессия, тревога), и с более тяжелыми состояниями, такими как шизофрения и биполярное аффективное расстройство. Он также охватывает потребности пациентов с НИЗ, в частности с такими, как ССЗ (ишемическая болезнь сердца, инсульт), рак, хронические респираторные заболевания и диабет. В соответствии с глобальным, а также региональным планом действий по психическому здоровью термин «психическое расстройство» используется на протяжении всего доклада для обозначения распознаваемого нарушения, определяемого по действующим системам классификации болезней. В литературе также нередко используется термин «нарушение психического здоровья». Не рассматриваются потребности в отношении психического здоровья применительно к детям, молодежи или пожилым людям с деменцией (WHO, 2022).

Проведен обзор клинических данных, проиллюстрированный примерами из клинической практики, где показаны сочетанные проявления психического и соматического незддоровья у конкретных пациентов. При этом сформулировано несколько положений. Во-первых, психическое и соматическое здоровье тесно взаимосвязаны. Эту связь нередко плохо понимают. Более того, эта причинно-следственная связь носит двунаправленный характер: люди с психическими расстройствами в большей степени подвержены нарушениям соматического здоровья, и наоборот. Во-вторых, благотворное влияние на людей оказывает отношение к ним как к целостным индивидуумам, без искусственного вычленения медицинских и

бюрократических аспектов, обусловленного необходимостью приспособления к организационной структуре крупных медицинских учреждений. Настоящий доклад предназначен для специалистов в области общественного здравоохранения, клиницистов и других работников здравоохранения — тех, кто имеет дело как с проблемами психического здоровья, так и с соматическими нарушениями. Авторы ряда систематических обзоров и метаанализов пришли к выводу о том, что депрессия является прогностическим фактором ишемической болезни сердца и ухудшает ее прогноз. Депрессия повышает риск ишемической болезни сердца в 1,6–1,9 раза по сравнению с общим населением и в 2,4 раза повышает риск неблагоприятного исхода. В двух метаанализах было найдено, что тревожные расстройства являются независимым фактором риска ишемической болезни сердца, а также осложнений после инфаркта миокарда. Аналогичным образом было показано, что депрессия повышает риск ишемической болезни сердца в 1,3 раза и риск неблагоприятного исхода в 1,7 раза. Причины и природа связей между депрессией, тревогой и ССЗ были изучены на ряде моделей. Некоторые данные свидетельствуют в пользу предположения о том, что депрессия — это воспалительное состояние, которое может отвечать за развитие атеросклероза среди лиц с депрессией. В другом исследовании представлены некоторые аргументы в пользу иммунологической природы связей между депрессией и ССЗ, которые могут объяснять общие воспалительные процессы при этих двух состояниях. В то время как был предложен ряд теорий, нет единого мнения относительно природы тесных связей между депрессией и ССЗ. Среди других предложенных теорий — возможное кардиотокическое действие антидепрессантов, избыточное курение среди лиц с распространенными психическими расстройствами и тот факт, что пациенты с депрессией в меньшей степени соблюдают правила профилактики сердечных расстройств и назначенный режим лечения. Тем не менее даже при учете других искажающих факторов все еще сохраняется явная связь между распространенными психическими расстройствами и ССЗ. Обзор

исследований о значении проведения скрининга на предмет депрессии среди лиц с сердечными расстройствами показал, что лица с депрессивными расстройствами хорошо реагируют на лечение антидепрессантами либо на меры когнитивной поведенческой терапии (стандартные вмешательства при депрессии), но исходы в отношении сердечно-сосудистых расстройств не улучшаются. Стандартное лечение депрессии эффективно и безопасно при контроле депрессии среди лиц с ССЗ. Дефицит фактических данных о том, что лечение депрессии или тревоги улучшает кардиологические исходы, не должен служить препятствием для назначения надлежащего научно обоснованного лечения распространенных психических расстройств. Экономическое значение коморбидности между распространенными психическими расстройствами и ССЗ можно определить посредством оценки стоимости услуг здравоохранения или уровня их использования. Депрессия коррелирует с повышенной частотой повторной госпитализации пациентов с ССЗ, и частота случаев сердечной недостаточности среди пациентов с депрессией в два-три раза выше, чем среди таких же пациентов без депрессии. Данные по стоимости услуг здравоохранения можно получить от ряда страховых компаний США. В одном из исследований было показано, что на пациентов с ишемической болезнью сердца или застойной сердечной недостаточностью приходится в два раза больше расходов на медицинскую помощь (исключая лечение психических расстройств и соответствующих препаратов) в тех случаях, когда у них также имеется депрессия. Дополнительные расходы объясняются менее благоприятными исходами, более частым посещением амбулаторных учреждений, 12 более длительными и более частыми госпитализациями и большим количеством лекарственных назначений для лечения сердечно-сосудистых расстройств (WHO, 2022).

Взаимосвязь между ССЗ и тяжелыми психическими расстройствами носит особенно сложный характер. Лица с тяжелыми психическими расстройствами умирают на 15–20 лет раньше, чем те, у кого их нет, и наиболее частой причиной смерти являются ССЗ. Однако трудно разграничить

составляющие, которые влияют на эти неблагоприятные клинические исходы. Важными элементами являются изменяемые факторы сердечно-сосудистого риска, прием антипсихотических препаратов и социальные детерминанты, несмотря на то что относительный вклад каждого из этих факторов в повышенную смертность от сердечно-сосудистых заболеваний трудно количественно подсчитать. Имеется ряд хорошо известных факторов риска ССЗ у лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Это главным образом повышенная масса тела, большая вероятность курения, наличие диабета и дислипидемии. Другие факторы риска, которые необходимо учитывать в данной группе пациентов, – это эректильная дисфункция и гиперпролактинемия, которая носит вторичный характер при антипсихотической фармакотерапии, а также хроническое поражение почек как побочное действие литиумной профилактики. Эти независимые факторы риска ССЗ являются следствием лечения, назначаемого по поводу психоза, что может значительно повышать сердечно-сосудистый риск. Проведенное в Соединенном Королевстве исследование относительно приемлемости скрининга на сердечно-сосудистый риск среди лиц с психозами, проживающими в домашних условиях, показало, что «заинтересованность в оценке риска была выше, чем мы до этого предполагали». Уровень участия в этом исследовании был такой же, как и в других исследованиях на уровне местных сообществ. Это исследование, а также еще одно показывают, что контакт со службами первичной медико-санитарной помощи дает возможность для оценки сердечно-сосудистого риска и проведения надлежащих научно обоснованных вмешательств. Сердечно-сосудистый риск можно рассчитать по алгоритмам прогнозирования риска на индивидуальном уровне в отношении инфаркта миокарда или инсульта и/или летального исхода от того или иного состояния (в зависимости от используемой методики) в последующие десять лет. Это важно, поскольку у многих людей наблюдается незначительный рост ряда факторов риска, которые в своем сочетании могут обуславливать в результате неожиданно высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

Ценность таких прогнозов заключается в том, чтобы помочь в информировании о степени риска, так чтобы пациенты могли получить совет (и если необходимо – лечение) в соответствии с их уровнем риска. Многие инструменты прогнозирования сердечно-сосудистого риска используются на международном уровне, и некоторые страны разработали свои собственные методики. Они различаются в том, как подсчитывается риск, какие именно факторы риска включены и что именно прогнозируется. Так, например, разработанные ВОЗ карты прогнозирования риска позволяют оценить десятилетний риск летального или нелетального серьезного сердечно-сосудистого события (инфаркт миокарда или инсульт) в зависимости от возраста, пола, уровня артериального давления, наличия или отсутствия курения, общего содержания холестерина в крови и наличия или отсутствия сахарного диабета. Европейское кардиологическое общество дает алгоритм оценки риска (SCORE), который прогнозирует риск летальных событий только в зависимости от возраста, пола, артериального давления, наличия/отсутствия курения и содержания общего холестерина в крови. В Соединенном Королевстве используется прогностический инструмент под названием QRISK2, который также позволяет выявлять неравенства в уровнях оказания помощи пациентам с ишемической болезнью сердца и тяжелыми психическими расстройствами. Эта шкала была использована при обследовании пациентов трех режимных судебно-психиатрических больниц в Соединенном Королевстве, которое показало, что лица с тяжелыми психическими расстройствами с меньшей вероятностью обследуются на содержание липидов в крови и что статины – при наличии клинических показаний к их приему – с меньшей вероятностью назначаются таким пациентам, чем среди общего населения. В этих исследованиях значения по шкале QRISK2 > 20% (что на момент публикации расценивалось как высокий риск инфаркта миокарда) были обнаружены у 1,7% населения, 4% – среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами в общем населении и около 6% – среди лиц, содержащихся в трех режимных судебно-психиатрических

больницах. Антипсихотическая фармакотерапия Хорошо известно, что антипсихотические препараты второго поколения коррелируют с риском вызванного метаболического синдрома. «Метаболический синдром» – это термин, применяемый для описания ряда клинических и биохимических аномалий, которые часто возникают совместно и являются прогностическим фактором ССЗ. Эти аномалии включают устойчивость к инсулину, ожирение (висцеральное), диабет, артериальную гипертензию и дислипидемию. Для того чтобы определить, в какой мере повышенный сердечно-сосудистый риск, связанный с тяжелыми психическими расстройствами, относится исключительно к антипсихотическим препаратам и имеет ли место воздействие и других факторов, было предпринято исследование для сравнения процессов развития метаболического синдрома среди лиц с первым эпизодом шизофрении и среди пациентов с хронической шизофренией. Суммарный сердечно-сосудистый риск был ниже среди лиц с первым эпизодом и такой же, как среди лиц с шизофренией, которые еще не принимали никаких препаратов. Распространенность диабета и преддиабета также была одинакова в этих двух группах, и этот показатель был намного ниже, чем в группе, которая в течение определенного времени принимала антипсихотические препараты. Таким образом, вероятно, препараты играют существенную роль в развитии ССЗ. Антипсихотическим препаратам также свойственны два других важных побочных эффекта в отношении сердечнососудистой системы. Такая терапия влияет на проводящую систему сердца, повышая риск развития летальной аритмии. Эта так называемая пирамитальная желудочковая тахикардия может выявляться на ранних стадиях по изменениям электрокардиограммы, характеризующимся увеличением интервала между комплексом QRS и волной Т, то есть интервала QT. По мере его увеличения повышается риск развития летальной сердечной аритмии. Другим осложнением антипсихотической лекарственной терапии является повышение частоты венозной тромбоэмболии. Венозная тромбоэмболия вызывает как тромбоз глубоких вен, так и эмболию легочной артерии; последнее осложнение может носить

летальный характер. В значительной группе населения, обследованного на уровне первичной помощи, была найдена связь между применением антипсихотических препаратов второго поколения и развитием венозной тромбоэмболии, и этот эффект оказался особенно выражен среди лиц, которые лишь незадолго до этого начали получать препарат. Эффекты обостряются у курильщиков. В одном из исследований было показано, что лица с первым эпизодом психоза часто являются курильщиками. Социальные детерминанты Лица с тяжелыми психическими расстройствами реже обращаются в медицинские учреждения или следуют предложениям и советам по профилактике сердечно-сосудистых расстройств, а также реже становятся объектами скрининга по сравнению с другими людьми. Контакты с медицинскими учреждениями и доступ к услугам можно, однако, улучшить путем организации специальных амбулаторных учреждений и гибким подходом к оказанию первичной медико-санитарной помощи. Недавно проведенный метаанализ исследований причин смерти среди лиц с шизофренией показал, что уровень смертности в таких группах значительно возрос по сравнению с уровнем среди общего населения (в 1970-годах стандартизованный коэффициент смертности от всех причин среди больных с шизофренией был в 1,84 раза выше по сравнению с общим населением, в 1980-х этот показатель вырос до 2,98, а в 1990-х – до 3,20). Наиболее частая причина повышения уровня смертности – это ССЗ. Вероятно, сокращение смертности среди общего населения как результат более здорового образа жизни никак не отражается на группах лиц с психическими расстройствами. Описано влияние курения на развитие нарушений здоровья, таких как хроническая обструктивная болезнь легких, а также на общую смертность. Курение также в значительной мере влияет на развитие ССЗ. Влияние на заболеваемость ССЗ проявляется отдельно от эффекта в отношении респираторных заболеваний и поэтому носит аддитивный характер. В докладе обсуждаются последствия курения для контроля диабета и влияние ненадлежащего контроля диабета на развитие сердечно-сосудистых

расстройств, и наоборот. Так, например, хроническое заболевание почек может осложнять контроль диабета и само по себе является фактором риска ССЗ. Хроническое заболевание почек и нарушение почечной функции могут по отдельности друг от друга быть последствием ССЗ, особенно артериальной гипертензии. Взаимодействие между этими различными состояниями носит сложный характер, что обуславливает особые трудности для эффективного контроля каждого из этих состояний. Кроме того, влияние курения усугубляет и без того сложную клиническую ситуацию. Суммарное действие НИЗ, курения и социальных детерминант приводит к крайне плохим исходам и повышает уровень смертности среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами (WHO, 2022).

Депрессия и тревога являются прогностическими факторами развития ССЗ и ухудшают их прогноз. Нет фактических данных, указывающих на то, что скрининг на депрессию и тревогу или лечение этих состояний улучшает исходы сердечно-сосудистых заболеваний. Так, например, скрининг на депрессию и лечение депрессии не позволяет предотвратить инфаркт миокарда. Наиболее частая причина смерти среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами, такими как шизофрения и биполярное расстройство, – это ССЗ. Выявление и контроль изменяемых факторов риска ССЗ среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами позволяет снизить для них риск преждевременной смертности. Дискrimинация в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами ограничивает их доступ к услугам и повышает риск преждевременной смерти и инвалидности по причине ССЗ. Поэтому устранение дискrimинации является приоритетом. Риск каждого человека с тяжелым психическим расстройством в отношении развития острого сердечнососудистого заболевания следует ежегодно оценивать с использованием одного из принятых алгоритмов оценки риска. Сочетание нескольких НИЗ, таких как диабет, артериальная гипертензия и ССЗ, а также наличие тяжелых психических расстройств требует оказания интегрированной помощи силами специалистов в области психического и соматического

здоровья. Вмешательства на популяционном уровне и наличие среды и условий для поддержания и укрепления здоровья могут способствовать переходу к более здоровому образу жизни (WHO, 2022).

Вмешательства на популяционном уровне, а также наличие среды и условий для поддержания и укрепления здоровья могут способствовать переходу к более здоровому образу жизни.

§1.4. Проблемы интеграции медицинской помощи соматическим пациентам с психическими расстройствами

Интегрированная медицинская помощь соматическим пациентам с психическими расстройствами представляет собой комплексный подход, который направлен на взаимодействие различных медицинских специалистов для обеспечения комплексного и эффективного лечения пациентов, страдающих как от соматических заболеваний, так и от психических расстройств. Этот подход основывается на признании тесной связи между телесным и психическим здоровьем, что способствует лучшему пониманию заболевания и повышению качества жизни пациента.

К основным принципам интегрированной медицинской помощи относится:

1. Междисциплинарное сотрудничество: Интегрированная медицинская помощь требует активного взаимодействия специалистов из разных областей медицины: соматических врачей (терапевтов, кардиологов, гастроэнтерологов и др.), психиатров, психотерапевтов, психологов, а также социальных работников. Все эти специалисты должны работать в команде, чтобы учитывать как физическое, так и психическое здоровье пациента.

2. Целостный подход к пациенту: Это значит, что при лечении пациента учитываются не только симптомы соматического заболевания, но и его психоэмоциональное состояние, психологические и социальные факторы.

Пациент не воспринимается как носитель только физической болезни, а как человек с целым набором потребностей и проблем.

3. Одновременная диагностика и лечение: Важно выявлять как физические заболевания, так и психические расстройства одновременно, а не поочередно. Например, депрессия может усугубить течение хронической болезни, а хронические заболевания могут ухудшать психическое состояние пациента. Комплексное лечение позволяет быстрее и эффективнее справиться с заболеванием.

4. Интеграция психотерапевтических методов в лечение соматических заболеваний: Применение психотерапевтических методов, таких как когнитивно-поведенческая терапия, психодинамическая терапия, а также медитативные и релаксационные практики (йога, дыхательные упражнения и другие), может существенно облегчить течение соматических заболеваний и ускорить выздоровление. Например, пациенты с хроническими болями или заболеваниями ЖКТ могут получить значительное облегчение благодаря психотерапевтическим подходам, которые снижают уровень стресса и улучшают психоэмоциональное состояние.

5. Использование медикаментозной терапии, когда это необходимо: Пациенты с психическими расстройствами, такими как депрессия, тревожные расстройства, или психозы, могут требовать назначения антидепрессантов, анксиолитиков или антидепрессантов. Эти препараты могут использоваться в сочетании с традиционным лечением соматических заболеваний, чтобы облегчить психическое состояние и улучшить качество жизни пациента.

Проблемы и вызовы при интеграции медицинской помощи:

1. Отсутствие единой системы для интеграции: В большинстве стран существует разрыв между психиатрической и соматической медициной. Пациенты часто получают лечение только в одной из областей, и взаимодействие между различными специалистами бывает ограничено. Это

приводит к недостаточной координации лечения и может ухудшать результаты для пациента.

2. Стереотипы и стигматизация психических заболеваний: Психические расстройства по-прежнему часто стигматизируются, и пациенты, имеющие как соматические, так и психические заболевания, могут испытывать предвзятое отношение со стороны медицинских работников. Это может приводить к недостаточной диагностике и лечению психических расстройств у соматических пациентов.

3. Недостаточная подготовка врачей: Многие медицинские специалисты, включая терапевтов, не обладают достаточными знаниями в области психиатрии и психологии, чтобы адекватно выявлять и лечить психические расстройства у соматических пациентов. Это приводит к недостаточной диагностике психических заболеваний и ограничивает возможности для интегрированного подхода.

4. Трудности в организации медицинской помощи: Сложности в организации интегрированного подхода могут быть связаны с административными барьерами, недостаточной доступностью психиатрической помощи в рамках стационарного или амбулаторного лечения соматических заболеваний, а также с ограниченными возможностями для эффективного обмена информацией между специалистами.

5. Проблемы с доступностью и стоимостью: в некоторых странах и регионах доступность интегрированного лечения может быть ограничена, а стоимость психотерапевтической и психиатрической помощи — слишком высокой для некоторых пациентов. Это затрудняет доступ к полноценному лечению и поддерживает высокий уровень неразрешенных психосоматических проблем.

Модели интегрированной помощи:

1. Модель "одного окна": в этой модели пациент обращается в одну медицинскую организацию, где ему оказывается как соматическая, так и психиатрическая помощь. Специалисты из разных областей работают в тесном сотрудничестве, что позволяет более эффективно решать проблемы пациента.

2. Интегрированные медицинские центры: В таких центрах работают как соматические, так и психиатрические специалисты, а также психологи и социальные работники, что способствует эффективной диагностики и лечению пациентов. Эти центры могут предоставлять комплексную помощь и оказывать поддержку пациентам с разнообразными заболеваниями.

3. Модели комплексного ухода в домашних условиях: в некоторых случаях интегрированное лечение может быть организовано на дому, где пациент получает медицинское обслуживание по обеим направлениям. Это может включать как посещения врачей, так и консультации с психологами или психотерапевтами.

Преимущества интегрированной медицинской помощи:

1. Улучшение качества жизни пациента: комплексное лечение позволяет пациентам получать более полную и качественную помощь, что способствует улучшению их психоэмоционального и физического состояния.

2. Снижение количества рецидивов и осложнений: применение интегрированного подхода может снизить количество осложнений, связанных с игнорированием психических аспектов заболевания. Например, лечение депрессии у пациента с хроническим заболеванием может снизить вероятность ухудшения общего состояния.

3. Повышение удовлетворенности пациентов: Пациенты, получающие комплексную помощь, часто более удовлетворены результатами лечения, так как они получают внимание не только к своему телесному состоянию, но и к психологическому состоянию.

Интегрированная медицинская помощь для соматических пациентов с психическими расстройствами является важным и необходимым шагом к улучшению качества медицинского обслуживания. Однако успешная реализация этого подхода требует преодоления множества проблем, включая организационные, образовательные и финансовые барьеры. Важно, чтобы медицинские учреждения и системы здравоохранения уделяли больше внимания интеграции различных видов помощи для пациентов, что в конечном итоге приведет к улучшению здоровья и жизни людей.

ГЛАВА II. ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ

Несмотря на установленную высокую распространенность психопатологии в общемедицинской практике, до сих пор сохраняется гиподиагностика подобных состояний. Сложности выявления для специалиста соматической сети стертых или субклинических форм психопатологии определяют сложности выявления и лечения подобных пациентов, имеющих различные соматические симптомы.

§2.1. Этиопатогенетическая оценка психических расстройств при соматических патологиях

Известно, что возникновение и течение психических расстройств при соматических заболеваниях связано взаимодействием трех групп факторов: 1. соматогенные факторы; 2. психогенные факторы, в частности нозогении; 3. индивидуальные особенности пациента. При определении этиологической принадлежности расстройств, наряду с вышеупомянутыми также было отмечено иной характер психических расстройств. Эти расстройства можно было отнести к эндоформным, т.к. они имели продуктивные включения в виде депрессивно-бредовых, депрессивно-ипохондрических, паранойяльных и т.д. состояний (рис.1).

Этиопатогенетические показатели
психических расстройств в общей выборке
(n=1066)

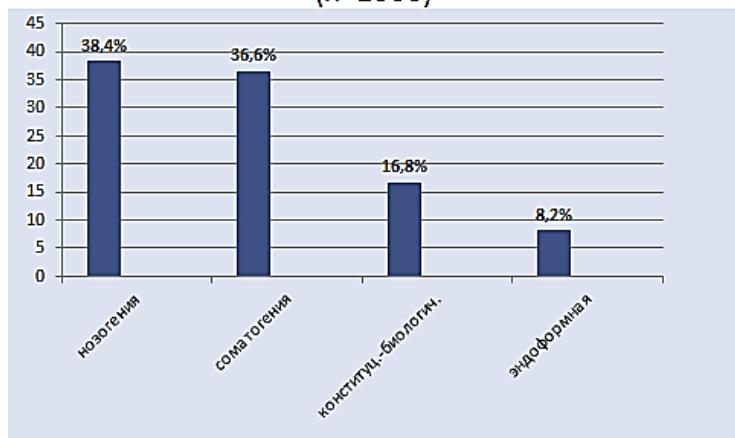


Рисунок 1. Распределение общей выборки по этиопатогенетическим показателям

Анализ данных общей выборки показал, что среди психических расстройств, сочетающихся с соматическим заболеванием, почти одинаковые значения имели нозогени и соматогени (409 наблюдения, 38,4% и 390 наблюдений, 36,6% соответственно), с небольшим отрывом в пользу нозогенных расстройств. Нозогени (нозогенные реакции) [по Смулевичу А.Б.] - психопатологически завершенные психогенные расстройства, манифестирующие в связи с соматическим заболеванием. В научных трудах учёных описываются сутяжные, депрессивные состояния, а также реакции, протекающие с патологическим (дезадаптивным) отрицанием болезни и выраженным аутоаггрессивным поведением, которые имели место в настоящей обследуемой выборке. Манифестация этих расстройств провоцированы тяжелым и/или обострениями хронического соматического заболевания и развивающиеся по механизмам психосоматического параллелизма при относительно большой частоте, собственно, соматогений (астенические расстройства, депрессии/гипомании, симптоматические психозы), манифестирующих при тяжелых соматических заболеваниях – 36,6%. В основу конституционально-биологической характеристики пациента входило - характерологические особенности, особенности системы значимых отношений и ценностей, особенности самосознания (самовосприятия, самооценки, самоотношения) и др., которые имели относительно небольшие показатели – 16,8% (179 наблюдений).

Последнюю позицию занимали эндоформные расстройства (88 наблюдений, 8,2%). Эндоформные состояния расцениваются некоторыми психиатрами как экзогенно-провоцированные эндогенные психозы, видоизмененные экзогенией. Это находит отражение, в частности, в точке зрения, согласно которой некоторые эндогенные психопатологические состояния, развивающиеся в картине соматических и инфекционных заболеваний, а также интоксикаций, приобретают особенности под влиянием

«почвы» (по С. Г. Жислину). При этом эндоформные состояния являются затяжным симптоматическим психозом. В ряде случаев они имели промежуточный, или переходный характер, синдромы как нозологически неспецифические, занимающие среднее положение между группой острых симптоматических психозов и органическим психосиндромом.

В ходе работы обследуемые пациенты были сгруппированы (по МКБ-10) в профильные выборки нашего исследования (таб.1).

Таблица 1.

Структура общей выборки

Количество больных		Общая выборка, n = 1066								
Всего	Абс.	БОП	БСК	БДС	БК-МС	БЭС	БК	БНС	БМС	Всего
	%	133	103	117	115	108	79	178	233	1066

Выборка БОП (болезни органов пищеварения) – 133 наблюдений, включает пациентов с заболеваниями органов пищеварения. Данная выборка составила 12,5% общей выборки. По ведущей нозологической единице данную выборку составили пациенты со следующими клиническими диагнозами: цирроз печени (34 наблюдений), гастрит (27 наблюдений), холецистит/холецистопанкреатит (22 наблюдений), язва двенадцатиперстной кишки (21 наблюдений), язва желудка (17 наблюдений), язвенный колит (12 наблюдений).

