

Т. Г. Ветрила

Євпаторійська міська лікарня № 2;
Харківська медична академія післядипломної освіти

Наукове обґрунтування концепції медико-психологічного супроводу сім'ї, яка виховує дитину з порушенням психічного розвитку

На основі аналізу зарубіжної літератури та результатів власних досліджень 200 родин, що виховують дитину з порушенням психічного розвитку, науково обґрунтована концепція медико-психологічного супроводу такої сім'ї, її структура, мішені та зміст. Система медико-психологічного супроводу сім'ї, що виховує дитину з порушенням психічного розвитку, складається з входодіагностичного, реабілітаційного етапів (стадії активної інтервенції та суппортивної підтримки) та етапу оцінки ефективності. Доведено, що реалізація комплексного підходу у здійсненні медико-психологічного супроводу сім'ї, що виховує дитину з затримкою психічного розвитку, дозволяє нормалізувати психологічний статус членів родини, оптимізувати інтеграцію дитини в навчальний процес, відновити соматичне та психічне здоров'я членів родини, удосконалити взаємовідносини «сім'я — соціум», гармонізувати сімейну взаємодію, загалом, покращити якість життя та соціальне функціонування усіх членів родини.

Ключові слова: медико-психологічний супровід, сім'я, дитина з порушенням психічного розвитку.

T. G. Vetrila

Yevpatoryan hospital № 2;
Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education

Scientific rationale for the concept of medical and psychological support of family, which brings up a child in violation of the psychological development

The analysis of foreign literature and the results of research of 200 families that bring up a child in violation of psychological development, the concept of evidence-based medical and psychological support of the family, its structure, targets and contents were scientifically based. The system of medical and psychological support of family, which brings child in violation of the psychological development is composed of psychodiagnostic, rehabilitation stages (active intervention and support stages) and evaluation phase. Proved that an integrated approach in implementing the medical and psychological support of family, raising a child with mental retardation, to normalize the psychological status of family members, to optimize integration of the child in the educational process, restore somatic and mental health of family members, improve the relationship "Family — Society", harmonize family interaction, in general, improve the quality of life and social functioning of all family members.

Keywords: medical and psychological support, family, child with violation of psychological development.

УДК 616.89-071:362.121:616-08-039.57

В. А. Демченко, головний лікар

Міська психоневрологічна лікарня № 2 м. Києва

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНОГО ПРОФІЛЮ В АСПЕКТІ НЕОБХІДНОСТІ ІНТЕГРАЦІЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПЕРВИННУ МЕДИКО-САНИТАРНУ МЕРЕЖУ

Шляхом анкетування і скринінгового вивчення 2894 пацієнтів Центральної поліклініки одного з районів м. Києва, виявлено 816 пацієнтів з психічними розладами. На підставі їх дослідження встановлена нозологічна структура, виділені синдромальні і симптоматичні клініко-психопатологічні особливості психічних розладів, властивих пацієнтам амбулаторної ланки загальносоматичної мережі. Зроблено висновки про необхідність інтеграції психіатричної допомоги в первинну медико-санітарну мережу.

Ключові слова: психічні розлади, загальносоматична мережа, інтеграція

Згідно з висновками ВООЗ (2000), до першочергових завдань щодо покращання психічного здоров'я належить «...забезпечення гідного психосоціального стану людей та наявності комплексних служб по наданню допомоги хворим на хронічні неінфекційні захворювання, які мають проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям» [1].

Вивченню питання надання спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам загальносоматичної мережі певна увага приділялася дослідниками і у минулі десятиліття, і в останні роки. Ще на початку 80-х років минулого століття Всесвітня Організація Охорони здоров'я (ВООЗ) призвала до всілякого розвитку позалікарняної психіатричної служби, розширення мережі психіатричних відділень на базі соматичних лікувальних установ і підготовці фахівців в галузі психосоматичної медицини. Особлива увага, на думку розробників програми, при цьому повинна приділятися депресії, яка часто супроводжує соматичні захворювання.