Выборка БСК (болезни системы кровообращения) – 103 наблюдений (9,7% общей выборки), включает пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. По ведущей нозологической единице данную выборку составили пациенты со следующими клиническими диагнозами: гипертензивная болезнь (30 наблюдений), атеросклероз (генерализованный) (29 наблюдений), ИБС (24 наблюдений), пароксизмальная тахикардия (11 наблюдений), кардиомиопатия (9 наблюдений).

Выборка БДС (болезни дыхательной системы) – 117 наблюдений (11% общей выборки), включает пациентов с заболеваниями органов дыхания. По ведущей нозологической единице данную выборку составили пациенты со следующими клиническими диагнозами: астма (38 наблюдений), пневмония (29 наблюдений), бронхит (29 наблюдений), интерстициальная болезнь легких (12 наблюдений), бронхоэктатическая болезнь (9 наблюдений).

Выборка БК-МС (болезни костно-мышечной системы) – 115 наблюдений, включает пациентов с заболеваниями опорно-двигательной системы. Данная выборка составила 10,8% общей выборки. По ведущей нозологической единице данную выборку составили пациенты со следующими клиническими диагнозами: ревматоидный артрит (30 наблюдений), артрозы (29 наблюдений), остеохондроз (24 наблюдений), системная красная волчанка (11 наблюдений), другие артриты (21 наблюдений).

Выборка БЭС (болезни эндокринной системы) – 108 наблюдений, включает пациентов с заболеваниями эндокринной системы, которая была 1/10 частью (10,1%) общей выборки. Данную группу составили пациенты со следующими клиническими диагнозами: тиреотоксикоз (30 наблюдений), сахарный диабет (29 наблюдений), несахарный диабет (49 наблюдений).

Выборка БК (болезни крови) – 79 наблюдений (7,4% общей выборки), включает пациентов с заболеваниями крови и кроветворных органов. По ведущей нозологической единице данную выборку составили пациенты со следующими клиническими диагнозами: анемия (42 наблюдений), лимфолейкоз (19 наблюдений), идиопатическая тромбоцитопения (9 наблюдений), гемофилия (9 наблюдений).

Выборка БНС (болезни нервной системы) – 178 наблюдений (16,7% общей выборки), включает пациентов с заболеваниями нервной системы. По ведущей нозологической единице данную выборку составили пациенты со следующими клиническими диагнозами: ишемический инсульт (32 наблюдений), геморрагический инсульт (29 наблюдений), энцефалопатия (34

наблюдений), эпилепсия (21 наблюдений), неврит (49 наблюдений), миалгия (23 наблюдений).

Выборка БМС (болезни мочеполовой системы) – 233 наблюдений, включает пациентов с заболеваниями органов мочеполовой системы. Данная выборка была более 1/5 частью общей выборки (21,8%), т.к. группа была сформирована из обследуемых пациентов с урологической и гинекологической патологией. По ведущей нозологической единице данную выборку составили пациенты со следующими клиническими диагнозами: мочекаменная болезнь (67 наблюдений), цистит (29 наблюдений), простатит (24 наблюдений), гломерулонефрит (51 наблюдений), пиелонефрит (39 наблюдений), хроническая почечная недостаточность (23 наблюдений).

Таблица 2.

Гендерное распределение обследуемых больных

Количество больных		Общая выборка, n = 1066								Всего
		БОП	БСК	БДС	БК-МС	БЭС	БК	БНС	БМС	
Мужчины	Абс.	54	66	63	44	34	37	75	142	515 *
	%	40,6	64,1	53,8	38,3	35,7	46,8	42,1	60,9	48,3
Женщины	Абс.	79	37	54	71	74	42	103	91	551 *
	%	59,4	35,9	46,2	61,7	64,3	53,2	57,9	39,1	51,7
Всего	Абс.	133	103	117	115	108	79	178	233	1066
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*Примечание: * уровень достоверности p<0,05*

Сравнительный анализ гендерного распределения по всем выборкам (таб.2) показывает незначительное преобладание мужчин среди

кардиологических, пульмонологических больных, а также больных БМС (64,1%; 53,8%; 60,9% соответственно) и преобладание женщин среди контингента БК-МС и гастроэнтерологического отделения (61,7%; 59,4% соответственно).

Таблица 3.

Возрастная категория обследуемых пациентов

Возрастная категория больных		Общая выборка, n = 1066								
		БОП	БСК	БДС	БК-МС	БЭС	БК	БНС	БМС	Всего
18-44	Абс.	37	9	27	52	26	27	29	78	285
	%	27,9	8,7	27,9	45,2	24,1	34,2	16,3	33,5	26,7
45 – 59	Абс.	39	68	33	29	42	29	108	92	440
	%	29,3	66,0	29,3	25,2	38,9	36,7	60,8	39,5	41,3
60 – 74	Абс.	43	15	33	30	35	21	32	51	260
	%	32,3	14,6	32,3	26,1	32,4	26,6	17,9	21,9	24,4
75 и старше	Абс.	14	11	24	4	5	2	9	12	81
	%	10,5	10,7	10,5	3,5	4,6	2,5	5,0	5,1	7,6
Итого	Абс.	133	103	117	115	108	79	178	233	106
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Средний показатель		50,3±15,7	55,8±11,1	52,9±8,6	42,1±8,6	46,3±15,1	43,3±12,4	51,6±13,9	48,6±10,8	49,1+12,2

Показатель среднего возраста (таб.3) в общей выборке – 49,1+12,2 лет существенно не отличается от данных в группе БНС и в группе БМС: 51,6±13,9

и $48,6+10,8$ лет соответственно; в группах БК-МС и БК отмечено относительно низкие показатели среднего возраста пациентов - $42,1+8,6$ и $43,3+12,4$ лет соответственно. Пациенты профильной выборки БСК имели относительно высокий показатель по среднему возрасту - $55,8\pm11,8$. В возрастную группу свыше 45 лет в группах БНС и БСК вошло большинство пациентов – 60,8% и 66,0% соответственно. В группе БК-МС больные преимущественно представлены возрастной группой до 45 лет – 45,2%.

Структура психических расстройств изучена в соответствии с полученными в рамках выполнения задач исследования данными о распространенности и долевой структуре психических нарушений. В общей и каждой из профильных выборок при использовании категорий МКБ-10 выявлен широкий спектр психопатологических расстройств вне зависимости от генеза и особенностей взаимосвязи с somатической патологией.

Показатели распространенности клинически завершенных психических расстройств и изучение клинической структуры всех выявленных расстройств (при учете наиболее легких форм психических нарушений) подтвердило выявляемую в современных исследованиях общую тенденцию доминирования депрессивных и тревожных расстройств при высокой частоте нарушений невротического круга. Наряду с этим отмечаются повышенные, по сравнению с популяционными, показатели распространенности психопатологических нарушений более тяжелых (по отношению к невротическим и аффективным) психопатологических регистров (рис. 2).

**Спектр психических расстройств в общей выборке
(по МКБ-10), n=1066**

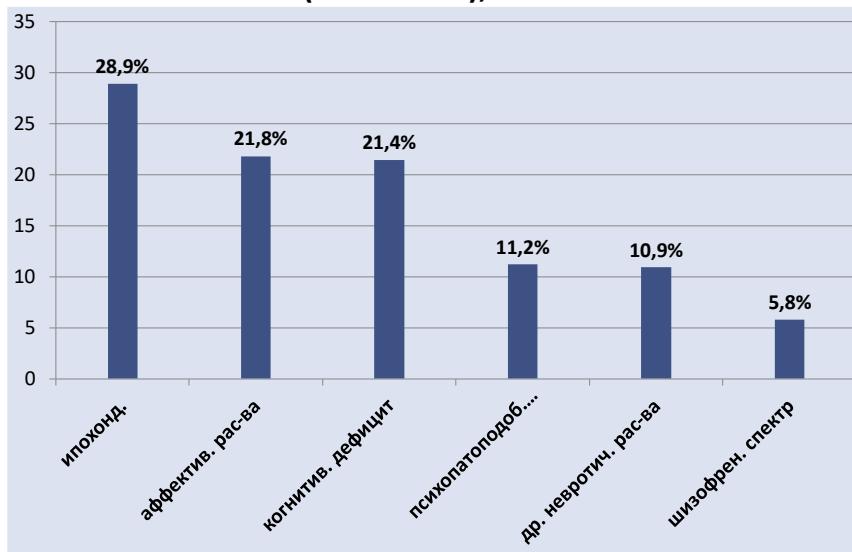


Рисунок 2. Основные психические расстройства в общей выборке

Психические расстройства указаны по мере доминантности в психическом статусе обследуемых пациентов. В общей выборке (по критериям МКБ-10), превалируют ипохондрические расстройства (F45) – 28,9%, аффективные расстройства (F30-F39) – 21,8%, когнитивные расстройства (F06.8) – 21,4%. При этом распространенность категории, соответствующей расстройствам адаптации и невротическим расстройствам составила 10,9%, а также, патохарактерологическим нарушениям (F60, F68) составила 11,2%.

Ипохондрические расстройства определяются как «характеризующиеся присутствием телесных симптомов, мучительных для конкретного пациента, чрезмерно захватывающих его внимание и обостряющихся при повторном общении с лицами, оказывающими медицинскую помощь. Если состояние обусловлено или спровоцировано соматическими симптомами, уровень внимания к нему отчетливо излишний в связи с проявлениями и прогрессированием. Повышенное внимание не уменьшается ни проведением соответствующего клинического обследования, ни исследованиями, ни адекватным переубеждением. Телесные симптомы и связанное с ними беспокойство присутствовали большинство дней, даже на протяжении нескольких месяцев и были связаны со значительным нарушением в личной,

семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных областях функционирования пациента. В единичных случаях наблюдалось присутствие одного симптома (обычно боль или усталость), который ассоциировался с другими проявлениями расстройства (в соответствии критериями МКБ-10).

В общей выборке выявлена относительно большая часть расстройств шизофренического спектра (F20-F25) – 5,8%, что существенно выше популяционных значений распространенности шизофрении и шизотипических расстройств (1-3%). Расстройства шизофренического спектра включают, в первую очередь, ипохондрический и дисморфический бред, проявления соматопсихоза (в соответствии критериями МКБ-10).

Аффективные расстройства (F30-F39) – 21,8%, включали такие состояния, которые нельзя причислить к мании или депрессии, поскольку они недостаточно тяжелы. Однако они имели свои последствия, значительно снижалось качество жизни пациентов – они были источником различных недомоганий и пониженной трудоспособности. Во многих случаях аффективные расстройства были в виде интенсивных проявлений дистимий, неуместных эмоций, например страха, тревоги, злобы, восторженности. Из вышесказанных расстройств тревога и депрессивное состояние имели ведущие позиции, при этом на первый план выступали симптомы тревожности — неконтролируемое чувство страха, когда человек часто даже не может понять, чего он боится. При сочетанном проявлении имело место тревожно-депрессивное расстройство. При этом они имели два основных критерия: эмоциональный и физический – резкое ухудшение концентрации и появление невнимательности; раздражительность, а иногда и беспочвенная агрессивность; покалывание в конечностях (руки и ладони, ноги), потливость и ощущение, что «зnobит»; утрата энергии и сонливость днем из-за бессонницы ночью; беспокойство и чувство безнадежности; нарушается сон, общение с людьми становится не в радость, а в тягость; сердцебиение учащается, появляется одышка; напряжение в мышцах; могут быть головокружения и тошнота; незаметная деградация

личности, которая ведет к ее полному разрушению; низкая самооценка: человек приижает себя, постоянно испытывает пессимизм и излишне тревожится по поводу своего будущего или настоящего. Также присутствуют соматические симптомы — сильное сердцебиение, постоянная одышка, боли в грудной клетке.

Когнитивные расстройства (F06.8) – 21,4% определялись как, снижение памяти, умственной работоспособности и других когнитивных функций по сравнению с исходным уровнем (индивидуальной нормой). Когнитивные нарушения представляли собой монофункциональные или полифункциональные когнитивные расстройства, явно выходящие за рамки возрастной нормы, но не ограничивающие самостоятельности и независимости, то есть не вызывающие дезадаптации в повседневном функционировании пациента. Они, как правило, отражались в жалобах пациента и обращали на себя внимание окружающих; иногда препятствовали наиболее сложным формам интеллектуальной активности. Надо отметить, что когнитивные расстройства относились к категории умеренные когнитивные нарушения (УКН), додементные снижения памяти и внимания, не нарушающие социальную адаптацию пациентов, которые были диагностированы впервые и незаметны для близких и даже для врачей соматического стационара. Клинические симптомы когнитивных нарушений были выявлены во всех профильных выборках. Это 9,8% из группы больных ЖКТ, 14,6% из группы больных ССС, 28,2% из группы больных дыхательной системы. А пациенты с патологией костно-мышечной системы составили 12,2%, пациенты с патологией нервной системы -17,9%. В профильных выборках БК и БМС по этой категории расстройств отмечены показатели – 26,6% и 20,6% соответственно. Группа пациентов с эндокринной патологией имели относительно высокие показатели по когнитивному дефекту (38,9%).

В группу расстройств адаптации и невротических расстройств (10,9%) входило такие симптомы, как сниженное настроение, нарушения сна, затруднение концентрации внимания, пониженный аппетит, чувство

усталости, тревога, беспокойство, чувство неспособности справится с ситуацией, приспособиться к ней, некоторое снижение продуктивности в повседневных делах, склонность к драматическому поведению, вспышки агрессии в ответ на переживаемое человеком субъективно значимое стрессовое событие (тяжелое соматическое заболевание).

Клиническим проявлением патохарактерологических нарушений (11,2%), нозогенной/психогенной личностной реакции, были нарушения поведения, выраженные эмоциональные нарушения, явные соматовегетативные расстройства, которые имели место и в период выздоровления пациента. При этом патохарактерологические реакции нарушали приспособление пациента к больничной обстановке, отмечалось трудные взаимоотношения с медицинским персоналом и товарищами по палате.

Интерес представляют причины, по которым пациенты не обращаются к психиатру/психотерапевту, либо обращаются на поздних этапах заболевания. Для выяснения этих причин было предпринято изучение особенностей маршрутов движения обследуемых пациентов в поисках помощи. Были анализированы частота посещений, госпитализаций пациентов в ЛПУ, длительность обращений и лечебных мероприятий вне стационара соматической клиники (до поступления в соматическую больницу).

Ниже приводится иллюстрация соматических больных с психическими расстройствами из обследованной группы.

1-клинический случай. Пациентка Ж.К., Клинический диагноз Гипертоническая болезнь, 2-ст. АГ 2. Р.2. Сопутствующий диагноз: хронический холецистопанкреатит. Возраст – 57 лет, проживает на территории города. Статус работы: пенсионерка. Дата поступления: 17.02.2021 г. в 9.30. Жалобы при поступлении: на одышку при физических нагрузках, головную боль, давящего характера в затылочной области и в висках, головокружение, шум в ушах, повышение АД до 170/110 мм.рт.ст., тяжесть и боль в эпигастрии, вздутие живота. Из анамнеза: росла и развивалась соответственно возрасту.

Детские болезни не помнит. Операции – тонзилэктомия. Травм не было. Туберкулез и венерические заболевания отрицает. Вредные привычки: нет. Аллергический анамнез: не отягощен. Наследственный анамнез: дед со стороны матери был очень строгим, «тираном»; у отца гипертоническая болезнь. Замужем, имеет 2 детей. Менопауза в 49 лет. Первые признаки болезни появились пять лет назад в возрасте 52 года, когда на фоне стресса - смерть мужа, стало возникать периодическое, стойкое повышение АД, При подробном расспросе утверждает, что последние 3-4 года стала какой-то пассивной, то что раньше радовало, интересовало, приносило чувство удовлетворенности, теперь неинтересно, безразлично, но судьба детей тревожит её больше всего. Считает, что им нужна поддержка, помочь, но она ничем не может помочь, и это ещё больше тревожит её, мучает страх, не может спокойно спать по ночам (трудность в засыпании, частые пробуждения). Отмечает трудности в концентрации, особенно при умственном напряжении. По состоянию здоровья неоднократно обращалась в территориальную поликлинику, амбулаторно принимала антигипертензивную терапию. Отмечалось относительное улучшение. Далее ходила к табибу, принимала лечение народными средствами. Последнее время появилась головная боль, тревога, страх чего-то неопределенного, сначала периодическая затем постоянная, расстройства сна, тяжесть, разбитость по утрам, не было настроения, принимала анальгетики и спазмолитики, успокаивающее (пентальгин, баралгин, валерианка). Была на консультации кардиолога в частной клинике. В 2021 году в связи с очередным обострением поступила в кардиологическое отделение областного многопрофильного медицинского центра.

У данной пациентки в клинической картине присутствуют симптомы тревоги, а также вегетативные расстройства, связанные с тревогой. Интересно, что врач стационара не описывает указанные симптомы в виде жалоб пациентки, а врач территориальной поликлиники не диагностирует тревогу, сопутствующую гипертонии. Очевидно, что утяжеление соматического

состояния связано именно с астено-тревожной симтоматикой, которая начинается в виде обыденной тревоги, но тревога нарастает, обретя клинически очерченную форму астено-тревожного синдрома, вынудив пациентку обратиться к табибу, воздействие, которого не помогает. Самостоятельный прием успокоительных средств не приносит облегчения, консультация кардиолога в частной клинике также не дала результатов, потому что тревожное состояние осталось не диагностированным и не леченным. Фактически госпитализация в областной многопрофильный медицинский центр связана с коморбидным гипертонической болезни состоянием тревоги.

2-клинический случай. Пациентка О.Р. Клинический диагноз: Гипертоническая болезнь, 2-ст. АГ 2. Р.2. Соп. Хр. гастродуоденит. Возраст – 55 лет, проживает на территории города. Статус работы: пенсионерка. Дата поступления: 02.07.2022 г. в 10.55. Жалобы при поступлении: головную боль, головокружение, шум в ушах, повышение АД до 175/120 мм.рт.ст. на одышку при физических нагрузках, изжогу, тошноту. Из анамнеза: Наследственность отягощена: мать страдала ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью, умерла в 74 года от инсульта. Отец погиб в автокатастрофе, заболеваниями со стороны сердечно-сосудистой системы не страдал. Перенесенные операции: удаление левого яичника в 2002 г. по поводу кисты. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное, полноценное. Диету не соблюдает, употребляет в пищу солёные, жирные продукты. Вредные привычки: нет. Гинекологический анамнез: без особенностей. Менопауза с 2011 года, протекала без осложнений. Замужем имеет 3 детей. Наличие гинекологических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез: аллергические реакции на лекарственные средства отрицает. Повышение артериального давления отмечает с 52 лет, когда отметила повышения значения АД до 170/110 при эмоциональной нагрузке. Повышения давления были бессимптомными или сопровождались головокружениями. Лечилась амбулаторно в поликлинике. Название

препаратов назвать затрудняется. Повышение АД стали сопровождать головные боли преимущественно в области затылка, тошноту, иногда рвоту, не приносящую облегчение. За год до поступления в областной многопрофильный медицинский центр отмечала ухудшение самочувствия, появление слабости, головокружения, головной боли, подавленности, беспричинное чувство тревоги, волнения, бессоница, иногда «нехорошие» мысли, страх внезапной смерти от сердечного приступа. По совету подруги обратилась к психотерапевту. Позже была консультирована кардиологом совместно с психиатром. Был назначен курс терапии, направленный на адаптацию АД (антигипертензивная терапия, статины, в-блокаторы...), а также длительная психофармакотерапия с учетом психопатологических расстройств на фоне соматической патологии, в данном случае ГБ (антидепрессант, приём анксиолитика короткими курсами, с переходом на растительные седатики). Отмечала улучшение состояния – ровный фон настроения, спокойный, нормализованный сон, не было тревоги, страха, головные боли прошли. (Ухудшение соматического состояния отмечалось только тогда, когда пациентка нарушила диету, режим дня, при эмоциональном перенапряжении, что в свою очередь привлекало психические нарушения тоже). Данное поступление в стационар связано с вышеупомянутыми ситуациями.

У данной пациентки тревожный синдром, поводом для которого служит провоцирующая стрессовая ситуация, а причиной гипертоническая болезнь. Своевременное обращение к психотерапевту, а также последующее совместное лечение кардиолога и психиатра снимает сопутствующие симптомы тревожного состояния, даёт возможность контролировать основное заболевание. Однако нарушение режима дня, питания и завышенная реакция на стрессовые ситуации провоцирует обострение, как основного заболевания, гипертонической болезни, так и тревожного расстройства. В связи с чем для данной пациентки необходимо проведение рациональной психотерапии с обучением правильного принятия ситуации, работой над уверенностью в себе.

Важно также указать, что довольно большой контингент больных (52,7%) на протяжении длительного времени, несмотря на наличие симптомов психических расстройств, не обращались к психиатру (психотерапевту). В эту группу входили в основном немолодые пациенты, нередко с высшим или незаконченным высшим образованием. Было отмечено у них стремление к самостоятельному совладению с симптомами психического расстройства, в частности, за счет самолечения. В процессе многочисленных бесед с пациентами было выяснено, что большая группа из них при появлении первых симптомов психического расстройства искали способы самостоятельного преодоления возникающих проблем. При этом поддержку для этого находили в семье, у друзей, либо у целителей, табибов.

При неэффективности использования этих ресурсов лица с психическими расстройствами обращались к врачам в поликлинику, в первую очередь к участковым терапевтам. Этот этап был во многом определяющим для последующего маршрута пациента. В случае, если пациент направлялся на многочисленное обследование и дополнительные консультации, маршрут удлинялся и сроки получения квалифицированной психиатрической помощи увеличивались. В тех случаях, когда участковые терапевты активно консультировались с психиатром (психотерапевтом), пациент быстро получал необходимую помощь.

Таким образом, наличие вышеупомянутых проблем свидетельствует о необходимости изменения методологии, организации, структуры психиатрической (психотерапевтической) помощи в первичном звене здравоохранения. Данное обстоятельство свидетельствует о необходимости повышения компетентности врачей поликлиник в области диагностики психических расстройств, целесообразности более раннего направления пациентов на консультацию к врачу- психиатру (психотерапевту). Низкая степень обеспеченности пациентов первичной и общей медицинской сети психиатрической/психотерапевтической помощью в большой степени связана с недостаточным количеством психотерапевтических кабинетов и работающих

в них психиатров, а также с низким уровнем взаимодействия врачей-интернистов с психиатром/психотерапевтом;

- при сравнительном гендерном анализе общей выборки были получены неравнозначные показатели. Однако было отмечено незначительное преобладание женщин в обследуемой общей выборке (1,1 раз больше, чем мужчин), но преобладание мужчин среди кардиологических, пульмонологических выборок, а также больных БМС;

- совокупность психических расстройств, формирующихся при соучастии соматической патологии, включает разнообразные соматогенные/соматоформные синдромы (аффективные, неврозоподобные, бредовые расстройства, психоорганический синдром, соматоформная дисфункция, панические атаки соматического типа, тяжелые конверсионные расстройства и прочие) манифестирующие в рамках текущего заболевания. Важно отметить, что психические расстройства в рамках соматических патологий имели сочетанные формы. Острота данного круга расстройств была различна, часть из них имела облигатные признаки, характерные для определенного синдрома, а другие имели промежуточный, переходный характер.

§2.2. Клиническая структура психических расстройств у больных соматической клиники

Структура психических расстройств в каждой из профильных выборок представлена широким кругом психопатологических синдромов, в первую очередь, коморбидных нарушений, значительно варьирующих в соответствии с показателями распространенности и распределения. Сопоставление данных распространенности психических расстройств при различной соматической патологии свидетельствует об избирательном накоплении (аффинитете) на уровне статистически значимых показателей в профильных группах, как отдельных симptomокомплексов (дифференцированных в соответствии с МКБ-10), так и психических/психосоматических расстройств, связанных с

патологией внутренних органов (нозогении, соматогении и т.д.) и соматизированных психопатологических расстройств, являющихся прототипами психосоматических образований (органные неврозы, эндогенные аффективные фазы, ипохондрический бред и др.). При сравнении данных профильных выборок с выделением центральной группы расстройств (сопровождающихся соматической патологией) показаны значимые различия (табл. 4.).