За даними європейських дослідників в останні десятиліття минулого сторіччя поширеність психічних захворювань серед вибірових груп пацієнтів загального профілю складала: в Англії — 22 %, у Німеччині — 23,2 %,

в Австралії — 14,8 %, у Норвегії — 26,6 %, у Нігерії — 22,4 %. При проведенні загальномедичних оглядів населення в Канаді психічні відхилення виявлені в 49,9 % жінок і 50,1 % чоловіків [2, 3].

За даними закордонних авторів, до третини пацієнтів лікарів загальної практики становлять пацієнти із психічними розладами, і лише 2—4 % з них потрапляють в поле зору психіатрів [4].

Інші дослідження показують, що близько 40 % хворих із психічними розладами взагалі б залишилися без будь-якої спеціалізованої допомоги, якби вона не забезпечувалася в загальномедичному центрі, й тільки 5,5 % пацієнтів звернулися б по допомогу до лікарів психіатричного профілю самостійно [5—7].

А. Б. Смулевич із співавторами вказують на те, що від 30 до 70 % пацієнтів, що постійно відвідують лікарів загальної практики, є пацієнти з афективними, невротичними й соматоформними розладами, головними болями, напруженнями та розладами сну. Через недостатню підготовленість у психіатрії лікарі-інтерни не діагностують ці розлади, що приводить до численних та неінформативних параклінічних досліджень, подорожчання обстеження, це в свою чергу затягує лікування та на тривалий час знижує якість життя, працездатність і соціальне функціонування пацієнтів [8].

На думку сучасних українських дослідників, потенційними пацієнтами психіатра та психотерапевта є від 33 до 64 % відвідувачів загальносоматичних поліклінік, а 70 % пацієнтів загальносоматичних стаціонарів потребують або консультації, або лікування лікаря-психіатра (психотерапевта) [9—18]. При цьому до «свого» лікаря, тобто до психіатра або психотерапевта, ці пацієнти потрапляють, у середньому, лише на 7—9 рік від початку захворювання, а весь цей час вони обслуговуються лікарями загальної практики — терапевтом, невропатологом, ендокриноло-

гом та ін. [19]. Проте, рівень виявлення психічних розладів у вітчизняній загальносоматичній мережі є вкрай низьким, в той час як у розвинутих країнах він сягає 45—90 % [20].

Враховуючі вищенаведене, з метою встановлення клініко-психопатологічних особливостей психічних розладів у пацієнтів загальносоматичної мережі, для обґрунтування та розроблення організаційної моделі надання інтегрованої медичної допомоги даному контингенту хворих в умовах реальної вітчизняної клінічної практики, нами протягом 2003—2010 рр. проанкетовано та обстежено 2894 пацієнти Центральної поліклініки Дніпровського району м. Києва. Із загальної кількості обстежених у 816 осіб діагностовано психічні та поведінкові розлади, що відповідали діагностичним критеріям МКХ-10. Таким чином, кількість відібраних хворих склала 28,2 % від загальної кількості вивчених пацієнтів. Серед обстежених було 63,1 ± 4,8 % жінок і 36,9 ± 4,8 % чоловіків, питома вага з яких (63,8 ± 4,8 %) були у віці від 41 до 60 років.

Процедура обстеження включала розгорнуте клінічне інтерв'ю з аналізом психічного стану (за діагностичними критеріями МКХ-10), аналіз анамнестичних даних. При цьому враховувалися синдромальні і нозологічні характеристики психічного розладу, умови його маніфестації, фіксувалася тривалість та особливості динаміки. Ступінь вираженості психопатологічної симптоматики ранжували за силою як слабкий, середній, сильний та за частотою — той, що спостерігається рідко, помірно та часто, а для оцінки обох параметрів визначали інтегральний показник (ІП) інтенсивності симптому [21]. Вивчали й медичну документацію (історії хвороби, виписки з історії хвороби, амбулаторні картки, довідки, протоколи засідань МСЕК).

Усі отримані дані в цифровій формі вносили в спеціальну створену базу даних з використанням системи керування базами даних MS Access v.8 for Windows 95. Формування

зведених таблиць проводили за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. Аналіз, оброблення і розрахунок відсоткових характеристик і коефіцієнтів кореляції здійснювали за допомогою програми SPSS 10.0.5 for Windows.