Таблица 4.
Показатели психических расстройств по ведущему
симптомокомплексу в профильных выборках

Сфера психических рас-в		Общая выборка, n = 1066								Все го
		БОП	БСК	БД	БК-С	БЭС	БК	БНС	БМС	
Соматоф орм./ипох ондричес кие рас- ва	Абс.	57	39	27	52	26	27	42	38	308
	%	42,8*	37,9	23,1	45,2 **	24,1*	34,2	23,6	16,3*	28,9
Аффекти вные рас- ва	Абс.	29	41	11	21	31	22	33	44	232
	%	29,3*	39,8*	9,4	18,3	28,7* *	27,8	18,5* **	18,9* *	21,8
Когнитив ный дефицит	Абс.	23	15	33	14	42	21	32	48	228
	%	9,8	14,6	28,2 *	12,2	38,9* *	26,6	17,9* *	20,6	21,4
Патохара ктеролог	Абс.	4	2	12	9	2	3	17	71	120
	%	3,0	1,9*	10,2	7,8	1,8	3,8	9,6	30,5*	11,2

и ческие рас-ва										
Невротич- еские рас- ва	Абс.	11	4	29	12	6	5	40	9	116
	%	8,3*	3,9	24,8 *	10,4	5,6	6,3	22,5*	3,9	10,9
Шизофре- ноподобн- ые рас-ва	Абс.	9	2	5	7	1	1	14	23	62
	%	6,8	1,9	4,3	6,1	0,9	1,3	7,9*	9,8	5,8
Всего	Абс.	133	103	117	115	108	79	178	233	106 6
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Примечание: ** - уровень достоверности $P<0,01$, * - уровень достоверности $P<0,05$

Показано, что межгрупповые различия и показатели в данных группах в основном обусловлены профилем коморбидной соматической патологии. Данные основных профильных выборок, проанализированные с помощью методов сравнения по показателям распространенности и распределения психических расстройств с учетом их типологического разнообразия и структуры психосоматических соотношений, выявило следующие закономерности. Так, распространенность соматогенных психических расстройств в профильных выборках имела следующую картину. В группе БОП отмечены относительно высокие показатели по сферам соматоформных/ипохондрических расстройств и расстройств аффективного круга (42,8% и 22,3% соответственно). Также был отмечен достоверные показатели по группе невротических расстройств (8,3%). Обследуемая группа с патологиями БСК тоже имела относительно высокие показатели по сферам соматоформных/ипохондрических расстройств и расстройств аффективного круга (37,9% и 39,8% соответственно). В данной группе отмечено невысокие, но достоверные показатели по патохарактерологическим расстройствам (1,9%). Группа пациентов с заболеваниями БДС показали относительно

высокие и достоверно значимые показатели по расстройствам когнитивного и невротического круга (28,2% и 24,8% соответственно). В группе БК-МС больше чем у 1/3 части пациентов диагностированы ипохондрические расстройства, которые имели сравнительно высокий уровень достоверности (45,2%, $p<0,01$). Пациенты с патологиями БЭС относительно часто продемонстрировали клиническую симптоматику по следующим сферам, которые имели достоверные значения – соматоформные/ипохондрические расстройства, расстройства аффективного и когнитивного круга (24,2%, 27,1% и 38,9% соответственно). Такую же картину можно было отметить в группе пациентов с БК - соматоформные/ипохондрические расстройства – 34,2%, расстройства аффективного спектра – 27,8% ($p<0,01$) и когнитивного круга 26,6%. Для следующей профильной выборки с БНС были характерны достоверные значимые показатели по нескольким сферам психических расстройств – расстройства аффективного, когнитивного, невротического и шизофрениоподобного круга (18,5%, 17,9%, 22,5%, и 7,9% соответственно). Данная выборка единственная, в структуре которой были отмечены достоверно значимые показатели расстройств по шизофрениоподобному спектру ($p<0,05$). Круг обследуемой выборки замыкает группа пациентов с БМС. Данная профильная выборка имела достоверно значимые показатели по следующим спектрам психических расстройств: соматоформные/ипохондрические расстройства – 16,3%, расстройства аффективного спектра – 18,9% ($p<0,01$), патохарактерологические расстройства – 30,5%.

В ходе проведенного анализа было установлено, что почти во всех профильных выборках распространенность патохарактерологических, невротических и шизофрениоподобных расстройств имели невысокие показатели. Сравнение показателей по вышеуказанным спектрам в некоторых случаях имел достоверные значения - патохарактерологические расстройства в выборках БСК и БМС (1,9%, 30,5% соответственно, $p<0,05$); невротические расстройства в выборках БОП, БДС и БНС (8,3%, 24,8% и 22,5%

соответственно, $p<0,05$); шизофреноидные расстройства в выборке БНС (7,9%, $p<0,05$).

Несмотря на наличие сходного ведущего механизма формирования, соматогенные психические расстройства включают широкий круг психопатологических нарушений (таб.5), которые в соответствии с МКБ-10 разведены по разным рубрикам.

Таблица 5.
Клинические варианты психических расстройств в общей выборке

Синдромы психических расстройств		Профильные выборки								
		БОП n=133	БСК n=103	БДС n=117	БК-МС n=115	БЭС n=10	БК n=79	БНС n=178	БМС n=23	Всего n=1066
Астено-депрессивный	Абс.	47	17	21	19	4	21	29	38	186
	%	35,3	16,6	17,9	16,5	3,7	26,6	16,3	16,3	17,4
Тревожно-депрессивный	Абс.	7	28	9	37	20	19	39	44	203
	%	5,3	27,2	7,7	32,2	18,5	24,1	22,0	18,9	19,0
Тревожно-фобический	Абс.	11	19	27	18	-	20	38	27	160
	%	8,3	18,4	23,2	15,7	-	25,3	21,3	11,6	15,0
Депрессивно-ипохондрический	Абс.	28	6	4	13	-		8	15	74
	%	21,1	5,8	3,4	11,3	-		4,5	6,4	6,9
Психопатоподобный	Абс.	12	-	18	8	18	12	10	33	111
	%	9,0	-	15,4	6,9	16,7	15,2	5,6	14,2	10,4

Конверсионный/истерический синдром	Абс.	16	-	21	5	-		-	14	56
	%	12,0	-	17,9	4,4	-		-	6,0	5,3
Психоорганический синдром	Абс.	12	8	17	15	32	7	38	27	166
	%	9,0	7,8	14,5	13,0	29,6	8,8	21,3	11,6	15,6
Синдром «эйфорической псевдодеменции»	Абс.	-	9	-	-	13	-	-	31	53
	%	-	8,7	-	-	12,0	-	-	13,3	5,0
Бредовое расстройство	Абс.	-	16	-	-	21	-	16	4	57
	%	-	15,5	-	-	19,5	-	9,0	1,7	5,4

При анализе психопатологических синдромов были выделены расстройства, верифицирующие предложенную в клинических исследованиях систематику данных синдромов. Согласно данным таблицы 3.2. депрессивное расстройство было одним из основных составляющих в 4 полисиндромах, и присутствие депрессивного эпизода в клинике заболевания приводило к множеству эмоционально насыщенных жалоб с отрицательным, неприятным для больного окрасом.

По МКБ-10, клинически значимое депрессивное расстройство складывается из следующих симптомов: основные – а) снижение настроения по сравнению с присущей пациенту нормой, которое отмечается почти ежедневно и большую часть дня, а также вне зависимости от ситуации; б) снижение (утрата) интересов и способности испытывать удовольствие от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями; в) уменьшение активности, повышенная (выраженная) утомляемость и снижение энергии; и

дополнительные – а) нарушения сна любого типа; б) изменение аппетита (снижение или повышение) с соответствующими изменениями массы тела; в) повторяющиеся мысли о смерти, самоубийстве или самоповреждении; г) мрачное и пессимистическое видение будущего; д) идеи виновности и самоуничижения; е) сниженная самооценка и чувство неуверенности в себе; ж) снижение концентрации внимания, неспособность сосредоточиться, снижение способности мыслить, нерешительность или колебания при принятии решений. Легкая депрессия (F 32.0 по МКБ-10) характеризуется наличием двух основных и двух дополнительных симптомов. Умеренная депрессия (F 32.1 по МКБ-10) характеризуется наличием двух основных и трех-четырех дополнительных симптомов. Тяжелая депрессия (F 32.2 или F 32.3 по МКБ-10) характеризуется наличием трех основных, четырех и более дополнительных симптомов, часть из которых имеет значительную выраженность. Классическая депрессия определяется следующей триадой признаков: пониженное настроение (гипотимия, дистимия, аффективный компонент), замедленность мышления (идеаторная заторможенность) и двигательная заторможенность (моторный компонент). Кроме того, для депрессивных расстройств характерны потеря способности радоваться, воли, инициативы, а также потеря интересов и снижение трудоспособности.

Астено-депрессивный синдром присутствовал в клинике соматической патологии во всех выборках (17,4%). Относительно высокие показатели имели выборки БОП и БК (35,3% и 26,6% соответственно). В структуру астено-депрессивного синдрома входили следующие составляющие: повышенная истощаемость, в частности физическая истощаемость, характеризовалась мышечной слабостью, утомляемостью, снижением работоспособности; сонливость и нарушение сна - дневная сонливость с отсутствием привычной бодрости; изменение аппетита, раздражительность, эмоциональная лабильность, чувство внутреннего напряжения, повышенная чувствительность к различным раздражителям - гиперестезия (свет, звук, тактильные раздражители). В результате повышенной чувствительности в

некоторых случаях были отмечены отказ от манипуляций и продолжения лечения. Также были характерны соматовегетативные нарушения в виде тахикардии, учащения дыхания, повышенного потоотделения. Жалобами пациентов были рассеянность внимания, снижение памяти, которое было замечено самим больным. Жалобы пациентов имели тесную связь с усилением астении, которое взаимосвязано с тяжестью и течением соматического заболевания: усиление астенических нарушений отмечалось при осложнениях, ухудшении соматического состояния пациента, а уменьшение - при формировании компенсации. При астено-депрессивном синдроме кроме астенического симптомокомплекса на ведущий план выступало состояние депрессивного характера. Клиническим проявлением данного состояния были - сниженный фон настроения, который сохранялся независимо от того, какие события происходят в жизни пациента, изменений в соматическом состоянии. Симптомы астении и депрессивного расстройства взаимодополняли друг друга, это в свою очередь приводило к усложнению соматического статуса пациента. В клинике соматических заболеваний наблюдалось комплекс различных сочетаний данного круга расстройств.

Относительно высокие показатели имел тревожно-депрессивный синдром (19%). Данный синдром также был диагностирован во всех выборках, наиболее высокие показатели были отмечены в выборках БСК, БК-МС, БК и БНС (27,2%, 32,2%, 24,1%, 22,0% соответственно). При данном состоянии жалобы пациентов были направлены на тревожность, сниженное, подавленное настроение, ничто не радовало, то, что раньше приносило удовольствие, раздражало, вызывало слезы. Также были нарушения сна в виде беспокойного ночного сна с трудностью засыпания, и следствие этого дневная сонливость. При тревожно-депрессивном синдроме чувство постоянной беспочвенной тревоги обязательно сочетался с классическими симптомами депрессии — стойким снижением настроения и безнадежностью. Также в поведении пациентов преобладало раздражительность и нервозность или апатичность. Больные не проявляли

интереса к привычным занятиям, были погружены в собственные переживания, сконцентрированы на собственный соматический недуг, было кратковременное расслабление, которое сразу же сменялся внутренним напряжение. Ведущей картиной данного состояния также были мрачные представления неизлечимости болезни, бесперспективности, неэффективности назначенного лечения, необратимости нарушений функции органа, неминуемой полной утрате трудоспособности.

Тревожно-фобическое расстройство наблюдалось в 11,6% случаях, и данный симптомокомплекс наблюдался почти во всех обследуемых группах, кроме группы БЭС. Клинические симптомы тревожно-фобического синдрома относительно чаще наблюдалось в выборках БДС, БК, БНС (23,2%, 25,3% и 21,3% соответственно). Характерными симптомами синдрома были приступ страха, который наблюдался без объективных причин. Среди фобических расстройств у больных наблюдалася боязнь загрязнения, страх заражения «внутрибольничной инфекцией», боязнь оказаться неизлечимым больным, страх умереть от соматической болезни, страх «сойти с ума»... Непонимание и неприятие необоснованного страха окружающими приводило к проблемам в общении, а, иногда и полному отказу от него. В результате чего интенсивность тревожности ещё больше увеличивалася у больного. При появлении приступов страха у пациентов появлялось стремление оградиться от ситуации или окружающих лиц. Ожидание чего-то плохого, страшного при тревожно-депрессивном расстройстве часто сочеталось характерными сомато-вегетативными проявлениями: учащенное сердцебиение, нехватка воздуха, неспособности к концентрации внимания, частые позывы к мочеиспусканию, бессонница.

Следующую группу составили депрессивно-ипохондрические расстройства (6,9%). Симптомы депрессии с ипохондрией наблюдался почти во всех обследуемых группах, кроме группы БЭС. В отличии от других выборок группа БОП имела высокий показатель по этой сфере

(21,1%). При этом типе расстройств обследуемые считали себя неизлечимо больным. При ипохондрических депрессиях подавленное настроение сочетался с тревожными опасениями за свое здоровье, иногда даже паническими реакциями. Больные переоценивали тяжесть соматических симптомов, чрезмерный акцент был уделен на соматическое состояние, был страх перед воображаемыми последствиями «соматической» болезни, неблагоприятным ее исходом. В связи с самонаблюдением, больные указывали на малейшие признаки телесного неблагополучия, требовали измерить артериальное давление, считать пульс и т.п. Опасаясь обострения болезни или возможных осложнений, больные старались установить щадящий режим дня, диетой, специальными позами, чтобы приносить облегчение функционирования больного органа. Несмотря на объективно относительно удовлетворительное соматическое состояние, больные жаловались на ухудшение состояния, чувства безнадежности, беспомощности. Всякие попытки заменить медикаментозное средство вызывали возражение со стороны больного. А в некоторых случаях даже незначительное изменение состояния (частоты сердечных сокращений и дыхания, артериального давления и т.д.) принималось как неэффективность медикаментозного препарата, больные требовали назначения новой схемы лечения.

Психопатоподобный синдром наблюдался в 10,4% случаев. Психические расстройства данного регистра были установлены во всех профильных группах, кроме группы БСК. Особенно выборки БДС, БЭС, БК и БМС имели значимые показатели, чем другие группы больных (15,4%, 16,7%, 15,2% и 14,2% соответственно). Доминирующую роль в клинической картине имели патохарактерологические признаки, иногда сверхценные идеи. Пациенты проявляли несоблюдение врачебных рекомендаций, пытались отменить или самостоятельно принимать те или иные медикаменты, кардинально изменить режим лечения, режим дня. Часть больных проявляли сутяжные тенденции, которые иногда ассоциировались с симптомами агgravации соматического заболевания, конверсионными симптомами в виде

болевых ощущений, «тяжести» в области грудной клетки, связанные с эмоциональной нагрузкой, ощущение «комка» в горле и т.д. В некоторых случаях пациенты жаловались на медицинских работников. При этом в поведении пациентов наблюдалось убежденность в необходимости коррекции или отмены установленного диагноза, необходимость проведения «корректных» инструментальных обследований, пересмотра тактики лечения, и причем эти требования часто сочетались с несоблюдением предписаний врача, отказа от дальнейшего лечения в отделении.

Конверсионный/истерический синдром был диагностирован у 5,3% наблюдавших лиц. Конверсионные расстройства были установлены только лишь в 4 группах – БОП, БДС, БК-МС и БМС и имели относительно невысокие значения (12,0%, 17,9%, 4,4% и 6,0% соответственно). Клиническую картину данного варианта характеризовало симптомокомплекс, при котором пациент как будто перестал чувствовать физическую боль или свои эмоции, были характерны парестезии, отсутствие чувствительности в различных частях тела, иногда утрата обоняния, нехватка воздуха в виде приступа удушья. Пациенты жаловались на периодически возникающую неспособность двигать конечностями, нарушения координации, головокружение. Однако большинство конверсионных симптомов имели кратковременный характер, наблюдались относительно непродолжительное время.

У более чем 1/6 части обследуемого контингента (15,6%) ведущим симптомокомплексом оказался психоорганический синдром, который был диагностирован во всех профильных выборках. Однако более чем половину этой категории составили группы обследуемых из профильных выборок БЭС и БНС (29,6% и 21,3% соответственно). В состав клинической картины данной группы входило ряд расстройств, связанных с нарушениями когнитивных функций, а также эмоционально-волевой сферы. Расстройства интеллектуальной деятельности имели следующие проявления: снижение ее общей продуктивности, нарушение отдельных когнитивных функций – памяти, внимания, мышления. Отчетливо выступало снижение темпа

познавательных процессов, обеднение речи, реже тенденция к персеверациям. Эмоциональная неустойчивость, вязкость, недержание аффекта, иногда дисфорические реакции, трудность самоконтроля поведения указывали на нарушения эмоционально-волевой сферы. В некоторых случаях было отмечено прогрессирование психоорганического синдрома, которое указывало на возможность развития деменции. Характерным признаком деменции при этом было существенное нарушение познавательной деятельности и обучаемости.

Синдром «эйфорической псевдодеменции» (Смулевич А. Б.) составил небольшую часть (5% из всего) психопатологических расстройств. Только некоторые выборки имели показатели по данной группе психопатологических расстройств – БСК, БЭС и БМС (8,7%, 12,0% и 13,3% соответственно). Для данной категории расстройств было характерно повышенный аффект, часто с благодушием, оптимистической, в то же время неадекватной оценкой, как настоящего соматического состояния, так и последствий заболевания. Было свойственно подвижное поведение, излишняя энергичность, при этом больные проявляли стремление к деятельности. При разъяснении ожидаемой реальной опасности, связанной с соматической патологией, пациенты стремились не переживать, иногда даже игнорировать ожидаемые негативные исходы заболевания, особо не переживали и не были озабочены тяжелыми, подчас угрожающими жизни нарушениями деятельности организма; не воспринимали себя как «серьезного» больного. Пренебрегая уговорами родственников и медицинского персонала, пациенты нарушили режим, якобы забывали о необходимости приема лекарств. Несмотря на неблагоприятный прогноз, строили перспективные планы на будущее, активно рассказывали об этом окружающим.

Бредовое расстройство наблюдалось (5,4%). В данном случае клиническая картина имела элементы ипохондрии, которая не имела тенденцию к редуцированию. Поведение пациента было направлено на полное устранение последствий заболевания (W. Jahrreis) или поддержание

функционирования организма на уровне, сложившемся в результате болезни (Смулевич А.Б.). Данный синдром наблюдалось в профильных выборках БСК, БЭС, БНС и БМС (15,5%, 19,5%, 9,0% и 1,7% соответственно). При этом доминирующей была идея преодоления недуга с полным восстановлением соматического и социального статуса, и даже ликвидации причин заболевания. Больные считали себя способными изменить ход событий, производя излишние физические нагрузки даже вопреки медицинским рекомендациям. В структуре данной категории расстройств были также идеи отношения, в ряде случаев наблюдалось сочетание с явлениями социофобии. При последнем обнаруживалось избегающее поведение, ограничение круга общения с родственниками, иногда даже игнорирование их присутствия. При необходимости посещения общей части соматического отделения, больные замечали «недоуменные», «брзгливые» взгляды окружающих, связанные «заметными» или неприятными, «отталкивающими» проявлениями соматического заболевания. Пациенты замечали якобы изменившееся отношение близких - «сбросили со счетов», «неприязненное отношение», «не считаются его мнением». В некоторых случаях больные высказывали идеи о недостаточном внимании со стороны лечащего врача – «специально длительно держат в отделении», «ухаживают не так, как за другими пациентами», «только ему применяют некачественные средства»...

Таблица 6.
Корреляционный анализ психопатологических синдромов в структуре профильных выборок в момент обследования

Синдромы психических расстройств	БОП n=133	БСК n=103	БДС n=117	БК-МС n=115	БЭС n=108	БК n=79	БНС n=178	БМС n=233
Тревожно-депрессивный	0,10	0,86*	0,36	0,19	0,35	0,13	0,16	0,10
Тревожно-фобический	0,31*	0,09	0,38*	0,06	-	0,46*	0,39	0,93*

Депрессивно-ипохондрический	0,09	0,03	0,32	0,41*	-	-	0,43*	0,55*
Психопатоподобный	0,03	-	0,50	0,08	0,06	0,02	0,03	0,25
Конверсионный	0,23	-	0,58*	0,6*	-			0,14
Психоорганический синдром	0,13	0,32	0,15	0,06	0,72*	0,22	0,75*	0,39
Синдром «эйфорической псевдодеменции»	-	0,16	-	-	0,27	-	-	0,60*
Бредовое расстройство	-	0,29	-	-	0,64*	-	0,42*	0,02

*Примечание: * уровень достоверности $p<0,05$*

С целью уточнения взаимосвязи формирования, проявления психопатологических синдромов в структуре соматических заболеваний был проведен корреляционный анализ в профильных выборках (таб. 6). При анализе данных таблицы 4.3. с некоторой закономерностью были получены результаты соотношения проявления соматической и психической патологии. Достоверно значимые показатели имели далеко не все обследуемые группы. Однако во всех категориях были получены несколько прямых корреляционных соотношений между соматической патологией и психическими расстройствами, что лишний раз утверждает о параллелизме двух сфер (сомы и психики).

Каждая профильная выборка имела несколько достоверных корреляционных взаимосвязей с уровнем достоверности $p<0,05$. Статистически значимое соотношение в плане корреляции с формированием тревожно-депрессивных расстройств имела только группа пациентов с патологией ССС (группа БСК), которая показала сильную прямую связь ($r=0,86$). Важно отметить, что по развитию тревожно-фобических расстройств несколько профильных выборок имели достоверные показатели: слабая

прямая корреляционная связь выявлено в группах БОП, БДС и БК ($r=0,31$, $r=0,38$ и $r=0,46$), очень сильная корреляция в группе пациентов с патологией мочеполовой системы (группа БМС) ($r=0,93$). Относительно слабые значимые показатели по развитию депрессивно-ипохондрических расстройств имели группы пациентов с БК-МС и БНС ($r=0,41$ и $r=0,41$ соответственно), а также было характерно статистически значимая средняя корреляция в группе БМС ($r=0,55$). Группа пациентов с патологией дыхательной системы (группа БДС) и костно-мышечной системы (БК-МС) имели более выраженные конверсионные расстройства ($r=0,58$ и $r=0,60$ соответственно). Сильное корреляционное соотношение с развитием психоорганического синдрома имели профильные группы БЭС и БНС ($r=0,72$ и $r=0,75$ соответственно). Синдром «эйфорической псевдодеменции» достоверно отмечено только лишь в профильной выборке БМС ($r=0,60$). Группа пациентов с патологией эндокринной системы (группа БЭС) и с патологией нервной системы (группа БНС) имели среднее и слабое соотношение с категорией бредовых состояний ($r=0,64$ и $r=0,42$ соответственно).

Некоторые корреляционные соотношения в профильных выборках показывали себя в относительно слабой степени, однако данный анализ был необходимым моментом для отграничения недостоверных тенденций от статистически значимых.

При анализе профильных выборок по выявлению психических расстройств по возрастным аспектам были получены следующие результаты (таб. 7) .

Таблица 7.
Распределение выборки БОП по выявлению психических расстройств по возрастным аспектам (n=133)

Психопатологические синдромы	18-44	45 – 59	60 – 74	75 и старше
Астено-депрессивный	$21,9 \pm 2,7^{**}$	$28,3 \pm 2,7$		$27,4 \pm 17,3^*$

Тревожно-депрессивный	-	$9,3 \pm 2,8$	$35,0 \pm 4,2^{**}$	$33,1 \pm 4,2^{**}$
Тревожно-фобический	$16,7 \pm 1,3^*$	$25,1 \pm 1,6$		
Депрессивно-ипохондрический	$31,4 \pm 2,7^{**}$	$9,6 \pm 2,0$	$35,0 \pm 4,2^{**}$	
Психопатоподобный	$27,9 \pm 2,9$	$14,5 \pm 1,9$	$6,7 \pm 3,1$	$6,9 \pm 1,6$
Конверсионный/истерический синдром	$2,1 \pm 1,6$	$13,2 \pm 2,6$	$1,4 \pm 0,9$	-
Психоорганический синдром	-		$21,9 \pm 11,2^*$	$32,6 \pm 12,9^*$
Синдром «эйфорической псевдодеменции»	-	-	-	-
Бредовое расстройство	-	-	-	-
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание: уровень достоверности * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

При анализе данной таблицы можно утверждать, что в группе обследуемых пациентов с БОП лица с астено-депрессивными расстройствами в нескольких возрастных категориях имели достоверно значимые показатели (в группе 18-44 лет – $21,9 \pm 2,7$ ($p < 0,01$) и группе 75 лет и старше – $27,4 \pm 17,3$ ($p < 0,05$). Пациенты с тревожно-депрессивными расстройствами статистически достоверные значения имели в возрастных категориях 60-74 года – $35,0 \pm 4,2$ ($p < 0,01$), 75 и старше лет - ($p < 0,01$). Достоверные показатели по тревожно-фобическим расстройствам имела возрастная категория пациентов 18-44 года ($16,7 \pm 1,3$; $p < 0,05$). Иная картина была отмечена в группе пациентов с депрессивно-ипохондрическими расстройствами. Группа пациентов с возрастных категорий 18-44 и 60-74 года показали статистически значимые результаты $31,4 \pm 2,7$ ($p < 0,01$) и $35,0 \pm 4,2$ ($p < 0,01$) соответственно. Во всех возрастных категориях были диагностированы психопатоподобные расстройства ($27,9 \pm 2,9$; $14,5 \pm 1,9$; $6,7 \pm 3,1$; $6,9 \pm 1,6$ соответственно), однако, эти показатели не были достоверно значимы. В первых трех возрастных категориях были отмечены конверсионные расстройства ($2,1 \pm 1,6$; $13,2 \pm 2,6$;

$1,4 \pm 0,9$ соответственно), но эти значения также не имели статистическую достоверность. Клинически установленный психоорганический синдром достоверно был выявлен у пациентов двух возрастных категорий: 60 – 74 года и 75 и старше лет ($21,9 \pm 11,2$; $p < 0,05$ и $32,6 \pm 12,9$; $p < 0,05$ соответственно).

Профильная выборка БСК была одной из групп, в структуре клинической картины болезни которой было отмечено бредовое расстройство (таб.4.4.). При анализе данной таблицы можно утверждать, что в группе обследуемых пациентов с БСК лица с астено-депрессивными расстройствами в нескольких возрастных категориях имели достоверно значимые показатели (в группе 18-44 лет – $21,9 \pm 2,7$ ($p < 0,01$) и группе 75 лет и старше – $27,4 \pm 17,3$ ($p < 0,05$). Пациенты с тревожно-депрессивными расстройствами статистически достоверные значения имели в возрастных категориях 60-74 года – $35,0 \pm 4,2$ ($p < 0,01$), 75 и старше лет - ($p < 0,01$). Достоверные показатели по тревожно-фобическим расстройствам имела возрастная категория пациентов 18-44 года ($16,7 \pm 1,3$; $p < 0,05$).

Таблица 8.
**Распределение выборки БСК по выявлению психических
расстройств по возрастным аспектам (n=103)**

Психопатологические синдромы	18-44	45 – 59	60 – 74	75 и старше
Астено-депрессивный	$21,9 \pm 2,7^{**}$	$28,3 \pm 4,1$	$11,9 \pm 7,2^*$	$27,4 \pm 7,3$ *
Тревожно-депрессивный	$41,1 \pm 0,9$	$29,3 \pm 2,8$	$35,0 \pm 4,2^{**}$	$18,8 \pm 4,2$ **
Тревожно-фобический	$16,7 \pm 1,3^{***}$	$25,1 \pm 1,6^{***}$	$13,9 \pm 1,4^*$	$14,7 \pm 5,2$ *
Депрессивно-ипохондрический	10,3		$18,3 \pm 1,2$	
Психопатоподобный	-	-	-	-

Конверсионный/истерический синдром	-	-	-	-
Психоорганический синдром	-	$9,7 \pm 0,7$	$29,1 \pm 7,1$	$22,1 \pm 5,1$
Синдром «эйфорической псевдодеменции»	$2,1 \pm 0,6$	$2,8 \pm 0,6$	$1,4 \pm 0,9$	-
Бредовое расстройство	-	-	$21,9 \pm 5,2^*$	$17,0 \pm 6,9$ *
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

*Примечание: уровень достоверности * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$*

Иная картина была отмечена в группе пациентов с депрессивно-ипохондрическими расстройствами (таб. 8). Группа пациентов с возрастных категорий 18-44 и 60-74 года показали статистически значимые результаты $31,4 \pm 2,7$ ($p < 0,01$) и $35,0 \pm 4,2$ ($p < 0,01$) соответственно. Во всех возрастных категориях были диагностированы психопатоподобные расстройства ($27,9 \pm 2,9$; $14,5 \pm 1,9$; $6,7 \pm 3,1$; $6,9 \pm 1,6$ соответственно), однако, эти показатели не были достоверно значимы. В первых трех возрастных категориях были отмечены конверсионные расстройства ($2,1 \pm 1,6$; $13,2 \pm 2,6$; $1,4 \pm 0,9$ соответственно), но эти значения также не имели статистическую достоверность. Клинически установленный психоорганический синдром достоверно был выявлен у пациентов двух возрастных категорий: 60 – 74 года и 75 и старше лет ($21,9 \pm 11,2$; $p < 0,05$ и $32,6 \pm 12,9$; $p < 0,05$ соответственно).

Про фильная выборка БДС имела иную картину по возрастным аспектам пациентов данной выборки (таб. 9).

Таблица 9.

Распределение выборки БДС по выявлению психических расстройств по возрастным аспектам (n=117)

Психопатологические синдромы	18-44	45 – 59	60 – 74	75 и старше
Астено-депрессивный	$19,9 \pm 2,7^*$	-	$11,9 \pm 7,2$	$7,4 \pm 0,3$

Тревожно-депрессивный	$16,7 \pm 1,3$	$25,1 \pm 1,6$	$13,9 \pm 1,4$	$14,7 \pm 3,1$
Тревожно-фобический	$31,8,1 \pm 0,9$	$29,3 \pm 2,8$	$35,0 \pm 4,2^{**}$	$18,8 \pm 2,2$
Депрессивно-ипохондрический	$10,3 \pm 2,8$	$28,3 \pm 4,1^*$	$18,3 \pm 1,2$	-
Психопатоподобный	$7,9 \pm 2,9$	$4,8 \pm 1,9$	-	-
Конверсионный/истерический синдром	$9,7 \pm 0,7$	$29,1 \pm 7,1$	$22,1 \pm 5,1^*$	-
Психоорганический синдром	-	$9,7 \pm 0,7$	$29,1 \pm 7,1$	$22,1 \pm 5,1$
Синдром «эйфорической псевдодеменции»	-	-	-	-
Бредовое расстройство	-	-	-	-
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание: уровень достоверности * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

При анализе данной таблицы можно утверждать, что в группе обследуемых пациентов с БДС лица с астено-депрессивными расстройствами в группе 18-44 лет имели достоверно значимые показатели ($19,9 \pm 2,7$, $p < 0,05$). Пациенты с тревожно-депрессивными расстройствами, хотя не имели статистическую значимость, но были отмечены во всех возрастных категориях, при чем $\frac{1}{4}$ часть пациентов с возрастной категории 45 – 59 лет выявляли данную группу ПР. Тревожно-фобические расстройства наблюдались во всех группах и имели относительно высокие показатели, но достоверные значения показала возрастная категория пациентов 60-74 года ($35,0 \pm 4,2$; $p < 0,01$). Иная картина была отмечена в группе пациентов с депрессивно-ипохондрическими расстройствами. Группа пациентов с возрастной категорией 45-59 лет показала статистически значимый результат ($28,3 \pm 4,1$; $p < 0,05$). В первых двух возрастных категориях были диагностированы психопатоподобные расстройства ($7,9 \pm 2,9$; $4,8 \pm 1,9$ соответственно), однако, эти показатели не были достоверно значимы. В возрастной категории 60-74 лет были отмечены

конверсионные расстройства со статистической значимостью $p<0,05$ ($22,1\pm5,1$). Клинически установленный психоорганический синдром был выявлен у пациентов возрастных категорий: 45-59 лет, 60 – 74 года и 75 и старше лет ($9,7\pm0,7$; $29,1\pm7,1$; $22,1\pm5,1$ соответственно), но эти показатели не были достоверны.

Профильная выборка БК-МС была одной из групп, в структуре клинической картины болезни которой было отмечено конверсионное расстройство (таб.4.6.). При анализе данной таблицы можно утверждать, что в группе обследуемых пациентов с БК-МС лица выявляется интересная картина. Пациенты с возрастных категорий 60-74 лет и 75 и старше лет имели достоверно показатели с различной статистической значимостью по трем полисиндромам ПР. Это – астено-депрессивный синдром ($13,9\pm1,4$ и $14,7\pm3,2$ соответственно, $p<0,05$) тревожно-депрессивные расстройства ($11,9\pm7,2$ и $27,4\pm5,7$ соответственно, $p<0,05$), тревожно-фобическим синдром ($13,9\pm1,2$ и $14,7\pm2,4$ соответственно, $p<0,01$). Пациенты с тревожно-депрессивными расстройствами статистически достоверные значения имели в возрастных категориях 60-74 года – $35,0\pm4,2$ ($p<0,01$), 75 и старше лет - ($p<0,01$). Иная картина была отмечена в группе пациентов с остальными психопатологическими расстройствами, которые указывают на наличие недостоверных показателей в группе обследования.

Таблица 10.
Распределение выборки БК-МС по выявлению психических расстройств по возрастным аспектам (n=115)

Психопатологические синдромы	18-44	45 – 59	60 – 74	75 и старше
Астено-депрессивный	-	$19,7\pm1,1$	$13,9\pm1,4^*$	$14,7\pm3,2^*$
Тревожно-депрессивный	$21,9\pm2,7$	$28,3\pm3,6$	$11,9\pm7,2^*$	$27,4\pm5,7^*$
Тревожно-фобический	$37,9\pm1,3$	$25,1\pm2,3$	$13,9\pm1,2^{**}$	$14,7\pm2,4^{**}$

Депрессивно-ипохондрический	$21,2 \pm 0,8$	$6,9 \pm 0,8$	-	$21,1 \pm 3,7$
Психопатоподобный	$11,3 \pm 2,9$	$10,3 \pm 1,9$	$9,0 \pm 1,3$	
Конверсионный/истерический синдром	$7,7 \pm 0,8$		$22,2 \pm 3,6$	
Психоорганический синдром	-	$9,7 \pm 0,7$	$29,1 \pm 7,1$	$22,1 \pm 5,1$
Синдром «эйфорической псевдодеменции»	-	-	-	-
Бредовое расстройство	-	-	-	-
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

*Примечание: уровень достоверности * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$*

Но было неизлишним указать на более высокие показатели ПР по возрастным категориям данной выборки. Более чем $\frac{1}{4}$ части группы пациентов с возрастных категорий 18-44 лет и 45-59 лет имели высокие показатели по тревожно-фобическим расстройствам ($37,9 \pm 1,3$ и $25,1 \pm 2,3$ соответственно). А пациенты в возрасте 60-74 года показали высокий результат по развитию психоорганического синдрома ($29,1 \pm 7,1$).

Профильная выборка БЭС была одной из групп, в структуре клинической картины болезни которой было отмечено бредовое расстройство (таб. 11).

Таблица 11.
Распределение выборки БЭС по выявлению психических расстройств по возрастным аспектам (n=108)

Психопатологические синдромы	18-44	45 – 59	60 – 74	75 и старше
Астено-депрессивный	$21,9 \pm 3,6$	$28,3 \pm 5,0$	$11,9 \pm 3,8^*$	$27,4 \pm 6,7^*$
Тревожно-депрессивный	$41,1 \pm 2,3^*$	$29,3 \pm 4,3$	$35,0 \pm 6,1^*$	$18,8 \pm 3,9$
Тревожно-фобический	-	-	-	-

Депрессивно-ипохондрический	-	-	-	
Психопатоподобный	$7,9 \pm 1,7$	$4,8 \pm 0,8$		
Конверсионный/истерический синдром	-	-	-	-
Психоорганический синдром	-	$9,7 \pm 0,4^{**}$	$29,1 \pm 5,6^{**}$	$22,1 \pm 6,0^{**}$
Синдром «эйфорической псевдодеменции»	$2,1 \pm 0,4$	$2,8 \pm 0,7$	$1,4 \pm 0,3$	-
Бредовое расстройство	-	-	$21,9 \pm 4,6$	$17,0 \pm 3,8$
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

*Примечание: уровень достоверности *p<0,05; ** p<0,01*

При анализе данной таблицы можно утверждать, что в группе обследуемых пациентов с БЭС лица с астено-депрессивными расстройствами в нескольких возрастных категориях имели достоверно значимые показатели (в группе 60-74 лет – $11,9 \pm 3,8$ и группе 75 лет и старше – $27,4 \pm 6,7$; p<0,05). Пациенты с тревожно-депрессивными расстройствами статистически достоверные значения имели в возрастных категориях 18-44 года – $41,1 \pm 2,3$ (p<0,05), 60-74 года - $35,0 \pm 6,1$ (p<0,01). Клинически установленный психоорганический синдром достоверно был выявлен у пациентов трех возрастных категорий: 45-59 лет, 60 – 74 года и 75 и старше лет ($9,7 \pm 0,4$; $29,1 \pm 5,6$ и $22,1 \pm 6,0$; p<0,01 соответственно). В данной выборке не были выявлены статистически значимые результаты по развитию психопатоподобных и псевдодементных состояний. Наряду с этим данная выборка была из немногих, в структуре которой отмечено проявление бредовых состояний, и они имели недостоверные значения в возрасте 60-74 лет и 75 и старше лет ($21,9 \pm 4,6$ и $17,0 \pm 3,8$ соответственно).

Профильная выборка БК была одной из групп, в структуре клинической картины болезни которой не были отмечены депрессивно-ипохондрические, конверсионные, псевдодементные и бредовые расстройства (таб.4.8.).

Таблица 12.

**Распределение выборки БК по выявлению психических
расстройств по возрастным аспектам (n=79)**

Психопатологические синдромы	18-44	45 – 59	60 – 74	75 и старше
Астено-депрессивный	22,9±2,7*	24,3±4,1	23,2±7,2*	26,4±7,3
Тревожно-депрессивный	24,1±0,9	25,3±2,8	25,0±4,2**	21,8±4,2**
Тревожно-фобический	26,7±1,3***	28,1±1,6***	25,9±1,4**	28,7±5,2*
Депрессивно-ипохондрический	-	-	-	-
Психопатоподобный	26,3±2,9	11,2±1,9		
Конверсионный/ истерический синдром	-	-	-	-
Психоорганический синдром	-	10,5±0,7	25,9±7,1	23,1±5,1
Синдром «эйфорической псевдодеменции»	-	-	-	-
Бредовое расстройство	-	-	-	-
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

*Примечание: уровень достоверности * p<0,05; ** p<0,01; p<0,001*

При анализе данной таблицы можно утвердить, что в группе обследуемых пациентов с БК лица с астено-депрессивными, тревожно-депрессивными и тревожно-фобическими расстройствами имели схожие значения и составляли почти ¼ часть каждой возрастной категории. Однако не во всех указанных случаях отмечались достоверные значения. По астено-депрессивному синдрому достоверно значимые показатели были в группе 18-44 лет – 22,9±2,7 (p<0,05) и группе 60-74 года – 23,2±7,2 (p<0,05). Пациенты с тревожно-депрессивными расстройствами статистически достоверные значения имели в возрастных категориях 60-74 года – 25,0±4,2 (p<0,01), 75 и старше лет - 21,8±4,2 (p<0,01). По тревожно-фобическим расстройствам все

возрастные категории пациентов имели значимые показатели с различным уровнем достоверности: 18-44 года – $26,7 \pm 1,3$ ($p < 0,001$); 45-59 лет – $28,1 \pm 1,6$ ($p < 0,001$); 60-74 года – $25,9 \pm 1,4$ ($p < 0,01$); 75 и старше лет – $28,7 \pm 5,2$ ($p < 0,05$). Показатели по формированию психопатоподобного и психоорганического синдрома в данной выборке не были достоверны, но пациенты некоторых возрастных категорий имели относительно высокие (больше чем 1/5 часть) показатели. Группа пациентов в возрасте 18-44 года относительно больше проявляли психопатоподобные расстройства ($26,3 \pm 2,9$). А психоранический синдром относительно часто отмечалось в возрасте 60-74 года и 75 и старше лет ($25,9 \pm 7,1$ и $23,1 \pm 5,1$ соответственно).

Профильная выборка БНС была одной из групп, в структуре клинической картины болезни которой также было отмечено бредовое расстройство (таб.4.9.). В профильной выборке с патологиями нервной системы не выявлены конверсионные и псевдодементные состояния. При анализе данной таблицы можно утверждать, что в группе обследуемых пациентов с БНС лица с астено-депрессивными расстройствами в всех возрастных категориях имели недостоверные показатели, однако возраст 75 лет и старше отличался относительно высоким показателем ($27,4 \pm 6,4$).

Таблица 13.
Распределение выборки БНС по выявлению психических расстройств по возрастным аспектам (n=178)

Психопатологические синдромы	18-44	45 – 59	60 – 74	75 и старше
Астено-депрессивный	$4,2 \pm 0,3$	$21,9 \pm 2,7$	$18,3 \pm 4,1$	$27,4 \pm 6,4$
Тревожно-депрессивный	$11,1 \pm 0,9$	$29,3 \pm 2,8^*$	$24,0 \pm 4,2^{**}$	$18,8 \pm 4,2^{**}$
Тревожно-фобический	$16,7 \pm 1,3$	$25,1 \pm 1,6^*$	$13,9 \pm 1,4$	$14,7 \pm 5,2$
Депрессивно-ипохондрический	$21,3 \pm 0,9$	-	$14,7 \pm 1,2$	-
Психопатоподобный	$46,7 \pm 2,9^*$	$14,8 \pm 1,9$	-	-

Конверсионный/истерический синдром	-	-	-	-
Психоорганический синдром	-	$8,9 \pm 0,7$	$27,5 \pm 7,1^*$	$22,1 \pm 5,1^*$
Синдром «эйфорической псевдодеменции»	-	-	-	-
Бредовое расстройство	-	-	$1,6 \pm 0,2^*$	$17,0 \pm 6,9^*$
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

*Примечание: уровень достоверности * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$*

Пациенты с тревожно-депрессивными расстройствами статистически достоверные значения имели в возрастных категориях 45-59 лет ($29,3 \pm 2,8$; $p < 0,05$), 60-74 года ($24,0 \pm 4,2$; $p < 0,01$), 75 и старше лет ($18,8 \pm 4,2$; $p < 0,01$). Достоверные показатели по тревожно-фобическим расстройствам имела возрастная категория пациентов 45-59 лет ($25,1 \pm 1,6$; $p < 0,05$). Группа пациентов с депрессивно-ипохондрическими расстройствами не показали достоверные значения, однако пациенты в возрасте 18-44 лет имели относительно высокий показатель ($21,3 \pm 0,9$). Психопатоподобные расстройства были диагностированы только лишь в двух возрастных категориях, но достоверно значимым был показатель в группе пациентов 18-44 года ($46,7 \pm 2,9$; $p < 0,05$). Последние три возрастные категории показали результаты по выявлению психоорганического синдрома. Однако возрастные категории 60 – 74 года и 75 и старше лет имели достоверные показатели ($27,5 \pm 7,1$ и $22,1 \pm 5,1$; $p < 0,05$ соответственно). Развитие психопатологических состояний с бредовыми идеями были отмечены только лишь в двух возрастных категориях, и это были статистически значимые показатели ($1,6 \pm 0,2$ и $17,0 \pm 6,9$; $p < 0,05$ соответственно).

Профильная выборка БМС характеризовалась тем, что она была единственной из всех обследуемых групп, и при которой были диагностированы все выявленные психопатологические синдромы. И одной из

трех выборок, при которой в клиническом проявлении патологий наблюдалось псевдодементное состояние (таб. 14).

Таблица 14.
Распределение выборки БМС по выявлению психических расстройств по возрастным аспектам (n=233)

Психопатологические синдромы	18-44	45 – 59	60 – 74	75 и старше
Астено-депрессивный	5,9±0,7	8,3±0,9	11,9±1,8*	17,4±2,4*
Тревожно-депрессивный	20,1±0,9	29,3±2,8	25,3±5,2*	18,8±4,2
Тревожно-фобический	16,7±1,3*	25,1±4,6*	13,9±1,4	14,7±5,2
Депрессивно-ипохондрический	10,3±2,9	-	18,3±1,2	-
Психопатоподобный	17,9±2,9	18,1±2,7*	9,1±1,1*	12,1±3,5
Конверсионный/истерический синдром	18,8±3,1	8,7±0,7	7,1±7,1	8,1±2,1
Психоорганический синдром	-	7,7±0,7	9,1±4,0	19,1±5,1
Синдром «эйфорической псевдодеменции»	10,3±2,9*	2,8±0,6	3,4±0,9	6,8±1,7**
Бредовое расстройство	-	-	1,9±0,2	3,0±0,4
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

*Примечание: уровень достоверности * - p<0,05; ** - p<0,01*

Анализируя результаты исследования последней выборки можно утверждать, что в группе обследуемых пациентов с патологиями мочеполовой системы лица в значительном количестве были с астено-депрессивным, тревожно-депрессивным и тревожно-фобическими расстройствами, а также незначительно высокие показатели с психопатоподобным, конверсионными расстройствами и синдромом «эйфорической псевдодеменции» были диагностированы во всех возрастных группах. Но не все показатели были достоверно значимы. Старшие возрастные категории показали достоверные

результаты по астено-депрессивному синдрому: 60-74 года – $11,9 \pm 1,8$ ($p < 0,05$); 75 и старше лет – $17,4 \pm 2,4$ ($p < 0,05$). А тревожно-депрессивный синдром достоверно выявлено в возрасте 60-74 года ($25,3 \pm 5,2$; $p < 0,05$). Расстройство тревожно-фобического характера с достоверно значимыми показателями отмечено в возрасте 18-44 лет ($16,7 \pm 1,3$; $p < 0,05$) и 45-59 лет ($25,1 \pm 4,6$; $p < 0,05$). Пациенты с тревожно-депрессивными расстройствами статистически достоверные значения имели в возрастных категориях 60-74 года – $35,0 \pm 4,2$ ($p < 0,01$), 75 и старше лет – ($p < 0,01$). В группе пациентов с депрессивно-ипохондрическими расстройствами (18-44 лет и 60-74 лет) выявлены недостоверные показатели. Группа пациентов с психопатоподобными расстройствами (возрастные категории 45-59 и 60-74 года) показали статистически значимые результаты ($18,1 \pm 2,7$ и $9,1 \pm 1,1$; $p < 0,05$ соответственно). Во всех возрастных категориях были диагностированы конверсионные расстройства, однако, эти показатели не были достоверно значимы. Клинически установленный психоорганический синдром был выявлен у пациентов трех последних возрастных категорий, они также не имели статистическую значимость. Синдром «эйфорической псевдодеменции» хотя и был диагностирован во всех возрастных категориях, но только лишь пациенты в возрасте 75 и старше лет показали достоверный результат ($6,8 \pm 1,7$; $p < 0,01$). Лица с бредовыми высказываниями были представителями возрастных категорий 60-74 и 75 лет и старше ($1,9 \pm 0,2$; $3,0 \pm 0,4$ соответственно), но эти показатели не были статистическую значимыми.

Таким образом, по результатам анализа обследуемых групп по выявлению психических расстройств по возрастным аспектам можно обоснованно утверждать, что психопатологические синдромы астенического, депрессивного, тревожного характера были диагностированы почти во всех возрастных категориях профильных выборок, и во многих случаях имели статистически значимые показатели. Синдром «эйфорической псевдодеменции» был выявлен только в трех профильных выборках (БСК, БЭС, БМС), при этом только группа пациентов с патологией мочеполовой

системы в возрасте 75 и старше лет имели значимые показатели. Клинически установленный психоорганический синдром различной тяжести достоверно был выявлен у пациентов двух возрастных категорий: 60 – 74 года и 75 и старше лет ($21,9 \pm 11,2$; $p < 0,05$ и $32,6 \pm 12,9$; $p < 0,05$ соответственно). А в профильных выборках БСК, БЭС, БНС и БМС в структуре клинической картины болезни было отмечено бредовое расстройство, в которых также было выявлено психотическое расстройство в вышеуказанных возрастных группах.

§2.3. Динамика психопатологических расстройств у больных соматической клиники

В соответствии с задачами исследования было проанализировано состояние пациентов кроме обследования в момент осмотра, также в три и двенадцать месяцев после завершения активного стационарного лечения. Был анализирован контингент пациентов, которых была возможность обследовать в последующие периоды исследования. Исследование проводилось клинико-психопатологическим и экспериментально-психологическим методами.

Синдромальная картина психопатологии в профильных выборках в момент обследования пациентов было приведено в таблицах 2. и 3. При изучении взаимоотношения соматической и психической сферы пациентов в профильных группах были получены достоверные показатели, указывающие статистическую значимость некоторых показателей.

Таблица 15.
Распределение больных по клиническим вариантам ПР в срок
через 3 месяц после выписки из стационара

Синдромы психических расстройств	БОП n=133	БСК n=103	БДС n=117	БК-МС n=115	БЭС n=108	БК n=79	БНС n=178	БМС n=10	Всего n=23366
Астено-депрессивный	19	8	9	10	2	15	19	7	89
	14,3	7,8	7,7	8,7	1,9	19,0	10,7	3,0	8,3
	3	13	3	19	12	7	17	15	89

Тревожно-депрессивный	2,3	12,6	2,6	16,5	11,1	8,9	9,6	6,4	8,3
Астено-фобический	4	9	6	10	3	13	11	31	87
	3,0	8,7	5,1	8,7	2,8	16,4	6,2	13,3	8,2
Астено-ипохондрический	6	3	7	4	4	4	10	12	50
	4,5	2,9	6,0	3,5	3,7	5,1	5,6	5,2	4,7
Психопатоподобный	7	7	6	3	6	5	14	24	72
	5,2	6,8	5,1	2,6	5,6	6,3	7,8	10,3	6,8
Неврозоподобный	15	11	12	17	9	27	29	65	185
	11,3	10,7	10,3	14,8	8,3	34,2	16,3	27,9	17,4
Психоорганический синдром	6	4	6	4	19	6	31	13	89
	4,5	3,9	5,1	3,5	17,6	7,6	17,4	5,6	8,3
Бредовое расстройство	-	5	-	-	4	-	5	-	14
	-	4,8	-	-	3,7	-	2,8	-	1,3
Нет ПР	73	43	68	48	49	2	42	66	391
	54,9	41,8	58,1	41,7	45,3	2,5	23,6	28,3	36,7

С целью дальнейшего динамического изучения статуса пациентов, было проанализировано соматический и психический статус обследуемых пациентов в срок 3 месяца после выписки из стационара (таб. 15).

Оказалось, что через 3 месяца после выписывания пациента из стационара в исследуемой группе больных были отмечены некоторые изменения клинической картины психопатологических синдромов. Только лишь в 36,7% (391 наблюдений) не были отмечены элементы, указывающие на те или иные психопатологические синдромы.