В результаті дослідження встановлено, що за частотою зустрічаємості психіатричної симптоматики серед пацієнтів загальносоматичної поліклініки були виділені три основні групи соматичних розладів: неврологічна — 276 пацієнтів із психопатологічною симптоматикою, кардіологічна — 234 пацієнта та гастроентерологічна — 135. На всі інші групи соматичних розладів (урологічна, офтальмологічна, отоларингологічна, травматологічна, хірургічна патологія) було виявлено в цілому 171 випадок психічних розладів.

Основними діагнозами серед пацієнтів неврологічної групи були:

- дисциркуляторна енцефалопатія,
- нейроциркуляторна дистонія,
- вертебробазиллярна недостатність,
- остеохондроз хребта,
- мігрень,
- невралгія,
- віддалені наслідки ЧМТ.

Кардіологічну групу діагнозів становили:

- артеріальна гіпертензія,
- атеросклероз судин головного мозку,
- вегето-судинна дистонія,
- ішемічна хвороба серця.

Гастроентерологічну групу діагнозів становили:

- хронічний холецистит,
- хронічний коліт,
- виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки,
- коліт,
- хронічний панкреатит і навіть «отруєння».

Загальна кількість виявлених випадків, а також їхня структура наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Поширеність і нозологічна структура психічних розладів серед пацієнтів амбулаторної ланки загальносоматичної мережі

| Нозологічна рубрика МКХ-10 | Частота зустрічаємості | |
|---|------------------------|------------|
| | (абсолютна) | % ± m |
| Тривожно-фобічні розлади F 40 | 133 | 16,3 ± 3,7 |
| Органічні емоційно лабільні (астенічні) розлади F 06.6 | 86 | 10,5 ± 3,1 |
| Органічний тривожний розлад F 06.4 | 68 | 8,3 ± 2,8 |
| Неврастенія F 48.0 | 55 | 6,7 ± 2,5 |
| Органічний (афективний) розлад F06.3 | 52 | 6,4 ± 2,4 |
| Депресивний епізод F 32 | 47 | 5,8 ± 2,3 |
| Змішаний тривожний та депресивний розлад F 41.2 | 45 | 5,5 ± 2,3 |
| Хронічні (афективні) розлади настрою F 34 | 44 | 5,4 ± 2,3 |
| Біполярний афективний розлад, поточний епізод помірної або легкої депресії F 31.3 | 40 | 4,9 ± 2,2 |
| Панічний розлад F 41.0 | 38 | 4,7 ± 2,1 |
| Рекурентний депресивний розлад F 33 | 31 | 3,8 ± 1,9 |
| Обсесивно-компульсивні розлади F 42 | 31 | 3,8 ± 1,9 |
| Генералізований тривожний розлад F 41.1 | 30 | 3,7 ± 1,9 |
| Легкий когнітивний розлад F 06.7 | 25 | 3,1 ± 1,7 |
| Специфічні розлади особистості F60 | 25 | 3,1 ± 1,7 |
| Іпохондричний розлад F 45.2 | 20 | 2,5 ± 1,5 |
| Пролонгована депресивна реакція F 43.21 | 19 | 2,3 ± 1,5 |
| Психічні та поведінкові розлади в наслідок вживання алкоголю F 10.0 | 18 | 2,2 ± 1,5 |
| Психічні та поведінкові розлади в наслідок вживання опіоїдів F 11.0 | 6 | 0,7 ± 0,9 |
| Біполярний афективний розлад, поточний гіпоманіакальний епізод F 31.0 | 6 | 0,7 ± 0,9 |
| Манія без психотичних симптомів F 30.1 | 5 | 0,6 ± 0,8 |
| Параноїдна шизофренія F 20.0 | 3 | 0,4 ± 0,6 |
| Усього | 816 | 100,0 |

Примітка. Ранжування за частотою зустрічаємості

Слід зазначити, що 78,6 % пацієнтів, незважаючи на ознаки явного психічного розладу, не мали намірів звертатися до лікарів-психіатрів. Лікарі-інтерни також, або не виявляли у пацієнтів ознак психічного захворювання, або не знали, як вчинити з ним і, фактично, залишали питання без вирішення. Наведені дані, крім стигматизації психіатрії, свідчать про низький психоосвітній рівень як серед пацієнтів, так і серед лікарів-інтернів.

Аналіз нозологічної структури показав, що серед пацієнтів амбулаторної загальносоматичної мережі був виявлений фактично весь спектр психічних розладів, однак, превалювала симптоматика афективного (тривожно-фобічного та депресивного) кола, що відзначена майже в 70 % всіх випадків.

Клініка основних психічних розладів у пацієнтів амбулаторної загальносоматичної мережі в цілому відповідала загальноприйнятим описам та критеріям діагностики МКХ-10. Однак, низка психопатологічних станів в таких пацієнтів відрізнялася деякою специфічністю. Найбільшою відмінністю досягли синдроми афективного та невротичного кола.

Клінічною особливістю *депресивних (тривожно-депресивних) розладів* у пацієнтів загальносоматичної мережі був її маскований характер з переважанням зниження вітального тону з проявами вегетосоматичних розладів за типом *locus minoris resistentia*, головним болем, запамороченням, неприємними відчуттями в області серця, спазмами стравоходу, алгіями та сенестопатіями, вегетативно-судинними кризами.

Особливої уваги заслуговували первинні депресії в пацієнтів інволюційного періоду з віковими атеросклеротичними змінами головного мозку при наявності скарг на розсіяність уваги, зниження пам'яті, безініціативність, дезорієнтацію. Ретельне неврологічне обстеження та виключення істотної органічної патології дозволяло розцінювати дані клінічні стани як власне депресивні, що надалі підтверджувалося позитивними результатами антидепресивної терапії. Мнестично-інтелектуальні зміни спостерігалися, за нашим даними, у клінічній картині пізніх депресій в 28 % випадків. Диференціальні розходження між депресивними та дементними станами при ретельному розгляді завжди були явні і дозволяли безпомилково відрізнити один розлад від іншого. Так, початок захворювання при псевдодеменції завжди був відносно гострим, у той час як деменція починалася поступово, з появою перших симптоматичних вкраплень захворювання задовго до його клінічної констатації. У депресивних хворих мало місце посилення дисфункції в ранкові години з відносною компенсацією стану у вечірній час, у той час як у дементних хворих відзначалося посилення дисфункції саме у вечірній і нічний час. Скарги також мали різну виразність: від множинних, що включають скарги і когнітивного, і соматичного характеру в псевдодементних хворих, до одиничних, з елементами ігнорування того, що відбувається — у дементних хворих.

За переважаним афектом депресія серед пацієнтів даної групи була такою.

Тривожний тип (45 % досліджуваних) характеризувався високим рівнем соматичної та психічної невмотивованої тривоги на загальному гіпотимному фоні з рідкими, не більше 1—2 рази на місяць, переживаннями, мимовільних, з відтінком нав'язливості уявлень, що відбивають психотравмуючу ситуацію. Типовим було дисфоричне забарвлення настрою, з почуттям внутрішнього дискомфорту, дратівливості, напруженості. Розлади сну характеризувалися труднощами при засинанні з домінуванням у свідомості тривожних думок про свій стан, побоюваннями за якість та тривалість сну, страхом перед болісними кошмарними сновидіннями, що зрідка відбивали психотравмуючу ситуацію,

але здебільшого з фабулою домінуючих стресових переживань не пов'язані. Хворі часто навмисно відсували настання сну через побоювання перед кошмарами та засинали лише під ранок. Характерними були пароксизмальні вечірні та нічні стани з почуттям недостачі повітря, серцебиттям, пітливістю, ознобом, або припливами жару. Хворі самостійно зверталися по допомогу, і хоча домінувало прагнення уникнути ситуацій, що нагадують про психотравму, прагнули до спілкування, якої-небудь цілеспрямованої діяльності, одержуючи полегшення від активності.

Астенічний тип (40 % досліджуваних) відрізнявся домінуванням почуття млявості та слабкості. Фон настрою був знижений, з переживанням байдужості до подій у житті, що цікавили раніше, байдужості до проблем родини або до виробничих питань. Поведінка відрізнялася пасивністю, були характерні переживання втрати почуття задоволення від життя. У свідомості домінували думки про власну неспроможність. Протягом тижня кілька разів виникали мимовільні уявлення епізодів психотравмуючої ситуації. Однак на відміну від тривожного типу, в даних випадках уявлення були позбавлені ясності, детальності, емоційної забарвленості та визначалися хворими як «виникаючі у свідомості картини з відтінком нав'язливості». Розлади сну характеризувалися гіперсомнією з неможливістю підвестися з ліжка, болісною дрімотою, часом протягом усього дня. Унікаюча поведінка була нехарактерна, хворі рідко приховували свої переживання та, як правило, самостійно зверталися по допомогу.