Синдромальная оценка психических нарушений у пациентов общей выборки указывает, что самыми распространенными среди основных синдромов оказались астенические расстройства (24,8%) – астено-депрессивные, астено-ипохондрические, астено-фобические синдромы. Важно отметить трансформацию полисиндромов с наличием в структуре

депрессивных расстройств. При этом клиническая картина данных синдромов, в частности депрессивно-фобического, депрессивно-ипохондрического синдрома, перешла на другую категорию с астеническим симптомокомплексом. Данное состояние включало ряд клинических симптомов – слабость, вялость, утомляемость, быстрая физическая истощаемость, ощущение несостоятельности, чувство утраты энергии, ослаблением и обеднением побуждений к деятельности, снижение активности, которые в сочетании с другими психопатологическими расстройствами формировали неблагоприятный фон для социально-психического функционирования пациента. Вторым по частоте встречаемости оказался неврозоподобный синдром (17,4%). Интересным оказался тот факт, что изначально неврозоподобный синдром не был диагностирован в общей исследуемой выборке больных. Клиническую картину данного синдрома составили обсессивно-, компульсивно-, конверсионные расстройства с соматовегетативными симптомами. Значительно реже в качестве основных выступали психоорганический синдром (8,3%) различной тяжести, и бредовый синдром (1,3%). Данный спектр основных синдромов и их частота были результатом и отражением более глубокого уровня ПР у пациентов, нуждающихся в систематическом лечении и динамическом наблюдении.

Таблица 16.
Корреляционный анализ психопатологических синдромов в структуре профильных выборок (в срок 3 месяца)

Синдромы психических расстройств	БОП n=133	БСК n=103	БДС n=117	БК-МС n=115	БЭС n=108	БК n=79	БНС n=178	БМС n=233
Астено-депрессивный	0,34	0,01	0,15	0,34	0,20	0,04	0,15	0,17
Тревожно-депрессивный	0,15	0,87*	0,07	0,45*	0,13	0,18	0,13	0,34

Астено-фобический	0,29	0,29*	0,00	0,06	0,18	0,25*	0,02	0,93*
Астено-ипохондрический	0,39	0,23	0,09	0,35*	0,20	0,15	0,49*	0,02
Психопатоподобный	0,95*	0,12	0,04	0,09	0,01	0,06	0,02	0,12
Неврозоподобный	0,56*	0,12	0,22*	0,11	0,22	0,03	0,05	0,45*
Психоорганический синдром	0,11	0,27*	0,12	0,11	0,49*	0,04	0,38*	0,34
Бредовое расстройство	0,14	0,04	0,05	0,17	0,30	0,26	0,14	0,21
Нет ПР	0,03	0,01	0,15	0,15	0,20	0,04	0,15	0,17

*Примечание: * уровень достоверности $p < 0,05$*

Психопатологические синдромы, выявленные у пациентов общей выборки наряду с основными синдромами, также включали другие психопатологические расстройства в качестве коморбидных, сочетание которых зависела от ряда факторов. С целью уточнения взаимосвязи формирования, проявления психопатологических синдромов в структуре somатических заболеваний был проведен корреляционный анализ в профильных выборках (таб. 16).

При анализе данных таблицы 16. с некоторой закономерностью были получены результаты соотношения проявления somатической и психической патологии. Достоверно значимые показатели имели далеко не все обследуемые группы. Однако во всех категориях были получены 1-2 прямых корреляционных соотношений между somатической патологией и психическими расстройствами, что лишний раз утверждает о взаимовлиянии somатического и психического статуса пациентов.

Каждая профильная выборка имела несколько достоверных корреляционных взаимосвязей с уровнем достоверности $p < 0,05$. Наибольшее

соотношение в плане корреляции с формированием психопатоподобных расстройств имела группа пациентов с патологией ЖКТ (группа БОП) ($r=0,95$), а средняя корреляционная связь была отмечена с неврозоподобными расстройствами ($r=0,56$). Самый высокий показатель по значимости тревожно-депрессивных расстройств показала группа пациентов с ССС заболеваниями (группа БСК) ($r=0,87$), также было характерно статистически значимая слабая корреляция с астено-фобическим ($r=0,29$) и психоорганическим синдромом ($r=0,27$). Группа пациентов с патологией дыхательной системы (группа БДС) имели более выраженные неврозоподобные расстройства ($r=0,22$). Профильная выборка БК-МС имела среднюю прямую достоверную корреляционную связь с тревожно-депрессивными расстройствами ($r=0,45$) и астено-ипохондрическим синдромом ($r=0,35$). Наибольшее корреляционное соотношение с развитием психоорганического синдрома имела выборка БЭС, степень нарушений которых можно отнести к наиболее значимым маркерам расстройств психического статуса пациента ($r=0,49$). Следующее место по развитию психоорганического синдрома занимало группа БНС ($r=0,38$), хотя она была на доминирующей позиции по формированию астено-ипохондрических расстройств ($r=0,49$). Неврозоподобные расстройства относительно часто коррелировали с урогенитальной патологией ($r=0,45$). Однако данная профильная группа (БМС) имела наибольшее соотношение с категорией астено-фобических состояний ($r=0,93$). Эта категория ПР имела хотя слабую, но прямую корреляцию с профильной выборкой БК ($r=0,25$).

Необходимо отметить, что в момент обследования не были выявлены формирование некоторых психопатологических синдромов в профильных выборках (таб.4.2.). Но в течение динамического наблюдения отмечено выявление некоторых изначально не формированных синдромов, а также трансформация ряда психопатологических синдромов с видоизменением клинической картины. И самым важным моментом является то, что во всех профильных выборках, даже незначительными корреляционными

соотношениями, были выявлены все категории психопатологических синдромов.

Таблица 17.
Распределение больных по клиническим вариантам ПР в срок
через 12 месяц после выписки из стационара

Синдромы психических расстройств	БОП n=133	БСК n=103	БДС n=117	БК-МС n=115	БЭС n=10	БК n=79	БНС n=178	БМС n=23	Всего n=106
Тревожно-депрессивный	3	13	3	19	12	7	17	15	89
	2,3	12,6	2,6	16,5	11,1	8,9	9,6	6,4	8,3
Неврозоподобный	15	11	12	17	9	27	29	65	185
	11,3	10,7	10,3	14,8	8,3	34,2	16,3	27,9	17,4
Психоорганический с-м	6	4	6	4	19	6	31	13	89
	4,5	3,9	5,1	3,5	17,6	7,6	17,4	5,6	8,3
Нет ПР	109	75	96	75	68	39	101	140	703
	81,9	72,8	82,0	65,2	62,9	49,3	56,7	60,0	65,9

Следующим этапом реализации поставленной цели было изучение дальнейшей трансформации психопатологических состояний в структуре somатической патологии в срок 12 месяца после выписки из стационара (таб.17). Анализ данной таблицы показал, что через 12 месяцев после выписки из стационара в исследуемой группе больных были отмечены кардинальные изменения клинической картины психо-, somатического статуса пациентов. Основной контингент общей выборки больных вошли в группу выздоровевших. Расстройства с депрессией, тревогой, фобией перешли на невротический уровень расстройств и характеризовались как субклинические формы. Однако психоорганические расстройства, неврозоподобные расстройства и тревожно-депрессивные расстройства стабильно держались в

статусе пациентов, даже в течение года. В итоге в 65,9% (703 наблюдений) случаев не были отмечены элементы, указывающие на те или иные психопатологические синдромы.

Осознание наличия серьезного заболевания, страх перед повторением соматического недуга, невозможность внутренне изменить отношение к перенесенному, недостаток объективной информации о заболевании и его последствиях создает почву для поддержания внутреннего психологического дисбаланса, который и нарушает эмоциональное реагирование пациента, в результате чего и сохраняются депрессивные, неврозоподобные расстройства. Очевидно, эта группа пациентов требует пристального внимания со стороны интернистов и психиатров с разработкой плана психокоррекционного воздействия.

Таким образом, подводя определенные итоги разбору клинических особенностей ПР, возникающих в структуре соматической патологии, можно сделать, на наш взгляд, ряд важных выводов:

- подавляющее большинство пациентов, испытывает при первичном диагностировании расстройства астенического и депрессивного круга, клинически выраженного характера;
- наибольшая частота всех выявленных ПР приходится на долю психопродуктивных расстройств, что должен вызывать наибольшую настороженность врача, курирующего пациента, в отношении риска развития соматопсихозов;
- по типологии аффекта наибольшую распространенность среди ПР получают тревожные расстройства;
- особого внимания должны заслуживать случаи выявления депрессий ассоциированных с тревогой, ввиду повышенного риска развития ажитированности и совершения аутоагрессивных, и направленных вовне агрессивных действий;

- при формировании клинически выраженных форм ПР целесообразно принимать терапевтические меры для профилактики возникновения проявлений острых или затяжных психозов;
- длительность некоторых ПР может быть до одного года с момента их возникновения, причем в подавляющем большинстве случаев выраженность ПР либо постепенно уменьшалась до полной редукции, либо (в случаях изначально легкой симптоматики) сохранялась на первоначальном уровне. С целью редукции ПР целесообразно применение в первые дни психокоррекционных мероприятий.

ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПО ПСИХОМЕТРИЧЕСКИМ ШКАЛАМ

Отдельные группы расстройств, ранжированные в соответствии с критериями МКБ-10, хотя и дают представление о частоте психической патологии, однако минимально отражают ключевые клинические характеристики, соответственно полученный результат требует существенной коррекции с привлечением валидных диагностических категорий.

С этой целью был использован опросник выраженности психопатологической симптоматики (SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED — SCL-90-R), с помощью которого результаты были интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов психического статуса пациента (таб. 18). По мере доминантности категорий данной шкалы были распределены пациенты общей выборки.

Таблица 18.
**Показатели наличия психопатологической симптоматики в общей
выборке**

	ШКАЛЫ SCL-R	Средние показатели по шкалам	Общая выборка, n=1066, %
	Соматизация (Somatization — SOM)	1,60±0,92	48,9
	Обсессивно-компульсивные расстройства (Obsessive–Compulsive, O–C)	1,04±0,78	23,4
	Межличностная сензитивность (Interpersonal Sensitivity — INT)	1,13±0,80	19,8
	Депрессия (Depression — DEP)	1,07±0,96	43,8
	Тревожность (Anxiety — ANX)	1,50±0,67	41,6
	Враждебность (Hostility — HOS)	1,10±0,45	9,2

	Фобическая тревожность (Phobic Anxiety — PHOB)	$0,99 \pm 0,84$	19,9
	Паранойальные симптомы (Paranoid Ideation — PAR)	$0,76 \pm 0,34$	7,2
	Психотизм (Psychoticism — PSY)	$0,80 \pm 0,47$	4,3
0	Общий индекс тяжести симптомов (GSI)	$0,92 \pm 0,80$	
1	Индекс наличного симптоматического дистресса (PTSD)	$1,87 \pm 1,09$	
2	Общее число утвердительных ответов (PST)	$54,8 \pm 1,02$	

По показателям данной таблицы в общей выборке шкала соматизации (Somatization — SOM) ($1,60 \pm 0,92$) отражала дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции. Жалобы обследуемых пациентов были фиксированы на кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной и других системах. Компонентами расстройства также были головные боли, общий мышечный дискомфорт и в дополнение — соматические эквиваленты тревожности. Все эти симптомы и признаки указывали на наличие расстройства, возможно они были и проявлением реальных соматических заболеваний.

Показатели по шкале обсессивно-компульсивных расстройств (Obsessive–Compulsive, O–C) имели небольшое отклонение по сравнению со стандартизованными значениями ($1,04 \pm 0,78$). Обсессивно-компульсивное расстройство имело симптомы, которые в значительной степени тождественны стандартному клиническому синдрому с тем же названием. При этом характерны были мысли, импульсы и действия, воспринимаемые как постоянные, непреодолимой силы, но чуждые для пациента или нежелательные.

Межличностная сенситивность (Interpersonal Sensitivity — INT) ($1,13 \pm 0,80$) определялась чувствами личностной неадекватности и неполноценности, самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия характеризовало проявления этого синдрома. Кроме того, пациенты с высокими показателями по INT сообщали о негативных ожиданиях относительно межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми.

Симптомы по шкале депрессия (Depression — DEP) ($1,07 \pm 0,96$) отражали широкую область проявлений клинической депрессии. Были представлены симптомы дисфории и такие аффективные симптомы, как признаки отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии. Кроме того, сюда были включены чувства безнадежности, мысли о суициде и другие когнитивные и соматические корреляты депрессии.

По шкале тревожности (Anxiety — ANX) общая выборка имела схожий показатель со стандартизованными значениями ($1,50 \pm 0,67$). В группу тревожных расстройств входило ряд симптомов и признаков, которые клинически связаны с высоким уровнем манифестирующей тревожности, ей соответствовало ощущение, что угроза или предмет страха пронизывает все, хотя тревога не привязана к чему-либо конкретному. В числе признаков были нервозность, напряжение, трепет, а также приступы паники и чувство ужаса.

Шкала враждебности (Hostility — HOS) включало мысли, чувства или действия, которые были проявлениями негативного аффективного состояния злости. В состав пунктов входят все три признака, отражающие такие качества, как агрессия, раздражительность, гнев и негодование. Показатели по данной шкале были с небольшим отклонением от стандартизованных значений ($1,10 \pm 0,45$).

Фобическая тревожность (Phobic Anxiety — РНОВ) ($0,99 \pm 0,84$) была диагностирована, как стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и

неадекватная по отношению к стимулу и влечет за собой избегающее поведение.

Паранойяльные симптомы (Paranoid Ideation — PAR). Паранойяльное поведение было представлено как вид нарушений мышления. Его кардинальными характеристиками были проекции мыслей, враждебность, подозрительность, напыщенность, страх потери независимости. Вопросы этой шкалы были ориентированы на данные признаки и в общей выборке были получены значительно невысокие показатели ($0,76 \pm 0,34$).

В шкалу психотизма (Psychoticism — PSY) были включены вопросы, указывающие на избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни, на симптомы шизофрении, шизотипическое расстройство. Обследуемый контингент высказывал мысли о склонности к одиночеству, отсутствие доверительных отношений с кем-нибудь вне семьи, чрезмерная и устойчивая социальная тревожность ($0,80 \pm 0,47$). Шкала психотизма представляет собой континuum от мягкой межличностной изоляции до очевидных признаков психоза.

Для оценки уровня развития, взаимопроявления и связи между соматическими и психическими расстройствами, с учетом их этиопатогенетической принадлежности, нами было рассчитано корреляционное взаимоотношение между данной группой расстройств (таб.19). Главным инструментом для определения группы психопатологической симптоматики был опросник Symptom check list-90-revised — SCL-90-R.

Таблица 19.
Корреляционная взаимосвязь психических и соматических расстройств в общей выборке (n=1066)

Этиопатогенетическая хар-ка Шкалы SCL-R	Нозогенные	Соматогенные	Конституционально-обусловленные	Эндоформные
---	------------	--------------	---------------------------------	-------------

Соматизация (Somatization — SOM)	1,00*	0,8*	0,46*	0,02
Обсессивно-компульсивные расстройства (Obsessive—Compulsive, O—C)	0,12	1,00*	0,58*	0,11
Межличностная сензитивность (Interpersonal Sensitivity — INT)	0,46*	0,58*	1,00*	0,05
Депрессия (Depression — DEP)	0,02	0,5	0,05	1,00*
Тревожность (Anxiety — ANX)	0,43	0,52	0,6	-0,14
Враждебность (Hostility — HOS)	-0,01	-0,28*	-0,03	-0,07
Фобическая тревожность (Phobic Anxiety — PHOB)	0,68*	0,79*	0,64	0,6*
Паранойяльные симптомы (Paranoid Ideation — PAR)	-0,14*	0,2	0,3	0,9*

Психотизм (Psychoticism — PSY)	0,31*	0,09	0,10	0,49
Общий индекс тяжести симптомов (GSI)	0,94*	0,17	0,46*	0,06
Индекс наличного симптоматического дистресса (PTSD)	0,05	-0,02	0,02	-0,04
Общее число утвердительных ответов (PST)	0,20*	0,06	0,04	0,02

*Примечание: уровень достоверности * $p<0,01$*

В результате анализа данных, включающих критерии и категории, ориентированные на определение психосоматических соотношений, верифицирована систематика психических расстройств в общей выборке, включающая психопатологические категории, отражающие необходимые клинические аспекты и структурированные в соответствии с ними по группам/подгруппам расстройства. При проведении корреляционного анализа в группе нозогений было установлено сильная прямая корреляционная взаимосвязь со шкалами межличностной сенситивности ($r=0,46$, $p<0,01$) и общего индекса тяжести симптомов ($r=0,94$, $p<0,01$) и полная взаимосвязь со шкалой соматизации ($r=1,0$, $p<0,01$).

В группе соматогений показана полная взаимосвязь со шкалой обсессивно-компульсивных расстройств ($r=1,0$, $p<0,01$), сильная прямая корреляционная взаимосвязь со шкалой соматизации ($r=0,8$, $p<0,01$), а также со шкалами фобической тревожности ($r=0,79$, $p<0,01$) и межличностной сенситивности ($r=0,58$, $p<0,01$). В конституционально обусловленной группе

установлено прямая корреляционная взаимосвязь со шкалами обсессивно-компульсивных расстройств ($r=0,58$, $p<0,01$) и фобической тревожности ($r=0,54$, $p<0,01$) и полная взаимосвязь со шкалой межличностной сенситивности ($r=1,0$, $p<0,01$). В эндоформной группе показана полная взаимосвязь со шкалой депрессии ($r=1,0$, $p<0,01$).

Некоторая другая картина отмечена в группе расстройств конституционально-биологической принадлежности. Установлена полная корреляционная связь с межличностно-сенситивной шкалой ($r=1,0$, $p<0,01$), а также средняя прямая связь с общим индексом тяжести симптомов ($r=0,46$, $p<0,01$).

В группе эндоформных расстройств отмечена полная корреляционная связь с депрессией ($r=1,0$, $p<0,01$), а также достоверная прямая сильная связь с расстройствами паранойяльного круга ($r=0,9$, $p<0,01$) и средняя прямая корреляционная связь с фобической тревожностью ($r=0,6$, $p<0,01$).

По шкале соматизации жалобы обследуемых пациентов были фиксированы на системах внутренних органов. Компонентами расстройства также были головные боли, другие боли и общий мышечный дискомфорт и в дополнение — соматические эквиваленты тревожности. Для обсессивно-компульсивного расстройства характерны были мысли, импульсы и действия, воспринимаемые как постоянные, непреодолимой силы, но чуждые для пациента или нежелательные. Межличностная сенситивность определялась чувствами личностной неадекватности и неполноценности, самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия. Кроме того, пациенты сообщали о негативных ожиданиях относительно межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми. Симптомы по шкале депрессия отражали широкую область проявлений клинической депрессии. Были представлены симптомы дисфории и такие аффективные симптомы, как признаки отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии. Кроме того, сюда были включены чувства безнадежности, мысли о суициде и другие когнитивные и

соматические корреляты депрессии. В группу тревожных расстройств входило ряд симптомов и признаков, которые клинически связаны с высоким уровнем манифестирующей тревожности, ей соответствовало ощущение, что угроза или предмет страха пронизывает все, хотя тревога не привязана к чему-либо конкретному. В числе признаков были нервозность, напряжение, трепет, а также приступы паники и чувство ужаса. Шкала враждебности включала мысли, чувства или действия, которые были проявлениями негативного аффективного состояния злости, агрессия, раздражительность, гнев и негодование. Для фобической тревожности были характерны стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу и влечет за собой избегающее поведение. Паранойяльное поведение было представлено как вид нарушений мышления. Его кардинальными характеристиками были проекции мыслей, враждебность, подозрительность, напыщенность, страх потери независимости.

При анализе психопатологических состояний в ходе научного исследования были отмечены наиболее распространенные психические расстройства, такие как аффективные расстройства, в частности депрессивные и тревожные состояния, наличие которых придавало интенсивность практически всех расстройств психосоматического круга.

Таблица 20.
Результаты общей выборки по Госпитальной шкале тревоги и
депрессии (n=1066)

Степень тяжести депрессивного эпизода	шкала Т / шкала Д							
	Муж (n=515)				Жен (n=551)			
	18-44	45-59	60-74	75 и старше	18-44	45-59	60-74	75 и старше
Невыраж.	27,3±6,7	33,9±5,9*	13,6±5,1**	17,8±8,3	14,3±5,4	27,8±9,7	52,0±9,9*	28,8±9,1

симптомы	27,3±8,2	33,9±4,3*	13,6±4,8**	20,10±11,2	14,3±6,2	25,0±10,8	48,0±9,9*	24,9±12,8
Субклинический	29,5±6,8	53,2±6,3	63,6±7,5	32,3±1,1	57,1±7,6	39,4±11,5	36,0±9,6	31,3±11,5
	31,8±7,0	54,6±6,3	61,4±7,3	35,4±2,1	54,8±7,6	41,2±11,5	32,0±9,3	31,2±11,5
Клинический	43,2±7,4	14,5±4,4	25,0±6,5	49,2±1,7	30,9±7,1	50,0±9,2*	16,0±7,3	50,0±12,5
	40,9±7,4	12,9±4,2	22,6±6,3	44,5±1,7	28,6±7,0	43,7±11,3*	16,0±7,3	43,7±12,4
Итого	29,3±3,9	41,4±4,0	29,3±3,7	19,7±4,9	50,6±5,4	19,3±4,3	30,1±5,0	18,9±5,6

*Примечание: уровень достоверности * p<0,05 ** p<0,001*

Для диагностики этой категории расстройств была использована Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A.S., Snaith R.P. в 1983). Данная шкала рекомендована для использования в общесоматической практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов. Шкала обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии. По шкале HADS были получены следующие результаты (таб. 20).

В большинстве случаев отмечались субклиническая и клиническая степень тревоги и депрессии. Необходимо обратить внимание на то, что в возрасте 45-59 лет клиническая степень тревоги по шкале HADS в 3,4 раза, а клиническая степень депрессии по шкале HADS почти в 3,3 раза чаще встречались среди женщин по сравнению с мужчинами ($p<0,05$). Интересен тот факт, что тревожно-депрессивные расстройства невыраженной степени в возрасте до 45-59 лет относительно чаще (в 1,2 раза) регистрировалась среди мужчин, чем среди женщин. Тогда как в возрасте 60-74 лет ТДС невыраженной степени среди мужчин имеет тенденцию к снижению почти в 2 раза (чем клинически выраженный) и в сравнении с женщинами встречается

реже почти в 4 раза ($p<0,001$). По-видимому, это связано с тем, что в этом возрасте мужчины труднее переносят стрессы, соматические заболевания, у них появляется страх потерять работу, страх невостребованности, материальной несостоятельности, неуверенность в завтрашнем дне.

Тогда как для женщин этот возраст уже пенсионный, они пережили страх потери работы, трудовой неустроенности, женщины обычно более близки с детьми, внуками, чем мужчины, все это, по-видимому, помогает им пережить факт наличия тяжелого заболевания в более легкой форме. В связи с этим, по-видимому, ТДС клинически выраженной степени среди женщин преклонного возраста (60-74 лет) регистрировалась более чем в 3,2 раза реже, чем легкая и в 2,2 раза реже, чем умеренная степень тяжести депрессивного эпизода ($p<0,05$). В то же время необходимо обратить внимание на то, что женщины в возрасте 45-59 лет более тяжело переносят заболевание с точки зрения психологического состояния. Так, среди женщин в возрасте 45-59 лет в 2,1 раза чаще отмечались клинический вариант выраженности тревоги/депрессии, чем невыраженной, и в 1,3 раза чаще, чем субклинической ($p<0,05$).

В целом показатели степени тяжести тревоги и депрессии по шкалам HADS, которые были использованы для выявления ТДС, очень схожи и можно сделать вывод об их эквивалентности.

Анализ компонентов тревожно-депрессивного расстройства среди обследуемых пациентов в возрастном аспекте позволил выявить более интересную картину (табл. 21).

Таблица 21.
Распределение больных в зависимости от выраженности
клинического компонента аффективного расстройства (тревоги и
депрессии)

Преобладающий компонент депрессии	Муж (n=515)				Жен (n=551)			
	18-44	45-59	60-74	75 и старше	18-44	45-59	60-74	75 и старше

Аффективный	50,0± 7,5	46,8 ±6,3 ***	61,4±7, 3	59,7 ±7,3	31,2±1 1,5	59,5± 7,5	47, 1±9 ,9	44,0 ±9,9
Идеаторный/к огнитивный	34,1± 7,1	17,9 ±4,8	27,3±6, 7	29,0 ±6,7	12,5±8, 2	31,0± 7,1	45, 8±9 ,9	44,0 ±9,9
Моторный	15,9± 5,5	35,3 ±6,0 ***	11,3±4, 7	11,3 ±4,7	56,2±1 2,4***	9,4±4, 5***	7,1 ±5, 9	12,0 ±6,5
Итого	100,0	100, 0	100,0	100, 0	100,0	100,0	100 ,0	100, 0

*Примечание: уровень достоверности *** p<0,001*

Среди лиц мужского пола частота встречаемости триады ТДС во всех возрастах расположены почти в одинаковом порядке. На первом месте по частоте стоит аффективный компонент, затем идеаторный и на третьем месте – моторный компонент. Исключением являются мужчины в возрасте 45-59 лет, среди последних чаще отмечаются аффективный и моторный компоненты ДС (в среднем 46,8% - 241 б-х и 35,3% - 182 б-х соответственно, p<0,001), а заторможенность мышления регистрировалась относительно реже (17,9% - 92 б-х).