Дисфоричний тип (15 % досліджуваних) характеризувався постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратування, аж до спалахів злості і люті, на фоні пригнічено-похмурого настрою. Хворі відзначали високий рівень агресивності, прагнення зігнати на навколишніх дратівливість та запальність, що їх охоплювали. У свідомості домінували уявлення агресивно-садистичного змісту у вигляді картин покарання уявних кривдників, бійок, спорів із застосуванням фізичної сили, що лякало хворих та змушувало зводити свої контакти з навколишніми до мінімуму. Найчастіше хворі не могли стриматися та на зауваження навколишніх реагували бурхливими реакціями, про які згодом шкодували. Поряд із цим виникали мимовільні уявлення психотравмуючих ситуацій сценічного характеру. Нерідкі були сцени насильства з активною участю самих хворих. Зовні хворі виглядали похмурими, міміка відображала невдоволення та дратівливість, поведінка відрізнялася відгородженістю. Були типовими унікаюча поведінка, замкнутість, малослівність. Сон носив поверхневий характер та одночасно характеризувався ранніми ранковими пробудженнями. Хворі активно скарг не висловлювали і попадали в поле зору фахівців у зв'язку з поведінковими розладами, які відзначалися близькими або співробітниками.

За провідним соматизованим симптомокомплексом депресивні розлади у пацієнтів амбулаторної загальносоматичної мережі розподілялись на такі варіанти:

- алгічний (цефалічний, кардіалгічний, абдомінальний, суглобний та ін.),
- діенцефальний,
- агрипнічний.

На початковому етапі формування розладів відзначалися соматоформні та психовегетативні порушення, які певною мірою маскували прояви депресії та тривоги. Досить типовими були також тілесні сенсації алгічного, алготермічного мігруючого характеру з переживанням почуття печіння, оніміння, поколювання, «прострелів» в ділянці серця та кишечника. Власне це й визначало звертання хворих до лікарів-інтернів.

Особливістю пацієнтів з *невротичними та обсесивно-компульсивними розладами* була істотна представленість у формуванні психічної патології соціальних факторів. Слід зазначити, що, на відміну від усіх інших груп психічних захворювань, розлади невротичної групи структурувалися поетапно. На початковому етапі, при безпосередньому зіткненні пацієнта із психотравмою, відзначалася початкова фаза — усвідомлення того, що сталося. Психотравмуюча ситуація ставила пацієнтів у нові умови, що вимагали іншої оцінки, яка полягала в з'ясуванні позитивних і негативних сторін того, що відбувається. Ця фаза була найгострішою, виявлялася груба, «первинна» оцінка того, що сталося. Далі відбувалася певна інтерпретація подій, що знижувало строту сприйняття психотравми. Так, пацієнти оцінювали ситуацію за її сутністю, впливом на різні сторони їхнього життя, можливими змінами, викликаними конфліктом. Спостерігався активний пошук винних, шляхів вирішення психотравмуючої ситуації. На цій фазі, незважаючи на зниження первинної гостроти, все ж відзначалося явище непродуктивного аналізу як самої ситуації, так і подій, що передують їй, при цьому часто штучно погравлювалися спогади дитинства, нанесені образи, колишні психотравмуючі ситуації. Характерно, що в чоловіків молодого та середнього віку переважними психотравмуючими факторами були матеріальні труднощі та неможливість працевлаштуватися, у чоловіків старшої вікової групи — втрата близьких людей, фізична неміч. У жінок середньої вікової групи на перше місце виступали — зрада чоловіка, залишення ним родини, розлучення, алкоголізм чоловіка, наявність сексуальних дисгамій, у жінок старшої вікової групи — фізичне зів'янення, смерть чоловіка, самотність, безперспективність майбутнього, зловживання психотравмуючими речовинами (наркотиками) дітей.

Клінічно-психопатологічними особливостями невротичних і обсесивно-компульсивних станів у пацієнтів загальносоматичної амбулаторної мережі були: у чоловіків — емоційна напруга, зниження настрою, тривога, страх, реакції здивування, розчарування та образи; у жінок — зниження настрою, плаксивість, реакції самобичування, схильність до хвилювання, розгубленість. Як у чоловіків, так і в жінок, виявлені афективні порушення, вони були найбільш вираженими в старшій віковій групі.

На другому етапі відзначалася «каналізація» тривоги та психоемоційної напруги в соматизоване русло, з'являвся комплекс соматизованих невротичних розладів. Невротична «втеча у хворобу» з акцентуванням соматичного неблагополуччя, декларуванням програми обслуговування «хворої людини» (тобто самого пацієнта) спостерігалось більше в осіб жіночої статі. Саме жінки охочіше демонстрували образ хворої людини, маніпулюючи близькими, особливо «винуватцями психотравми». Досягнення «соматичного порога» у значної частини осіб чоловічої статі (72,2 %) відбувалося через інтенсивну алкоголізацію, відхилення від тверезої оцінки реальності, відхід від вирішення невротичних проблем. Примітно, що в чоловіків спостерігалися соматичні порушення, однак вони мали не самостійний характер, а проявлялися у вигляді загострення захворювань, які були в них раніше (стенокардії, виразкової хвороби шлунка, дискінезії жовчаних шляхів). У всіх випадках ігровий компонент поведінки в чоловіків у ситуації впливу психотравм був менш виражений, ніж у жінок. В осіб жіночої статі частіше виникали маніпулятивна поведінка, рентні установки стосовно навколишніх, реакції психологічного шантажу та наказуюча позиція. І в чоловіків, і в жінок відзначалася тенденція до закріплення невротичних розладів у середньому та літньому віці (36—60 років).

Особливістю виникнення та перебігу *органічних афективних, тривожних та емоційно лабільних розладів* була їх обумовленість, у більшості випадків, наявністю цереброваскулярної патології у пацієнтів. Клінічні прояви психічних порушень в таких випадках були стійкими, важкокурабельними, притаманними, здебільшого, особам літнього віку.

Пацієнти з різними видами залежності в більшості випадків зверталися по допомогу до лікарів-соматиків на етапі тимчасової відмови або несистематичного прийому психоактивних речовин, обумовленого різними причинами (вимога мікрооточення, реальне погіршення соматичного стану, проблеми із правоохоронними органами). Таким чином, пацієнти на момент звернення до амбулаторної загальносоматичної мережі перебували в стані абстиненції, що додатково спричиняло загострення реальної соматичної патології, а також посилення патологічної іннервації з боку внутрішніх органів. Крім стійких розладів гіпопсихотичного рівня, іншими «прямими» психічними симптомами в цих пацієнтів були: розлади сприйняття, специфічні порушення мислення, порушення когнітивних функцій, загальна дисоціація психічної діяльності. Кожний із зазначених симптомів у рамках опійної наркоманії, алкоголізму мав специфічні клінічні прояви, що відрізняли його від аналогічних симптомів при розладах ендogenous рівня.

Треба зазначити, що зв'язок між соматичною та психічною патологіями мультифакторний та складний. Дослідниками визначено, по меншій мірі, чотири категорії причинно-наслідкових зв'язків: а) психічний (насамперед, афективний) розлад — прямий наслідок соматичного захворювання; б) психічний розлад — психологічна реакція на соматичне захворювання (нозогенія); в) психічний розлад — наслідок побічних ефектів терапії соматичного захворювання (наприклад, при лікуванні β -адреноблокаторами); г) психічний розлад — самостійне коморбідне захворювання [18, 22].