В клинической картине симптомов депрессии среди женщин выявлена следующая закономерность. У женщин относительно молодого возраста при установлении депрессивного эпизода в большинстве случаев отмечалась двигательная заторможенность (56,2% - 310 б-х, p<0,001), что почти в 1,8 раза чаще встречаемости аффективного компонента и почти в 4,5 раз чаще встречаемости идеаторного. Конечно, каждый из этих симптомов дополняют друг друга, но в большей степени в поведении больных проявлялся именно моторный компонент. В относительно старшем возрасте (45-59 лет) у женщин наиболее выраженно проявлялся аффективный компонент, т.е. женщины практически все время находились в подавленном настроении, не проявляли

никакой заинтересованности ни к своей болезни, ни к окружающим, старались уединиться и не входить в контакт с медперсоналом, и даже родственниками. У трети женщин данного возраста были проблемы с мышлением, и всего лишь у 9,4% (52 б-х) женщин была отмечена двигательная заторможенность. В возрасте 60 лет и старше у женщин с одинаковой частотой встречаются аффективный и когнитивный компоненты депрессии/тревоги и достоверно низкий уровень частоты встречаемости моторного компонента ТДС ($p<0,001$).

Психопатологическую картину заторможенной тревожной депрессии у пациентов в значительной степени определяла именно тревога. В депрессивной триаде наряду с аффективным компонентом была выражена двигательная заторможенность (хоть и в меньшей мере, чем аффективный компонент), темп мышления существенно не был изменен, а идеаторное торможение проявлялось скорее тревожно-тоскливым содержанием мышления. Все пациенты данной группы говорили о физическом ощущении тревоги, выражавшемся в болях в области сердца, ощущении перебоев в работе сердца, ощущении тяжести в области подреберья, сдавливания в грудной клетке... Данные симптомы, естественно, являются и соматическим проявлением тревоги, и характерными признаками основного заболевания (ишемическая болезнь сердца, цирроз печени, дыхательная недостаточность...) пациентов данной группы; они взаимообуславливают друг друга и утяжеляют субъективное ощущение течения как основной патологии (соматической), так и сопутствующих ей психических расстройств аффективного ряда. Это позволяет говорить о витальном характере испытываемой пациентами тревоги. Также больные отмечали чувство тоски, идеи самообвинения и неполноценности, в некоторых случаях - суицидальные мысли и намерения.

Для нозогений – реактивных депрессий, являющихся ответом психики на психотравмирующую ситуацию, в нашем случае соматическое заболевание – была характерна большая выраженность клинических проявлений тревожных депрессий и длительность до года, тогда как депрессивные

синдромы с затяжным течением, для которых был характерным астенический вариант ТДС, можно отнести к соматогениям – сосудистым депрессиям - состояниям, патофизиологически связанным с тяжелой патологией внутренних органов.

Для оценки состояния здоровья обследуемых пациентов была использована короткая форма оценки здоровья (12-Item Short-Form Health Survey, SF-12). Краткая форма оценки здоровья является одним из самых распространённых методов измерения качества жизни, связанного со здоровьем.

Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ.

Описание шкал опросника

1. Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.).

2. Role-Physical (RP) - влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).

3. Bodily Pain (BP) - интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. General Health (GH) – общее состояние здоровья - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Vitality (VT) - жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).

6. Social Functioning (SF) - социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. Role-Emotional (RE) - влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное

состоение мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т. п.).

8. Mental Health (MH) - самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Все шкалы опросника объединены в два измерения: физический компонент здоровья (1 – 4 шкалы) и психический (5 – 8 шкалы).

Исследование качества жизни пациентов, связанного со здоровьем, хотя и имеют ряд ограничений из-за влияния социальных характеристик, уровня образования, особенностей организации жизни и т.д., дали следующую картину (таб. 22).

Таблица 22.
Качество жизни обследуемых пациентов в зависимости от
категории соматического заболевания

Шкал ы	БОП n=133	БСК n=103	БДС n=117	БК- МС n=115	БЭС n=10	БК n=79	БНС n=178	БМС n=233	P
ФА	78,6± 14,8	41,0± 16,7	48,6± 22,8	46,0± 17,1	71,6± 24,8	39,0±2 6,7	48,6±2 1,2	71,0±1 6,1	<0,00 1
РФ	80,1± 27,4	35,3± 42,1	39,4± 27,4	45,4± 42,1	78,4± 27,4	42,8±4 2,1	20,1±2 7,4	55,3±4 2,1	<0,00 1
БТ	42,1± 13,4	43,3± 13,9	40,1± 21,4	46,3± 13,0	41,1± 23,4	41,3±1 8,2	44,1±19 ,4	45,3±2 1,9	<0,00 1
ОЗ	55,8± 17,8	41,7± 18,0	45,8± 15,1	51,7± 17,2	46,9± 13,3	21,7±1 6,0	35,8±1 7,2	51,1±1 8,4	<0,01
ЖС	61,4±2 1,1	51,7±1 8,5	35,3± 18,5	34,4± 17,1	56,2± 12,5	33,9±1 3,3	45,3±1 8,5	48,4±1 7,7	<0,05
СА	43,4± 22,3	45,6± 25,1	41,4±1 9,3	44,1± 17,3	46,0± 17,6	42,6±2 0,1	43,4±2 2,4	40,9±1 8,7	<0,01

РЭ	40,5± 37,3	38,3± 31,7	39,2± 33,4	46,3± 38,0	42,7± 38,3	46,9±3 7,2	40,9±3 6,3	43,5±3 6,7	<0,05
ПЗ	49,1± 18,4	48,7± 16,3	47,4± 16,0	46,2± 15,8	39,9± 17,9	40,2±1 3,5	43,0±1 3,8	48,1±1 7,6	<0,01

По каждой субшкале опросника каждая профильная выборка имела различные достоверно значимые показатели качества жизни больных. По категории физической активности в профильных выборках отмечены результаты со статистической значимостью $p<0,001$. В группе больных с БОП объем физической нагрузки, не ограниченный состоянием здоровья, который они могут выполнять составляет 78,6% от максимального объема, т.е. патология ЖКТ не особо ограничивала максимальную физическую нагрузку пациента. И этот показатель был наибольшим среди обследованных выборок. Меньше чем половину физических нагрузок могли осилить пациенты с групп БСК, БДС, БК-МС, БК и БНС (41,0%, 48,6%, 46,0%, 39,0% и 48,6% соответственно).

Со статистической значимостью $p<0,001$ были получены следующие результаты. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности у больных с БНС составила 20,1% от минимального уровня, т.е. патология нервной системы почти на 80% ограничивает повседневную жизнедеятельность больных, обусловленную физическими проблемами. Это самый низкий результат среди всех выборок. У пациентов с заболеваниями пищеварительной системы самый высокий результат (80,1), т.е. у данной категории пациентов ограничение повседневной жизнедеятельности, обусловленной физическими проблемами, составляет почти 20%.

Наблюдается интересная картина по объему субъективных болевых ощущений ($p<0,001$). Во всех профильных выборках наблюдалось почти схожие результаты (в пределах $40,1\pm23,4 - 46,3\pm21,4$). А общее состояние здоровья, которое имело тесную взаимосвязь с предыдущим показателем имело иную картину ($p<0,01$). У больных в группе пациентов с БК по их

самооценке составляет 21,7%, т.е. почти на 79% ниже уровня идеального состояния, и это оказалось наихудшая самооценка среди всех обследуемых пациентов. В группе больных с патологией ЖКТ показатель составил 55,8%, т.е. относительно высокая самооценка общего здоровья пациентов .

По шкале жизнеспособности (жизненный тонус) было отмечено с уровнем достоверности $p<0,05$ несколько невысоких показателей у обследуемых групп больных с БДС, БК-МС и БК, у которых жизненный тонус составил только чуть больше трети от максимально возможного уровня 100% (когда больные ощущали себя бодрыми и полными сил) (35,3% ; 34,4% и 33,9% соответственно).

Показатель социальной активности пациентов профильных выборок составил больше 40 % (от 40,9% до 46,0%), т.е. объем социальных связей составил ограничение у обследуемых пациентов больше чем на 50% от максимально возможного уровня ($p<0,01$).

При изучении роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности получены разные показатели ($p<0,05$). Относительно низкие показатели были в группе пациентов с БСК и БДС (36,3% и 37,2%), следующее место было у пациентов группы БОП и это составило 40,5% от минимального уровня. В остальных профильных выборках были относительно высокие показатели, однако во всех обследуемых профильных группах эмоциональные проблемы больше чем на 50% ограничивали повседневную жизнедеятельность пациентов, в связи с чем нарастало беспокойство, тревога, эмоциональные реакции...

По самооценке пациентов их психического здоровья были получены результаты, которые указывали снижения состояния их ментальной сферы ($p<0,001$). В группе пациентов с БОП (49,1%) это примерно на 51% ниже идеального состояния, пациенты с группы БСК и БМС отмечали схожие показатели - 48,7% и 48,1% от максимально возможного уровня. Относительно худшие результаты показали пациенты с групп БЭС и БК (39,9% и 41,2%

соответственно), это примерно на 60% ниже идеального состояния ментального функционирования.

О характере личностного реагирования на ситуацию можно было судить на основании типологической клинической оценки личности, проведенной с помощью опросника ММИЛ. По данным литературы, определенную и существенную роль в формировании личностной реакции на сложившуюся ситуацию (тяжелое соматическое заболевание) играют факторы личностной предрасположенности, к которым, прежде всего, стоит отнести волевую и физическую подготовленность, психологическую устойчивость, адекватность эмоционального реагирования.

Таблица 22.

Распределение пациентов в зависимости от типа личности

Тип личности		БОП	БСК	БДС	БК-МС	БЭС	БК	БНС	БМС
Эмоционально неустойчивый	Абс.	47	17	21	19	32	21	29	69
	%	35,3	16,6**	17,9	16,5	29,6*	26,6*	16,3	29,6***
Гипертический	Абс.	7	28	9	37	20	19	10	41
	%	5,3	27,2	7,7	32,2	18,5	24,1	5,6	17,6
Психастенический	Абс.	11	19	27	18	2	1	38	56
	%	8,3	18,4**	23,2*	15,7*	1,9	1,3	21,3	24,0*
Демонстративный	Абс.	28	6	17	13	19	8	8	16
	%	21,1	5,8	14,5	11,3	17,6	10,1	4,5	6,9
Возбудимый	Абс.	12	9	18	8	18	12	10	18
	%	9,0	8,7	15,4	6,9	16,7	15,2	5,6	7,9
Циклоидный	Абс.	16	6	4	0	13	7	16	11
	%	12,0	5,8	3,4	0	12,0	8,8	9,0	4,5

Шизоидный	Абс.	9	8	8	0	0	0	38	16
	%	6,8	7,8	6,8	0	0	0	21,3	6,9
Уравновешенный	Абс.	2	11	13	19	4	11	29	6
	%	1,5	10,7*	11,1	16,5	3,7*	13,9	16,3	2,6**
Итого	Абс.	133	103	117	115	108	79	178	233
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

*Примечание: уровень достоверности *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001*

Адаптированный вариант ММИЛ - тест Мини-мульт - позволил по ответам обследуемых судить о приемлемости или неприемлемости для его личностной характеристики утверждений, содержащихся в опроснике, по которым составлялся профиль личности, так как шкалы отражают измеряемые опросником основные психопатологические свойства личности.

Распределение пациентов, вошедших в основную группу и группу сравнения, в зависимости от типа их личности отображено в таблице 22.

Очевидно, что в профильных выборках, среди пациентов, преобладали лица, которые имели достоверно значимые показатели с эмоционально-неуточненной характеристикой. В эту группу входили пациенты с выборок БСК, БК, БЭС и БМС (16,6%, 26,6% - p<0,01; и по 29,6% - p<0,001 соответственно). Самый высокий показатель по данной типологии было отмечено в профильной выборке БОП, который составил более чем 1/3 часть (35,3%). Группа больных с уравновешенным типом личности достоверно составили всего 17% от общего числа пациентов, и этот показатель был в составе групп БСК, БЭС и БМС (10,7%, 3,7% - p<0,05; 2,6% - p<0,001 соответственно). Наиболее высокий показатель по данной типологии личности был зарегистрирован в группе больных БК-МС (16,5%). В обследованной группе по результатам опросника Мини-Мульт к психастеническому (тревожному) типу личности относятся 172 человек, наиболее значимые показатели регистрировались в профильных выборках БСК, БДС, БК-МС и БМС

(18,4%, 23,2% - $p<0,01$; 15,7% и 24,0% - $p<0,05$ соответственно), среди которых группа пациентов БМС имели наибольший показатель. По частоте встречаемости по личностным чертам других типов были отмечены наивысшие показатели среди пациентов профильных выборок. Лица с гипертимными чертами личности преобладали в группе пациентов БК-МС (32,2%), а среди демонстративных лиц были пациенты с БОП (21,1%). Возбудимые личности чаще наблюдались в группе БЭС (16,7%), а в циклоидной типологии преобладали лица с групп БОП и БЭС (по 12,0%), однако лица с такими чертами не были отмечены в группе БК-МС. Круг типологии личности замыкает шизоидный вариант, который не регистрировался в группах БК-МС, БЭС и БК, и наибольший показатель был отмечен в группе пациентов БНС, который составил более чем 1/5 часть данной выборки (21,3%).

При подробном анализе результатов исследования по опроснику Мини-Мульт с сопоставлением количества набранных баллов по разным шкалам было выявлено следующее. Практически для всех обследованных характерным было повышение баллов по шкалам 1, 2, 3, свидетельствующее о наличии в той или иной степени выраженных невротических расстройств, а также увеличение набранных баллов по шкале тревожности 7. Применение личностного опросника позволило определить тип невротической симптоматики и выраженность патологии.

Для эмоционально неустойчивых личностей было характерным повышение баллов по шкалам 8, 9 до 70 – 80 баллов, что говорит о повышении связанной с беспокойством активности, агрессивности, некритичного отношения к своим поступкам; повышение по шкалам 1, 4 до 60 – 70 баллов говорит об ипохондричности с трудностями социальной адаптации, антисоциальными чертами поведения.

У гипертимных личностей отмечалось повышение по шкалам 1, 2 до 60 – 70 баллов, а по шкале 3 – до 40 - 60 баллов, что свидетельствует об избыточном контроле над своим поведением на фоне сниженного настроения,

повышение до 60 – 75 баллов по шкалам 7, 9, также часто отмечаемое у этого типа личности в нашем исследовании, говорит о наличии беспокойства с выраженной тревожностью и значимыми идеями самообвинения.

Для психастенических личностей было свойственно повышение баллов по шкале 3 до 70 – 80, свидетельствующее об эмоциональной лабильности при показателе по шкале 9 ниже 60 баллов (это говорит о вытеснении психологического конфликта, плохом самочувствии с выраженной требовательностью к себе (повышение баллов по шкалам 2, 6, 7 от 60 до 75 при F 55 – 65 баллов)). При этом при высоких показателях шкалы 4 часто регистрировались низкие по шкале 6, что свидетельствует о состоянии тревоги, обилии навязчивых мыслей, внутреннем конфликте и нарушениях социальной адаптации; общие невысокие баллы по шкалам 4, 6, 8, 9 при F от 65 до 80 баллов, встречающиеся у данного типа личности, могут свидетельствовать о неуверенности в себе и собственных силах в борьбе с болезнью, навязчивых опасениях с чувством вины и возможности ситуационной аутоагрессии; в целом, естественно, это говорит о преобладании в структуре личности тревожно-мнительных черт.

У демонстративных личностей отмечалось повышение баллов по шкалам 3, 9 до 70 – 80, что говорит о выраженном эгоцентризме, склонности к истерическому типу реагирования с различными функциональными расстройствами при желании показать себя лучше (L от 65 и выше).

Для возбудимых личностей свойственно было повышение баллов по шкалам 4, 6 до 60 – 75 и по шкале 8 - до 80, при К ниже 40, а F - выше 70 баллов, что свидетельствует о конфликтности с агрессивными тенденциями, ригидности, напряженности, гневливости, импульсивности с низкой социальной адаптацией при резком снижении контроля над эмоциями.

Для циклоидных личностей было характерно повышение баллов до 67 – 75 по шкалам 2, 8 при показателе ниже 60 баллов по шкалам 4, 9, что говорит об инертности, пассивности, склонности к переменам настроения,

трудностях социальной адаптации, повышение баллов выше 70 по шкале 3 при снижении ниже 60 по шкале 9 свидетельствует о вытеснении психологического конфликта, плохом самочувствии, при К ниже 50 баллов – снижении контроля над эмоциями.

У шизоидных личностей наблюдалось повышение баллов по шкале 8 до 70 – 80, свидетельствующее о некоторой эмоциональной холодности, снижении продуктивности, абстрактном мышлении, трудности социальной адаптации при повышении баллов 70 – 80 по шкалам 1, 2 – симптомы депрессии с раздражительной слабостью, уходом в болезнь.

У уравновешенных личностей отмечено повышение баллов по шкалам 1, 2 до 60 – 70 при невысоких баллах по шкале 3, что говорит об избыточном контроле над поведением, повышении тревожности на фоне сниженного настроения с неврастеноподобными проявлениями, некоторое повышение по шкалам 8, 9 до 60 – 70 баллов свидетельствует о повышении активности, беспокойстве, недостаточно критичном отношении к своим поступкам.

При формировании усредненного профиля MMPI для исследуемой группы больных с ПСР важно обратить внимание на умеренное повышение количества баллов по отдельным шкалам, в целом же профиль практически соответствует выборке здоровых, т.е. профильное количество баллов расположено в границах 40-60 баллов. Следует выделить повышение баллов по шкалам 6 («риgidность аффекта») и 1 («соматизированная тревога»). Эти показатели свидетельствуют о наличии ригидных, трудно корректируемых установок и концепций в отношении себя, своего здоровья и в восприятии окружающих. Сочетание сенситивности с тенденцией к самоутверждению порождает критическое, враждебное, нередко агрессивное восприятие окружающих, что блокируется нормативными установками. Аффективное, нередко ошибочное восприятие окружающих, представляющихся некомпетентными, обуславливают легкое возникновение экстрапунитивных реакций. Лица с повышением профиля по 1 и 6 шкалам не способны к вытеснению отрицательных сигналов и для удовлетворения честолюбия

нуждаются в реальных достижениях, подтверждающих их значимость и престиж. У таких лиц фрустрирующая ситуация, в роли которой выступает, в частности, болезнь, сопровождается повышением тревожности. Последнее эмоциональное состояние элиминируется защитными механизмами в виде проекции или реактивных образований. Сочетание повышения профиля на шкалах 2 («склонность к пониженному настроению») и 6 («аффективная ригидность») свидетельствует о дисгармоничности, поскольку выявляет депрессивные тенденции (при которых высокая симбиотичность приводит к блокаде гетероагgressии), и аффективной ригидности (при которой механизм переноса вины предполагает реализацию гетероаггрессивных тенденций).

По результатам обследования с помощью психометрических шкал можно отметить ряд важных моментов:

1. В результате анализа данных, включающих критерии и категории, ориентированные на определение психосоматических соотношений, верифицирована систематика психических расстройств в общей выборке, включающая психопатологические категории, отражающие необходимые клинические аспекты и структурированные в соответствии с ними по группам/подгруппам расстройства. При проведении корреляционного анализа в группе нозогений было установлено сильная прямая корреляционная взаимосвязь со шкалами межличностной сенситивности ($r=0,46$, $p<0,01$) и общего индекса тяжести симптомов ($r=0,94$, $p<0,01$) и полная взаимосвязь со шкалой соматизации ($r=1,0$, $p<0,01$).

2. При преобладании в клинической картине ПСР тревоги и депрессии показатели степени тяжести их по шкалам HADS, которые были использованы для выявления ТДС, очень схожи и можно сделать вывод об их эквивалентности.

3. По полученным результатам показателей шкал можно утверждать, что по мере увеличения тяжести соматического состояния пациента достоверно снижается объем повседневных физических нагрузок, которые они способны выполнить. С нарастанием тяжести ПР на фоне соматической патологии

растет ограничение повседневной деятельности, связанное с физическим и психическим здоровьем, соответственно падает физическая и ментальная активность. У обследуемых пациентов достоверно нарастает роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности. Показатель психического здоровья нарушается и изменяется достоверно в равной мере не зависимо от генеза ПСР. Помимо снижения физической активности и нарушений в психосоциальном статусе у обследуемых пациентов установлено снижение социальной активности, при этом отмечалось уменьшение объема социальных связей пациентов по мере утяжеления психо-соматического статуса.

4. Практически для всех обследованных профильных выборок были свойственны достоверно значимые показатели по эмоционально-неустойчивому, психастеническому, возбудимому и уравновешенному типу личности. Повышение баллов по шкалам 1,2,3, свидетельствующее о наличии в той или иной степени выраженных невротических расстройств, а также увеличение набранных баллов по шкале тревожности 7. Применение личностного опросника позволило определить тип невротической симптоматики и выраженность патологии.

Интеркорреляционный анализ шкал MMPI при ПСР свидетельствует, что центральное место в плеяде связей занимает шкала 1 - соматизация тревоги. Именно эта шкала имеет наибольшее количество корреляций.

ГЛАВА IV. ИНТЕГРИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ СОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

§4.1. Интегрированная психиатрическая помощь в общесоматической сети

Представленная модель организации интегрированной психиатрической помощи составляет основу для комплексного ведения профильных пациентов. Эта модель также предусматривает постепенное наращивание интенсивности психиатрической помощи в соответствии с тяжестью расстройств условиях соматических клиниках. Степень оказания интегрированной психиатрической помощи пациентам включает дифференциированную медицинскую помощь, охватывающую патологии от пограничных до выраженных тяжелых психических расстройств (таб. 23).

Таблица 23.

Модель психиатрической помощи в общесоматической сети

Степени	Группа обследуемых лиц	Степень выраженности психической	Медицинские учреждения, оказывающие	Медико-социальные вмешательства
Этап 1	Лица с соматическими патологиями БОП БСК БДС БК-МС БЭС	Легкие (начальные) непсихотические психические расстройства в виде астенических, неврозоподобных	Первичная медицинская сеть, прием, кабинеты врача общевой практики (семейных врачей), психиатрические и психотерапевтические	Психофармакотерапия, психотерапия

Этап 2	Лица соматическими патологиями БОП БСК БДС БК-МС БЭС БК БНС БМС	с Умеренно выраженные психические расстройства: депрессивно-ипохондрические тревожно-депрессивные	врачей интернистов совместно с психиатрами, специализированная	Консилиумы врачей интернистов совместно с психиатрами, специализированная	Психофармокотерапия, психотерапия, психосоциальная реабилитация
Этап 3	Пациенты, соматическими патологиями БОП, БСК БДС, БК-МС БЭС, БК БНС, БМС, находящиеся на динамическом наблюдении в ЛПУ	с Выраженные, тяжелые осложненные психические расстройства: депрессивное, бредовое, психоорганическое в расстройство...	и ная психиатрическая служба, совместное ведение пациента соматологами и психиатрами	Специализированная психиатрическая служба, совместное ведение пациента соматологами и психиатрами	Психофармакологическая терапия, психосоциальная реабилитация, социально - психологическое сопровождение

Важное значение имеет колебание соматических симптомов. При этом соматические расстройства у этой категории больных имели полисистемные проявления, особенно при наличии сопутствующих патологий. Однако, как было уже сказано, конкретный пациент может акцентировать внимание врача на наиболее значимые жалобы (например, дыхательной, кардиоваскулярной системе) и игнорировать при этом симптомы со стороны других систем. Как правило, появление или усугубление интенсивности жалоб пациентов связано с конфликтной ситуацией или стрессовым событием. В то же время

появление новых симптомов было для пациента дополнительным стрессом и это в свою очередь приводило к утяжелению заболевания. Соматические симптомы в основном были сопряжены с нарушениями сна (трудность засыпания, поверхностный сон, кошмарные сновидения, частые ночные пробуждения), астеническим симптомокомплексом, раздражительностью по отношению к привычным жизненным событиям, нейроэндокринными нарушениями. Позицию стержня всех психопатологических состояний составляет собственно астенические жалобы - общая слабость, утомляемость, истощаемость, вялость, дневная сонливость, адинамия, которые сочетались с головными болями, головокружением, тошнотой, нарушениями внимания. Необходимо отметить, что эти жалобы обычно не редуцировали после отдыха. Причем некоторые из них – повышенная утомляемость, головные боли, раздражительность, вялость, упадок сил, снижение трудоспособности, ухудшение памяти и внимания, бессонница, головокружение, боли в сердце, боли в спине, сердцебиение, боли в шее, потливость, боли в суставах, одышка, боли в ногах, сонливость, нехватка воздуха, боли в животе, перебои в сердце – отмечались более чем у половины больных.

В ходе нашего исследования нами был организован курс семинаров для врачей-интернистов по эффективной диагностике психических расстройств у соматических пациентов.

Таблица 24.

**Результаты врача-интерниста по оказанию медицинской помощи
пациентам с ПСР**

Меры по оказанию медицинской помощи	До внедрения учебного цикла		После внедрения учебного цикла			
Срок и методы	На 7-е	Жалобы пациента	На 2-е сутки	Клиническое	Жалобы	Психометричес

выявления ПСР	сук ти			наблюде ние	пациен та	кие шкалы
Синдромал ьная диагностик а ПР	Выявление отдельных симптомов			На основе выявления симптомов объединение их в конкретный синдром ПР		
Определени е нозологиче ской принадлеж ности	Затруднения в дифференциации психопатологическо го состояния			С помощью психометрических шкал определение типа, уровня тяжести и выраженности ПР; Вынесение ПР/ПСР в основной клинический диагноз по МКБ-10		
Выбор тактики лечения	Применение дополнительных соматических препараторов; антидепрессанты короткими курсами			Обоснование применения психотропов: - учитывая соматический и психический статус пациента - учитывая особенности применения психотропных средств. При сложных ситуациях консультация врача-психиатра		
Выбор тактики далнейшег о ведения пациента	Наблюдение у специалиста по месту жительства Потеря пациента с поля зрения			- Оценка уровня комплайентности к лечению; - Назначение поддерживающей терапии (соматотропную и психотропную), с последующим наблюдением у специалиста по месту жительства или - амбулаторное наблюдение у лечащего врача - при необходимости консультация психиатра, психотерапевта		

Целью проведения подобных семинаров была формировать у врача-интерниста пакет информации, направленных на своевременное выявление ПР, организации эффективной медицинской помощи и реализации адекватных лечебных мероприятий, положительной реабилитации пациентов с ПР на фоне соматической патологии. Полученные результаты приведены в таблице 6.3.

Анализ данной таблицы показывает, что врач-интернист до прохождения цикла семинаров, расценивая эти симптомы, определял их как проявление соматического заболевания, и то на седьмые сутки после госпитализации, и не ассоциировал с психическими расстройствами. Даже если были отмечены психопатологические состояния, но они не были диагностированы как сформированные, системные явления. Внимание врача на состояние пациентов обычно акцентировало жалобы, предъявляемые пациентом. Тогда как после учебных циклов врач-соматолог на вторые сутки на основе собственного клинического наблюдения находил нарушения в психическом статусе пациента, и помощниками для врача-интерниста оказались диагностические шкалы для обоснования психического статуса пациента и дальнейшего решения вопроса лечения. При решении вопроса дальнейшего ведения пациента специалист соматической клиники до прохождения цикла, дополнительно назначал соматотропные препараты, иногда излишние (нередко необоснованно) препараты. В редких случаях были назначены антидепрессанты (амитриптилин, депрес...) непродолжительное время (в период нахождения в стационаре). После выхода из стационара пациент исчезал с поля зрения специалиста. Дальнейшая судьба пациента полностью зависела от участкового ВОП врача. Специалист после прохождения цикла семинаров без особых затруднений мог выявить психопатологические расстройства у пациентов, находить ключевые критерии ПР и верифицировать ПР/ПСР по МКБ-10. При назначении психотропных препаратов врач-соматолог учитывал клинические особенности ПР, а при сложных клинических ситуациях прибегал к помощи врача-психиатра. При

выписки больного из стационара лечащим врачом в обязательном порядке была назначена поддерживающая терапия и соматотропного, и психотропного лечения, а также рекомендовано амбулаторное наблюдение у лечащего врача или у специалиста по месту жительства.

Таким образом, по окончанию учебных циклов у специалистов соматической клиники формировалась система по тактике адекватного ведения и эффективного лечения соматического пациента с ПР.

§4.2. Алгоритм диагностики и ведения психических расстройств в условиях общесоматической клиники

После поражения того или иного органа, пациент госпитализируется в стационар. Так как психические расстройства являются частым состоянием, возникающим на фоне соматического заболевания, осложняет период лечения и реабилитации, то целесообразно уже в первые часы после поступления пациента в клинику провести мероприятия по оценке степени риска возникновения психических расстройств. Важно, что это могут осуществить даже врачи-непсихиатры.

Шаг 1. При первичном сборе анамнестических сведений у самого пациента или его близких необходимо сделать акцент на таких моментах, как отсутствие высшего образования, отсутствие собственной семьи, пристрастие к вредным привычкам (в частности, курение), плохие условия жизни, наличие в качестве сопутствующих заболеваний хронического гепатита, церебрального атеросклероза и/или ожирения, отягощенность семейного анамнеза психическими заболеваниями, попыток самостоятельно безуспешно купировать психотическое состояние. Выявление перечисленных факторов позволяет отнести пациента в группу риска по возникновению ПСР. В таком случае целесообразно уже в условиях стационара начинать проведение психотропной терапии для превенции развития острых соматогенных психозов. Вероятно, с учетом того, что наиболее часто встречается психопатологические состояния насыщенные аффективными расстройствами,

препаратами выбора в превентивных целях должны стать антидепрессанты с выраженным анксиолитическим действием.

Шаг 2. Следующим шагом является использование опросника Мини-Мульт для определении типа личности пациента, шкалы Check-list-90 и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии для выявления, возможно, уже развившейся ПР с тревогой, депрессией, и определения степени их выраженности. Понятно, что этот шаг становится возможен лишь при состоянии пациента, позволяющем ему отвечать на вопросы исследователя. Поводом для отнесения пациента в группу риска по возникновению выраженных ПСР служит преобладание в структуре его личности тревожных и психастенических черт. В этом случае также целесообразно проведение превентивной антидепрессивной терапии антидепрессантами с выраженным анксиолитическим действием.

Так как наибольшее число клинических симптомов ПР проходит в виде аффективных расстройств, использование Check-list-90 и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии целесообразно, на наш взгляд, в течение первой недели для своевременного выявления ПР у всех без исключения пациентов, поступивших в стационар. В случае выявления ПР необходимо определить степень их тяжести и клиническую характеристику (ведущий компонент, наличие дополнительных психотических компонентов), для чего необходимо приглашать консультанта-психиатра. С учетом клинической картины ПСР необходимо назначение соответствующего лечения при согласовании его соматологом и психиатром одновременно.

Шаг 3. В случае обнаружения у пациента умеренных, клинически выраженных психопатологических состояний необходима в плановом порядке консультация врача-психиатра для согласованного решения о назначении адекватной терапии. В дальнейшем необходимо производить клиническое наблюдение и продолжать использовать психометрические шкалы для определения тяжести и глубины ПР. Это может в ежедневном порядке

осуществляться палатным врачом-интернистом с возможностью вызова врача-психиатра в случае необходимости.

Шаг 4. В случае обнаружения у пациента тяжелых, осложненных ПР с тенденцией развития психотических вариантов – бредовое расстройство, выраженный психоорганический синдром, депрессивный эпизод тяжёлой степени, необходим срочный вызов врача-психиатра, курирование этого больного консультантом-психиатром ежедневно, возможно установление круглосуточного медицинского поста около него для предупреждения аутоагрессивных действий и разрушительных действий, направленных вовне, а также решение вопроса о переводе в психиатрический стационар. При этом необходимо с помощью клинического наблюдения оценивать степень тяжести психосоматического статуса пациента. При редукции симптоматики и приобретения черт легкого или умеренного депрессивного эпизода допустимо наблюдение лишь врача-интерниста, вызов консультанта-психиатра производится только в случае необходимости и для согласования терапии.

Таким образом, широкая распространенность психических расстройств у пациентов соматического стационара обуславливает необходимость назначения адекватной терапии, основанной на умении вовремя выявлять эти расстройства, определять их тяжесть, а также включить в план лечения консультацию врача–психиатра, клинического психолога, психотерапевта.

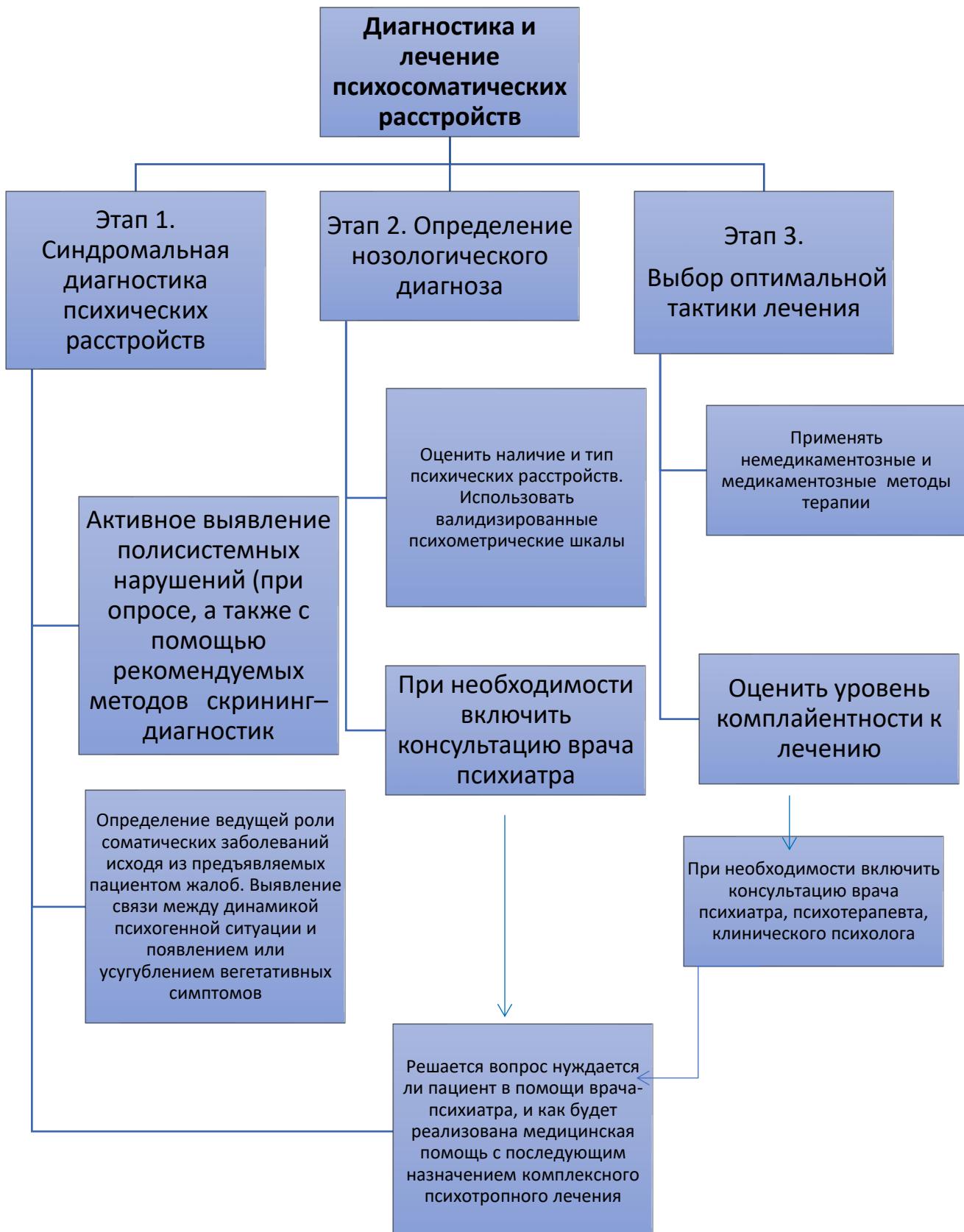


Рисунок 3. Схема менеджмента диагностики и лечения пациента с психосоматической патологией в общесоматическом стационаре

Этап первый. Синдромальная диагностика психосоматического расстройства. Врач-интернист при поступлении пациента в стационар с помощью психометрических шкал определяет аффективные, неврозоподобные, астенические, когнитивные расстройства на синдромальном уровне в виде психопатологического синдрома. При этом специалист должен воспроизвести следующие шаги:

- выявить полисистемные психопатологические состояния (интервью с пациентом, с помощью рекомендуемых методов скрининг-диагностики психосоматического синдрома);
- подтвердить ведущую роль соматических заболеваний исходя из предъявляемых пациентом жалоб;
- определить связи между динамикой соматической патологии и появлением или усугублением ПСР симптомов.
- уточнение характера течения ПСР расстройств.
- выявить сопутствующие дисфункции психических симптомов, таких как: сниженное (тоскливое) настроение, обеспокоенность или чувство вины, раздражительность, сенситивность и плаксивость, ощущение безнадежности, снижение интересов, нарушение концентрации внимания, а также ухудшение восприятия новой информации, изменение аппетита, чувство постоянной усталости, нарушение сна, эмоционально лабильные реакции на внешние раздражители, неадекватные высказывания или поведение....
- вынесение ПР в основной диагноз по МКБ-10.

Этап второй. Определение нозологического диагноза. Астено-депрессивные, депрессивно-ипохондрические, тревожно-депрессивные, тревожно-фобические, неврозоподобные, когнитивные синдромы – психопатологические синдромы, наиболее часто встречающиеся в практике врача-интерниста. Поэтому врачу важно оценить наличие и тип психических расстройств. Доминантное место среди психопатологических синдромов, ассоциированных с соматовегетативной дисфункцией, занимает депрессивный синдром, т.к. в нашем исследовании в 4 полисиндромах

присутствовала депрессия, которая занимала ведущую позицию. На втором месте идут смешанные тревожные расстройства. Следующие позиции занимают астенические и психопатоподобные расстройства, за ними следуют конверсионный, психоорганический и бредовой синдром. В помощь врачу-интернисту в качестве выявления и оценки уровня тревоги и депрессии рекомендуется использование валидизированной психометрической шкалы «Госпитальная шкала тревоги и депрессии».

После диагностики психического расстройства перед врачом-интернистом стоит вопрос о дальнейшем этапе оказания медицинской помощи. При этом решается, нуждается ли пациент в помощи врача-психиатра, и как будет реализована медицинская помощь.

§4.3. Алгоритм терапии психических расстройств в условиях общесоматической клиники

Выбор оптимальной тактики лечения пациентов соматической клиники с ПР был составной частью третьего этапа оказания медицинской помощи пациентам с ПСР. Успех терапии психических расстройств зависит от правильной диагностики и выбора адекватной терапевтической тактики, целесообразно выделить несколько важных моментов.

- При выявлении легких, субклинических вариантов ПР можно ограничиться применением немедикаментозных методов терапии: психотерапию (в частности, когнитивно-поведенческую и рациональную психотерапию), релаксационные методики (аутогенную тренировку, дыхательно-релаксационный тренинг).
- При назначении лечения психотропными препаратами были учтены:
1) назначения адекватной дозы; 2) оценки переносимости и полноты соблюдения (уровень комплайентности) пациентами режима терапии. Для купирования тревожных, депрессивных и смешанных тревожно-депрессивных, астенических, конверсионных, бредовых расстройств были назначены полная терапевтическая доза психотропных препаратов.

Большинство соматотропных и симптоматических препаратов оказываются неэффективными в терапии психических расстройств.

- Выбор оптимального метода и средства при лечении ПР на фоне соматического заболевания, учитывая клинические проявления, уровень выраженности и тяжести психопатологического расстройства. Оптимальными при тревожных состояниях являются средства высокопотенциальные бензодиазепины, такие как альпрозолам, клоназepam, лоразепам. Но при этом необходимо учесть побочные эффекты, свойственные всем бензодиазепинам: развитие седации, потенцирование действия алкоголя (который часто принимается данными больными), приводят к формированию зависимости и синдрому отмены, а также оказывают недостаточное влияние на коморбидные тревоге симптомы (и в первую очередь депрессию). Это обуславливает возможность применения бензодиазепинов только короткими курсами (в первые 2–3 недели). Средствами первого выбора для лечения аффективных и смешанных тревожно–депрессивных расстройств в настоящее время являются антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, т.к. преимущественно дефицит данного нейромедиатора реализует психовегетативные проявления патологической тревоги. Преимуществами СИОЗС в лечении аффективных, в частности тревожно–депрессивных нарушений является то, что препараты имеют мало побочных эффектов, обладают возможностью длительной терапии и широким спектром терапевтических возможностей при достаточно высокой безопасности. Однако комбинирование психофармакотерапии сформировало двоякое представление в ходе применения психотропных средств. С одной стороны сочетание психотропных лекарств приводило к редукции патологических явлений в статусе пациента, но с другой стороны, были отмечены ряд побочных эффектов, которые обычно воспринимались негативно, и со стороны лечащего врача, и со стороны самого пациента и/или его родственников.

В клинической практике были рекомендованы антидепрессанты 3-го поколения. Препараты оказывали достаточно выраженное антидепрессивное и притивотревожное (анксиолитическое) действие, купируя как психические, так и соматические симптомы тревоги. При этом препарат не вызывал выраженной седации, релаксации и сонливости в дневные часы. Прием препарата в вечерние часы способствовало лучшему засыпанию. Антидепрессанты 3-го поколения обладают хорошей переносимостью, что позволяет использовать их у пожилых пациентов, в том числе с соматической патологией, и длительными курсами в качестве купирующей и поддерживающей терапии. Собственный опыт применения антидепрессантов 3-го поколения показывает, что они имеют также психотропное действие, и это связано с сочетанием тимоаналептических и транквилизирующих свойств. По нашим данным, антидепрессивное влияние не сопровождается негативным эффектом на внимание, скорость и точность выполнения задания, а также на состояние сердечно–сосудистой системы. В нашей практике побочные эффекты имели место у 11% больных, что проявлялось в общей слабости, сонливости, головокружении. Степень выраженности этих явлений была слабая. Однако четкой связи с приемом препарата установить не удалось, т.к. данные пациенты исходно предъявляли жалобы на общую слабость, головокружение и сонливость в течение дня в связи с нарушениями ночного сна.

В качестве препаратов с множественным действием можно рекомендовать малые нейролептики. Их комбинацию с антидепрессантами можно рассматривать как рациональную, особенно в начале терапии антидепрессантами, что позволяет нивелировать индуцированную СИОЗС тревогу, возникающую у некоторых больных в инициальном периоде терапии, тем самым сохраняя соблюдение терапевтического режима (улучшается комплаентность).

При хорошей и умеренной переносимости, а также при признаках положительной динамики в состоянии пациента необходимо продолжить

терапию сроком до 12 недель; через 12 недель следует решать вопрос о продолжении терапии или поиске альтернативных методов.

После получения терапевтического эффекта от транквилизаторов с целью превенции синдрома привыкания мы рекомендуем постепенную отмену или перевод пациента на «мягкие» анксиолитики, в том числе растительные средства, а также сочетание с психотерапевтическими методиками.

Таким образом, антидепрессанты 3-го поколения эффективны при неглубоком и среднем уровне депрессивных состояниях различного генеза. Благоприятно влияет на больных с пограничными невротическими состояниями, особенно при тревожно–депрессивных и астенических расстройствах, а также при субклинических вариантах психопатологических синдромов с соматовегетативными расстройствами. Антидепрессанты 3-го поколения также имеют эффект корректора для профилактики и купирования экстрапирамидных нарушений, возникающих при длительном приеме нейролептиков. «Мягкие» нейролептики целесообразно применить более длительное время, тогда как транквилизаторы необходимо применять короткими курсами и отменить постепенно, с целью превенции синдрома зависимости и отмены.

При резистентных, тяжелых и осложненных состояниях не рекомендуется ведение пациента врачами общей практики. В подобных ситуациях необходима помочь врача–психиатра или психотерапевта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным широкомасштабного исследования, предпринятого в странах Евросоюза, частота психических расстройств на протяжении жизни в популяции составляет 38,2%. Наиболее частыми из них являются тревожные расстройства (14,0%), бессонница (7,0%), большая депрессия (6,9%), соматоформные расстройства (6,3%), зависимость от психоактивных веществ (более 4%). Текущая же частота психических расстройств, согласно результатам исследований немецких специалистов, достигает 27,7%, причем наиболее частыми являются тревожные расстройства (15,3%), расстройства настроения (9,3%) и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (5,7%). Распространенность психических расстройств у лиц, обращающихся за медицинской помощью, еще выше. Как показывают результаты обследования, частота клинически значимых психических расстройств составляет 42,3%. По сведениям зарубежных исследователей, эти нарушения встречаются у данного контингента больных еще чаще — в 50—60% наблюдений. Большой интерес представляют отечественные данные по распространенности психических расстройств, например среди больных диабетом в стационаре третичного уровня — до 80%, у кардиологических больных — до 65%. Такая распространенность клинически значимых форм психических, в первую очередь депрессивных и тревожных, нарушений позволяет говорить о наличии скрытой эпидемии психических расстройств, которую существующая система здравоохранения явно недооценивает. Далеко не все случаи психических расстройств у пациентов общей медицинской практики требуют систематического лечения и постоянного наблюдения у психиатра, а эпидемиологические показатели существенно зависят от методов сбора информации и используемых критериев. Тем не менее широкая распространенность и социальная значимость психических нарушений у этого контингента пациентов не вызывают сомнений.

По результатам настоящего исследования было выявлено:

1. среди пациентов соматического стационара психические расстройства встречались в 48,2% случаев. В общей выборке частота встречаемости психопатологических синдромов была следующей: аффективные 21,8%, неврозоподобные 28,9 %, психоорганический синдром 21,4% %, соматоформная дисфункция 10,9%, тяжелые конверсионные расстройства 11,2%, бредовые расстройства 5,8%, манифестирующие в рамках текущего заболевания. Острота данного круга расстройств была различна, часть из них имела облигатные признаки, характерные для определенного синдрома, а другие имели промежуточный, переходный характер.

1. Через 3 месяца после проведенного обследования частота синдромов уменьшилась до 63,3%: в группе БОП чаще сохранялся астено-депрессивный синдром (14,3%), при патологиях ССС и при патологиях костно-мышечной системы – тревожно-депрессивный синдром (12,6% и 16,5% соответственно), при заболеваниях дыхательной системы, системы крови и мочеполовой системы чаще наблюдалось неврозоподобное расстройство (10,3%, 34,2% и 27,9% соответственно), а при эндокринной патологии и заболеваниях нервной системы чаще сохранялся психоорганический синдром (17,6% и 17,4% соответственно). Через 12 месяцев после выписки из стационара в исследуемой группе больных у 34,1% пациентов сохранились психические расстройства: расстройства с депрессией, тревогой, фобией перешли на невротический уровень и характеризовались как субклинические формы; психоорганические, неврозоподобные и тревожно-депрессивные расстройства стабильно держались в статусе пациентов, даже в течение года.

2. Врачи соматического стационара, в процессе динамического наблюдения, только лишь в 1/6 случаев смогли диагностировать те или иные психические расстройства. Среди диагнозов, которые являлись сопутствующими, доминировали: астено-невротический синдром в разных вариациях (9%), тревожно-депрессивный (4,5%), следующую

позицию занимал дементный синдром (3,2%), что не всегда соответствовало диагностическим критериям МКБ-10.

3. Статистически значимое соотношение в плане корреляции с формированием тревожно-депрессивных расстройств имела только группа пациентов с патологией ССС (группа БСК), которая показала сильную прямую связь ($r=0,86$). Важно отметить, что по развитию тревожно-фобических расстройств несколько профильных выборок имели достоверные показатели: слабая прямая корреляционная связь выявлено в группах БОП, БДС и БК ($r=0,31$, $r=0,38$ и $r=0,46$), очень сильная корреляция в группе пациентов с патологией мочеполовой системы (группа БМС) ($r=0,93$). Относительно слабые значимые показатели по развитию депрессивно-ипохондрических расстройств имели группы пациентов с БК-МС и БНС ($r=0,41$ и $r=0,41$ соответственно), а также было характерно статистически значимая средняя корреляция в группе БМС ($r=0,55$). Группа пациентов с патологией дыхательной системы (группа БДС) и костно-мышечной системы (БК-МС) имели более выраженные конверсионные расстройства ($r=0,58$ и $r=0,60$ соответственно). Сильное корреляционное соотношение с развитием психоорганического синдрома имели профильные группы БЭС и БНС ($r=0,72$ и $r=0,75$ соответственно). Синдром «эйфорической псевдодеменции» достоверно отмечено только лишь в профильной выборке БМС ($r=0,60$). Группа пациентов с патологией эндокринной системы (группа БЭС) и с патологией нервной системы (группа БНС) имели среднее и слабое соотношение с категорией бредовых состояний ($r=0,64$ и $r=0,42$ соответственно).

4. При проведении корреляционного анализа в срок 3 месяца были получены показатели с уровнем достоверности $p<0,05$. Наибольшее соотношение в плане корреляции с формированием психопатоподобных расстройств имела группа пациентов с патологией ЖКТ (группа БОП) ($r=0,95$), а средняя корреляционная связь была отмечена с неврозоподобными расстройствами ($r=0,56$). Самый высокий показатель по значимости тревожно-

депрессивных расстройств показала группа пациентов с ССС заболеваниями (группа БСК) ($r=0,87$), также было характерно статистически значимая слабая корреляция с астено-фобическим ($r=0,29$) и психоорганическим синдромом ($r=0,27$). Группа пациентов с патологией дыхательной системы (группа БДС) имели более выраженные неврозоподобные расстройства ($r=0,22$). Профильная выборка БК-МС имела среднюю прямую достоверную корреляционную связь с тревожно-депрессивными расстройствами ($r=0,45$) и астено-ипохондрическим синдромом ($r=0,35$). Наибольшее корреляционное соотношение с развитием психоорганического синдрома имела выборка БЭС, степень нарушений которых можно отнести к наиболее значимым маркерам расстройств психического статуса пациента ($r=0,49$). Следующее место по развитию психоорганического синдрома занимало группа БНС ($r=0,38$), хотя она была на доминирующей позиции по формированию астено-ипохондрических расстройств ($r=0,49$). Неврозоподобные расстройства относительно часто коррелировали с урогенитальной патологией ($r=0,45$). Однако данная профильная группа (БМС) имела наибольшее соотношение с категорией астено-фобических состояний ($r=0,93$). Эта категория ПР имела хотя слабую, но прямую корреляцию с профильной выборкой БК ($r=0,25$).