В обґрунтуванні спорідненості патогенетичних механізмів і закономірностей розвитку психічних (насамперед, тривожно-депресивних, фобічних) і соматичних розладів сучасні дослідники спираються на поняття стресу як незмінно присутнього в тому й іншому випадку провокуючого чинника. Стресові впливи ініціюють виникнення дисфункціональних вегетативних зрушень, переважно симпатикотонічних, неспецифічних, але східних на початкових етапах розвитку і психічного, і соматичного захворювання. З одного боку, серед соматовегетативних порушень, закономірно притаманних психічним розладам, низка симптомів — коливання артеріального тиску, тахікардія, синусова аритмія, вазомоторна лабільність та ін. — цілком порівняні з початковими стадіями розвитку багатьох соматичних хвороб. З іншого боку, такі порушення астенічного кола, як головний біль, запаморочення, парестезії, підвищена втомлюваність, сенсорна гіперестезія, рівною мірою характерні для соматизованих варіантів депресивних (тривожних, фобічних) розладів і/або початкових етапів розвитку соматичного захворювання, наприклад, цереброваскулярної хвороби. Емоційний дискомфорт з тривожним відтінком, коливання настрою, які не оформилися ще у стійкий депресивний зсув — цілком характерні для усіх згаданих вище захворювань.

Ретельний аналіз клінічного змісту психічних розладів, виявлених у пацієнтів амбулаторної загальносоматичної мережі, дозволив зробити деякі висновки щодо диференціювання синдромального наповнення в залежності від соматичного діагнозу. В таблиці 2 наведені основні ІП провідних симптомів в усіх групах хворих. Незважаючи на клінічну близькість порівнюваних розладів, в їх проявах були істотні відмінності.

Порівняльний аналіз клінічного синдромального наповнення психічних розладів у пацієнтів загальносоматичної мережі в залежності від соматичного діагнозу

| Синдром | Симптом | Середній ІП симптому (в балах) у хворих | | |
|------------------------------|---|---|-------------------------------|-------------------------------------|
| | | неврологічної групи, n = 276 | кардіологічної групи, n = 234 | гастроентерологічної групи, n = 135 |
| Астенічний | Підвищена фізична стомлюваність | 4,11 ± 2,57 | 2,81 ± 1,88 | 5,10 ± 2,37** ¹⁾ |
| | Підвищена психічна стомлюваність | 5,00 ± 1,66** | 2,11 ± 2,50 | 3,21 ± 0,82 |
| | Дратівлива слабкість | 2,90 ± 2,61 | 2,07 ± 1,81 | 3,89 ± 1,00** |
| | Психічна гіперестезія | 5,09 ± 2,37** | 2,44 ± 1,66 | 3,86 ± 2,56 |
| | Соматична гіперестезія | 1,78 ± 1,75 | 1,89 ± 2,61 | 4,84 ± 2,57** |
| Афективний | Неадекватно знижений настрій | 3,89 ± 1,51* | 1,44 ± 1,86 | 4,56 ± 1,86** |
| | Неадекватно підвищений настрій | 0,33 ± 0,28 | 0,11 ± 0,28 | 0 |
| | Ідеаторна і моторна загальмованість | 3,67 ± 1,71 | 0,78 ± 1,69 | 4,58 ± 1,07* |
| | Ідеаторна, моторна прискореність | 0,22 ± 0,38 | 0,44 ± 0,75 | 0,12 ± 0,23 |
| | Апатія | 2,75 ± 1,69 | 1,44 ± 1,42 | 3,89 ± 2,71** |
| | Туга, смуток | 2,50 ± 0,50 | 2,00 ± 1,00 | 5,00 ± 2,37** |
| | Тривога | 2,67 ± 2,04 | 5,00 ± 0,82** | 2,62 ± 1,81 |
| | Добові коливання настрою | 3,00 ± 1,22** | 1,22 ± 1,19 | 2,67 ± 2,04 |
| | Емоційна лабільність | 3,11 ± 2,57** | 5,00 ± 2,37** | 2,56 ± 1,86** |
| Суїцидальні думки, тенденції | 0,33 ± 0,60 | 0,29 ± 0,36 | 0,89 ± 1,73 | |
| Обсесивний | Нав'язливі думки | 0 | 4,44 ± 1,66** | 1,28 ± 1,69 |
| | Нав'язливий рахунок | 0,11 ± 0,28 | 2,11 ± 2,50 | 1,50 ± 0,50 |
| | Нав'язливі дії | 0,67 ± 1,71 | 2,81 ± 1,88** | 1,67 ± 1,81 |
| | Ритуали | 1,44 ± 1,86 | 1,67 ± 1,81 | 1,62 ± 1,81 |
| | Дисморфобії | 0,22 ± 0,57 | 0,87 ± 1,16 | 0,42 ± 0,38 |
| | Нав'язливі пригадування | 0,84 ± 0,75 | 4,00 ± 1,63 | 1,58 ± 1,81 |
| | Фобії | 1,89 ± 1,71 | 5,02 ± 1,34** | 2,74 ± 1,35 |
| Дисоціативно/конверсійний | Істеричні паралічі, парези, контрактури | 0,44 ± 0,35 | 0 | 0,36 ± 0,20 |
| | Демонстративність скарг, рентні установки | 0,22 ± 0,38 | 0,11 ± 0,28 | 0,84 ± 0,75 |
| | Істеричний «ком» | 0,89 ± 0,73 | 0,67 ± 1,71 | 0,42 ± 0,38 |
| | Істеричний тремор | 1,44 ± 1,86 | 0,11 ± 0,28 | 0,89 ± 1,73 |
| | Істеричні порушення чутливості | 1,92 ± 1,71 | 0,22 ± 0,57 | 0,11 ± 0,28 |
| Сенесто-іпохондричний | Фіксованість на власному здоров'ї | 2,11 ± 2,50 | 1,28 ± 1,69 | 5,00 ± 1,66** |
| | Сенестопатії | 2,00 ± 1,00 | 0,89 ± 1,73 | 3,84 ± 2,57** |
| Вегетативний | Розлади засинання | 2,56 ± 1,86** | 1,28 ± 1,69 | 2,74 ± 2,04 |
| | Розлади глибини і тривалості сну | 3,58 ± 1,00** | 1,96 ± 2,50 | 3,67 ± 1,26 |
| | Сонливість вдень | 2,67 ± 1,81** | 2,67 ± 1,81 | 2,84 ± 2,57 |
| | Знижений АТ | 2,56 ± 1,86 | 0 | 0,84 ± 0,75 |
| | Підвищений АТ | 0,29 ± 0,36 | 3,21 ± 0,82* | 0,11 ± 0,28 |
| | Головний біль | 3,89 ± 1,02* | 2,00 ± 2,71 | 1,26 ± 1,86 |
| | Запаморочення | 3,06 ± 1,86* | 1,76 ± 1,16 | 2,00 ± 0,50 |
| | Кардіалгії, дизритмії | 0,22 ± 0,57 | 4,44 ± 1,66* | 0,11 ± 0,28 |
| | Порушення апетиту | 0,67 ± 1,71 | 0,37 ± 0,36 | 3,00 ± 1,22* |
| | Диспепсичні розлади | 0,22 ± 0,57 | 0,33 ± 0,60 | 5,00 ± 2,37** |