5. Для развития психических расстройств у больных соматического стационара имеют значение следующие конституционально-биологические факторы: отягощенная наследственность по психической патологии; курение и употребление алкоголя (в 2,6 раз); коморбидность с хроническим гепатитом, заболеваниями ЖКТ, ожирением; эмоционально неустойчивые и выраженные психастенические черты личности. Среди психологических факторов важное значение имеют формируемые тревожные механизмы в структуре личностного реагирования на болезнь, а также наличие психотравмирующей ситуации.

6. Проведение учебных курсов по основам диагностики и ведения пациентов с психическими расстройствами в условиях соматического стационара обеспечило своевременную диагностику психической патологии

уже на вторые сутки госпитализации и своевременное оказание квалифицированной помощи данной категории больных.

7. Широкая распространенность психических расстройств у пациентов соматического стационара обуславливает необходимость назначения адекватной терапии, основанной на умении вовремя выявлять эти расстройства, определять их тяжесть, а также включить в план лечения консультацию врача–психиатра, медицинского психолога, психотерапевта. Апробирование предложенной схемы менеджмента диагностики и лечения пациента с психосоматической патологией в общесоматическом стационаре показало положительные результаты по раннему и эффективному выявлению ПР, а также по качественному и адекватному лечению данной категории пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абабков, В.А., Перре М. Адаптация к стрессу // Психологический практикум. - СПб.: Речь. - 2008. - 166 с.
2. Акпышаров, Н.Т. Совершенствование психиатрической помощи как наиболее актуальной проблемы общественного здравоохранения // Бюллетень науки и практики. - 2020. - № 5. - С. 184-194.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства // Руководство для врачей. - ГЭОТАР-Медиа. - 2007. – 720 с.
5. Алтынбеков С.А. Развитие психиатрической и наркологической службы в Республике Казахстан // Психическое здоровье человека XXI века: Сборник научных статей по материалам Конгресса, Москва, 07–08 октября 2016 года. – Москва: Издательский дом «Городец», 2016. – С. 202-204.
7. Арапиев Ю.У., Березовская М.А., Барикова Т.В., Шишкина Ю.И. Психосоциальная реабилитация в психоневрологическом диспансере // Медицинская сестра. - 2018. - № 1. – С. 13-15.
8. Белостоцкий, А.В. Актуальные вопросы организации и оказания психиатрической помощи в современных условиях / А.В. Белостоцкий, А.Ю. Тер- Исраелян, Т.Е. Евдокимова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. -2019. - № 2. - С. 12-21.
9. Герасимова К.В. Анализ международного опыта планирования объемов и оплаты стационарной медицинской помощи // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. - 2016. - № 9(1). - С. 69-78.
10. Данилова О.В. Психические и психосоматические заболевания, обусловленные воздействием стрессовой ситуации // 2020.
11. Демчева Н.К., Яздовская А.В. Общая заболеваемость психическими расстройствами в РФ и Федеральных округах В 2017-2019 гг. // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. -2021. - № 1. - С. 45-55.
12. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия: что изменилось за последние три десятилетия // Здравоохранение (Минск). - 2018. - № 12. - С. 21-28.
13. Захаров Н.Б., Соловьев А.Г. Модель психосоциальной терапии и реабилитации для региона с низкой бюджетной обеспеченностью // Социальная и клиническая психиатрия. - 2019. № 4. - С. 68-72.
14. Значкова Е.А. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи пациентам пожилого и старческого возраста, страдающим множественными хроническими заболеваниями: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 - М., 2017. - 228 с.

15. Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. - 2017. - № 1. С. 83-90.
16. Каграманян, И.Н. Значение комплаенса в повышении качества медицинской помощи // Ремедиум. – 2015. - № 5. - С. 25-29.
17. Карайланов, М.Г. Стационарно замещающие формы в рамках первичной медико-санитарной помощи // Новый взгляд. Международный научный вестник. - 2016. - № 11. - С. 82-96.
18. Козлова С.Н., Марченко А.А., Краснов А.А., Язенок А.В. Сердечно-сосудистая патология при психических расстройствах // Монография. Санкт-Петербург. -ООО «Издательство «СпецЛит». - 2019. – 110 с.
19. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра // М.: Практическая медицина - 2011. - 431 с.
20. Малыгин, Я.В. Многофакторные модели поведенческих стратегий совладания с болезнью и выбора медицинской организации пациентами с психическими расстройствами невротического уровня: дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 – Москва, 2016. – 381 с.
21. Масякин А.В. Состояние амбулаторного звена психиатрической службы в различных странах // Фундаментальные аспекты психического здоровья. - 2018. - № 1. - С. 36-39.
22. Масякин А.В. Организация психиатрической помощи в общемедицинской сети // В сборнике: Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества. Материалы научно-практической конференции. - 2019. - С. 223-229.
23. Осколкова С.Н. Амбулаторные случаи психических нарушений в период коронавирусной пандемии COVID-19 // Психиатрия. - 2020. - Т. 18. - № 3. - С. 49-57.
24. Перегонцева Н.В. Сравнительная характеристика показателей заболеваемости психическими расстройствами в период XX и XXI веков // В сборнике: Актуальные вопросы общей и социальной гигиены. сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию со дня основания Смоленского государственного медицинского института. 2020. - С. 202-205.
25. Петраков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств (Руководство для врачей) // М.: НЦПЗ РАМН - 1996. - 135 с.
26. Плотников А.В. Новые тенденции в организации психиатрической и наркологической медицинской помощи больным туберкулезом легких // Scientist (Russia). – 2018. – № 6(6). – С. 1.

27. Погосова Н.В. Психосоциальные факторы риска у амбулаторных пациентов с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца в 30 городах России: по данным исследования КОМЕТА // Кардиология. – 2018. – Т. 58. – № 11. – С. 5-16.
28. Семенова Н.В. Многоуровневая модель организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. - 2012. - № 2. - С. 25-29.
29. Смулевич А.Б. Внимания к проблемам психиатрии недостаточно / А.Б. Смулевич // Нейрон. Вестник неврологии и психиатрии. - 2011. - № 1. - С. 5.
30. Соловьева А.П. Критерии оценки когнитивных нарушений в клинических исследованиях // Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения. –2018. – Т. 8. – № 4. – С. 218-230.
31. Шамсутдинова А.Г., Касымжанова М.К., Юшкевич К. Соблюдение биоэтических принципов в психиатрической практике (обзор) // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. – 2018. – № 1. – С. 63-69.
32. Ястребов В.С., Митихина В.Г., Солохина Т.А., Митихина И.А. Научные основы организации психиатрической помощи: решение практических задач в рамках приоритетных исследований // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2016. - 116(12). - С. 4-12.
33. Ястребов В.С., Лиманкин О.В. Современные тенденции развития психиатрических служб // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2017. - 117(10). - С. 4-9.
34. Andlin-Sobocki P., Wittchen U. Cost of affective disorders in Europe // Eur. J. Neurol. 2005. N 2. P. 34–38.
35. APA Diagnostic and Stastistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000-943 с.
36. APA Justification of Criteria—Somatic Symptoms/DRAFT 4/18/11 Интернет-ресурса: <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/SomaticSymptomDisorders.aspx>, 2011.
37. Aronson K. R., Barrett L. F., Quigley K. Emotional reactivity and the overreport of somatic symptoms: somatic sensitivity or negative reporting style?// Journal of Psychosomatic Research. 2006. - Т. 60- Ж5.-С. 521530.
38. Barsky A. J., Nakao M. Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine// BioPsychosocial Medicine. -2007, - Т1.- С1-17.

39. Barsky A.J., Ettner S.L., Horsky J., Bates D.W. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization// Medical Care- 2001 r. T.7.- №. 39. - 705-715 c.
40. Casey P. Kelly B. Fish's clinical psychopathology. Signs and symptoms in psychiatry. Third edition// The Royal College of Psychiatrists. - 2008. 136 c
41. Creed F., Marks I. Liaison psychiatry in general practice: a comparison of liaison – attachment scheme and shifted outpatient clinic models // J. Coll. Gen. Pract. 1999. Vol. 39, N 329. P. 514–517.
42. Kessler R.C., Demler O., Frank R.G. et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003 // N. Engl. J. Med. 2005. Vol. 352, N 24. P. 2515–2523.
43. Kessler R.C., Ustun T.B. (Eds.). The WHO World Mental Health Surveys, Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. New York: Cambridge University Press, 2008.
44. Wittchen U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies // Eur. Neuropsychopharmacol. 2005. Vol. 15. P. 357–376.
45. Yones N., Passerieux C., Hardy-Bayle M.-C., Gasquet I. Longterm GP opinions and involvement after a consultation-liaison intervention for mental health problems // BMC Family Prac. 2008. Vol. 9. P. 41–45.
46. Berzas E.A. Slides: Characteristics of US Health Care Delivery. Dep. Health Services. - London, 2014.- 351p -P.320–44
47. Bailey S.K. Disability and psychiatric symptoms in men referred for treatment with work-related problems to primary mental health // Healthcare (Basel). – 2017. – Vol. 5(2). – P. 18.
48. Berger T. Evaluating an e-mental health program («deprexis») as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: Results of a pragmatic randomized controlled trial // Journal of Affective Disorders. – 2018 – Vol. 227. - P. 455-462.
49. Blazinovic I. Comparison of Clinical and Sociodemographic Characteristics of Patient with Schizophrenia Treated Stationary and at Day Hospital // An International Journal of Psychiatry and Related Sciences. - 2019 - Vol. 55. - № 2. – P. 127-138.
50. Bocher R. Responsiveness and sustainability of psychiatric care in France during COVID-19 epidemic // Encephale. – 2020. – Vol. 46(3S). – P. S81-S84.
51. Bousma, C.A. Review and consensus on pharmacogenomic testing in psychiatry // Pharmacopsychiatry. – 2021. – Vol. 54(1). – P. 5-17.

52. Chauvelin L. Emergency organization of child psychiatric care following the terrorist attack on july 14, 2016, in Nice, France // Disaster Med Public Health Prep. – 2019. – Vol. 13(2). – P. 144-146.
53. Clarke A. The crisis in psychiatric hospital care: changing the model to continuous, integrative behavioral health care // Psychiatr Serv. –2020. – Vol. 71(2). – P. 165-169.
54. Collins P.Y. Action on mental health needs global // Nature. - 2016. - Vol. 532. - P. 25–27.
55. Corleone F. Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari // Milano: Dritto Penale Contemporaneo. - 2017. - Italian. – 148 p.
56. European pact for mental health and well-being established by the EU high- level conference «Together for Mental Health and Well-Being» held in Brussels on 13 June 2008.
57. Fundamental Facts About Mental Health 2015 / Mental Health Foundation, October 2015.
58. Gaynes B.N. Major Depression Symptoms in Primary Care and Psychiatric Care Settings: A Cross-Sectional Analysis // Ann Family Medicine. – 2007 – Vol. 5(2) - P. 126-134.
59. Ignatyev Y. Development and preliminary validation of the scale for evaluation of psychiatric integrative and continuous care-patient's version // Front Psychiatry. – 2017. - Vol. 8. – P. 162.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

**ОПРОСНИК ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ
СИМПТОМАТИКИ**
(SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED — SCL-90-R)

НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ТРЕВОЖИЛИ:	с овсем нет	с емно го	мере нно	ильн о	чень силь но
1. Головные боли					
2. Нервозность или внутренняя дрожь					
3. Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли					
4. Слабость или головокружения					
5. Потеря сексуального влечения или удовольствия					
6. Чувство недовольства другими					
7. Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями					
8. Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие					
9. Проблемы с памятью					
10. Ваша небрежность или неряшливость					
11. Легко возникающая досада или раздражение					
12. Боли в сердце или в грудной клетке					
13. Чувство страха в открытых местах или на улице					
14. Упадок сил или заторможенность					
15. Мысли о том, чтобы покончить с собой					
16. То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие					
17. Дрожь					
18. Чувство, что большинству людей нельзя доверять					
19. Плохой аппетит					

20. Слезливость					
21. Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола					
22. Ощущение, что Вы в западне или пойманы					
23. Неожиданный и беспричинный страх					
24. Вспышки гнева, которые Вы не могли сдержать					
25. Боязнь выйти из дома одному					
26. Чувство, что Вы сами во многом виноваты					
27. Боли в пояснице					
28. Ощущение, что что-то Вам мешает сделать что-либо					
29. Чувство одиночества					
30. Подавленное настроение, “хандра”					
31. Чрезмерное беспокойство по разным поводам					
32. Отсутствие интереса к чему бы то ни было					
33. Чувство страха					
34. То, что Ваши чувства легко задеть					
35. Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли					
36. Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам					
37. Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь					
38. Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки					
39. Сильное или учащенное сердцебиение					
40. Тошнота или расстройство желудка					
41. Ощущение, что Вы хуже других					
42. Боли в мышцах					

43. Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас					
44. То, что Вам трудно заснуть					
45. Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете					
46. Трудности в принятии решения					
47. Боязнь езды в автобусах, метро или поездах					
48. Затруднённое дыхание					
49. Приступы жара или озноба					
50. Необходимость избегать некоторых мест или действий, т.к. они Вас пугают					
51. То, что Вы легко теряете мысль					
52. Онемение или покалывание в различных частях тела					
53. Комок в горле					
54. Ощущение, что будущее безнадёжно					
55. То, что Вам трудно сосредоточится					
56. Ощущение слабости в различных частях тела					
57. Ощущение напряжённости или взвинченности					
58. Тяжесть в конечностях					
59. Мысли о смерти					
60. Переедание					
61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами или говорят о Вас					
62. То, что у Вас в голове чужие мысли					
63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо					
64. Бессонница по утрам					
65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, перечитывать и т.д. и т.п.					

66. Бесспокойный и тревожный сон					
67. Импульсы ломать или крушить что-нибудь					
68. Наличие у вас идей или верований, которые не разделяют другие					
69. Чрезмерная застенчивость при общении с другими					
70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)					
71. Чувство, что всё, что бы Вы ни делали, требует больших усилий					
72. Приступы ужаса или паники					
73. Чувство неловкости, когда Вы едите и пьёте на людях					
74. То, что Вы часто вступаете в спор					
75. Нервозность, когда Вы остались одни					
76. То, что другие недооценивают Ваши достижения					
77. Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми					
78. Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте					
79. Ощущение собственной никчемности					
80. Ощущение, что с Вами произойдёт что-то плохое					
81. То, что Вы кричите или швыряетесь вещами					
82. Боязнь, что Вы упадёте в обморок на людях					
83. Ощущение, что люди злоупотребляют Вашим доверием, если Вы им позволите					
84. Нервировавшие Вас сексуальные мысли					
85. Мысли, что Вы должны быть наказаны за ваши грехи					

86. Кошмарные мысли или видения					
87. Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке					
88. То, что Вы не чувствуете близости ни к кому					
89. Чувство вины					
90. Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное					

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.
СОКРАЩЕННЫЙ МНОГОФАКТОРНЫЙ ОПРОСНИК ДЛЯ
ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ (МИНИ-МУЛЬТ)

ВОПРОСЫ	A	ET
<p>1. У вас хороший аппетит.</p> <p>2. По утрам вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули.</p> <p>3. В вашей повседневной жизни много интересного.</p> <p>4. Вы работаете с большим напряжением.</p> <p>5. Временами вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать.</p> <p>6. У вас очень редко бывает запор.</p> <p>7. Иногда вам очень хотелось уйти из дома.</p> <p>8. Временами у вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.</p> <p>9. Временами вас беспокоит тошнота и позывы на рвоту.</p> <p>10. У вас такое впечатление, что вас никто не понимает.</p> <p>11. Иногда вам хочется выругаться.</p> <p>12. Каждую неделю вам снятся кошмары.</p> <p>13. Вам труднее сосредоточиться, чем большинству людей.</p> <p>14. С вами происходили (или происходят) странные вещи.</p> <p>15. Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против вас.</p> <p>16. В детстве одно время вы совершали кражи.</p> <p>17. Бывало, что по несколько дней, неделю или целых месяцев вы ничем не могли заняться, потому что трудно было себя заставить включиться в работу.</p> <p>18. У вас прерывистый и беспокойный сон.</p> <p>19. Когда вы находитесь среди людей, вам слышатся странные вещи.</p> <p>20. Большинство знающих вас людей не считают вас неприятным человеком.</p> <p>21. Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше вашего.</p> <p>22. Большинство людей довольны своей жизнью более, чем вы.</p> <p>23. Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.</p> <p>24. Иногда вы сердитесь.</p> <p>25. Вам определенно не хватает уверенности в себе.</p> <p>26. У вас часто бывает чувство, будто вы сделали что-то неправильное или нехорошее.</p>		

- | | |
|---|--|
| <p>27. У вас часто бывают подергивания в мышцах.</p> <p>28. Обычно вы удовлетворены своей судьбой.</p> <p>29. Некоторые так любят командовать, что вам хочется все сделать наперекор, хотя вы знаете, что они правы.</p> <p>30. Вы считаете, что против вас что-то замышляют.</p> <p>31. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.</p> <p>32. Вас часто беспокоит желудок.</p> <p>33. Часто вы не можете понять, почему накануне вы были в плохом настроении и раздражены.</p> <p>34. Временами ваши мысли текли так быстро, что вы не успевали их высказать.</p> <p>35. Вы считаете, что ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства ваших знакомых.</p> <p>36. Временами вы уверены в собственной бесполезности.</p> <p>37. В последние годы ваше самочувствие было в основном хорошим.</p> <p>38. У вас были периоды, во время которых вы что-то делали и потом не могли вспомнить, что именно.</p> <p>39. Вы считаете, что вас часто незаслуженно наказывали.</p> <p>40. Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь.</p> <p>41. Вам безразлично, что думают о вас другие.</p> <p>42. С памятью у вас все благополучно.</p> <p>43. Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым вы только что познакомились.</p> <p>44. Большую часть времени вы чувствуете общую слабость.</p> <p>45. У вас редко болит голова.</p> <p>46. Иногда вам бывало трудно сохранить равновесие при ходьбе.</p> <p>47. Не все ваши знакомые вам нравятся.</p> <p>48. Есть люди, которые пытаются украсть ваши идеи и мысли.</p> <p>49. Вы считаете, что совершили поступки, которые нельзя простить.</p> <p>50. Вы считаете, что вы слишком застенчивы.</p> <p>51. Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь.</p> <p>52. Ваши родители часто не одобряли ваших знакомств.</p> <p>53. Иногда вы немного сплетничаете.</p> <p>54. Временами вы чувствуете, что вам необыкновенно легко принимать решения.</p> <p>55. У вас бывает сильное сердцебиение, вы часто задыхаетесь.</p> | |
|---|--|

- | | | |
|---|--|--|
| <p>56. Вы вспыльчивы, но отходчивы.</p> <p>57. У вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте.</p> <p>58. Ваши родители и другие члены семьи часто придираются к вам.</p> <p>59. Ваша судьба никого особенно не интересует.</p> <p>60. Вы не осуждаете человека, который не прочь воспользоваться в своих интересах ошибками другого.</p> <p>61. Иногда вы полны энергии.</p> <p>62. За последнее время у вас ухудшилось зрение.</p> <p>63. Часто у вас звенит или шумит в ушах.</p> <p>64. В вашей жизни были случаи (может быть, только один), когда вы чувствовали, что на вас действуют гипнозом.</p> <p>65. У вас бывают периоды, когда вы необычно веселы без особой причины.</p> <p>66. Даже находясь в обществе, вы обычно чувствуете себя одиноко.</p> <p>67. Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.</p> <p>68. Вы чувствуете острее, чем большинство других людей.</p> <p>69. Временами ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно.</p> <p>70. Вы часто разочаровываетесь в людях.</p> <p>71. Вы злоупотребляли спиртными напитками</p> | | |
|---|--|--|

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

КРАТКАЯ ФОРМА ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ/БЛАНК ВЕРСИИ SF-12

1. В целом, как бы Вы охарактеризовали своё здоровье?

1. Отличное
2. Очень хорошее
3. Хорошее
4. Удовлетворительное
5. Плохое

Следующие вопросы касаются той деятельности, которую Вы обычно должны выполнять ежедневно.

Ограничивает ли состояние Вашего здоровья в настоящее время эту деятельность? Если да, то насколько?

Умеренная по тяжести деятельность - например, перенести пылесос, передвинуть стул, или поиграть в гольф

1. Да, значительно ограничивает
2. Да, незначительно

ограничивает

3. Нет, совсем не ограничивает

Преодоление нескольких пролётов лестницы

1. Да, значительно ограничивает
2. Да, незначительно

ограничивает

3. Нет, совсем не ограничивает

Возникали ли у Вас на протяжении последних четырёх недель следующие проблемы с работой или повседневной деятельностью, связанные с нарушением физического здоровья?

Вы выполняли меньше работы, чем хотели бы?

1. Да
2. Нет

Вы были ограничены в видах работы или повседневной деятельности

1. Да
2. Нет

Возникали ли у Вас на протяжении четырёх недель следующие

проблемы с работой или повседневной деятельностью, связанные с эмоциональными расстройствами (например, в результате тревоги или депрессии)?

Вы выполняли меньше работы, чем хотели бы?

1. Да
2. Нет

Вы выполняли работу или другую деятельность менее тщательно и аккуратно, чем обычно

1. Да
2. Нет

На сколько боль влияла на Вашу привычную работу на протяжении последних четырёх недель (как на работу вне дома, так и на домашнюю работу)?

1. Боли вообще не беспокоят
2. Незначительно
3. Умеренно
4. Значительно
5. Очень сильно

Следующие вопросы касаются Ваших мыслей и чувств на протяжении последних четырёх недель.

Пожалуйста, на каждый вопрос выберите ответ, который наиболее близко отражает Ваши переживания и мысли.

Сколько времени на протяжении последних четырёх недель Вы чувствовали себя спокойным и благодушным?

1. Всё время
2. Большую часть времени
3. Значительную часть времени
4. Некоторое время
5. Незначительную часть времени
6. Нисколько по времени

Сколько времени на протяжении последних четырёх недель Вы были полны сил?

1. Всё время
2. Большую часть времени
3. Значительную часть времени
4. Некоторое время
5. Незначительную часть времени
6. Нисколько по времени

Сколько времени на протяжении последних четырёх недель Вы были подавлены и печальны?

1. Всё время
2. Большую часть времени
3. Значительную часть времени
4. Некоторое время
5. Незначительную часть времени
6. Нисколько по времени

Какую часть времени на протяжении последних четырёх недель проблемы с физическим здоровьем или эмоциональные расстройства нарушили Ваши привычное общение и общественную жизнь?

- Всё время
Большую часть времени
Значительную часть времени
Некоторое время
Незначительную часть времени
Нисколько по времени

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.
ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ (HADS)

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)	Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)
<p>1. Я испытываю напряжение, мне не по себе</p> <p>3 - все время 2 - часто 1 - время от времени, иногда 0 - совсем не испытываю</p> <p>2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться</p> <p>3 - определенно это так, и страх очень велик 2 - да, это так, но страх не очень велик 1 - иногда, но это меня не беспокоит</p> <p>0 - совсем не испытываю</p> <p>3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове</p> <p>3 - постоянно 2 - большую часть времени 1 - время от времени и не так часто</p> <p>0 - только иногда</p> <p>4. Я легко могу присесть и расслабиться</p> <p>0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь изредка, это так 3 - совсем не могу</p> <p>5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь</p> <p>0 - совсем не испытываю 1 - иногда 2 - часто 3 - очень часто</p> <p>6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться</p> <p>3 - определенно, это так 2 - наверно, это так 1 - лишь в некоторой степени, это так</p> <p>0 - совсем не испытываю</p>	<p>1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство</p> <p>0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - это совсем не так</p> <p>2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное</p> <p>0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - совсем не способен</p> <p>3. Я испытываю бодрость</p> <p>3 - совсем не испытываю 2 - очень редко 1 - иногда 0 - практически все время</p> <p>4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно</p> <p>3 - практически все время 2 - часто 1 - иногда 0 - совсем нет</p> <p>5. Я не слежу за своей внешностью</p> <p>3 - определенно, это так 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени 0 - я слежу за собой так же, как и раньше</p> <p>6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения</p> <p>0 - точно так же, как и обычно 1 - да, но не в той степени, как раньше 2 - значительно меньше, чем обычно 3 - совсем так не считаю</p> <p>7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы</p> <p>0 - часто 1 - иногда 2 - редко</p>

7. У меня бывает внезапное
чувство паники

3 - очень часто

2 - довольно часто

1 - не так уж часто

0 – совсем не бывает

3 - очень редко