** — $p < 0,01$; * — $p < 0,05$

Найбільша середня кількість симптомів у одного пацієнта спостерігалась у хворих з гастроентерологічним діагнозом (18,1), дещо менше — у пацієнтів з неврологічним діагнозом (14,8), значно менше — у кардіологічних хворих (8,0), хоча ці відмінності і не є статистично достовірними. Також мала місце різниця в середній інтенсивності одного симптому, яка була найвища у пацієнтів гастроентерологічної групи (2,26), в порівнянні з 1,92 — у пацієнтів з неврологічним діагнозом і 1,86 — у кардіологічних хворих.

У осіб з гастроентерологічними скаргами в клінічній картині психічних розладів превалювали астенічний, сенесто-іпохондричний і, частково — афективний (з переважанням депресивної симптоматики) симптомокомплекс

($p < 0,01$). Особи з кардіологічними захворюваннями відрізнялись наявністю афективного (тривожно-фобічного) та обсесивного симптомокомплексів ($p < 0,01$). Для неврологічних пацієнтів характерними були астенічний, афективний (як депресивний, так і тривожний його компоненти) та вегетативний симптомокомплекс ($p < 0,01$).

Виявлені відмінності також в частоті виникнення і вираженості окремих клінічних симптомів.

У кардіологічній групі спостерігався вищий ІП таких порушень як тривога ($p < 0,01$), фобії ($p < 0,01$), емоційна лабільність ($p < 0,01$), нав'язливі думки, дії та пригадування ($p < 0,01$), а також окремі показники вегетативної симптоматики: підвищений АТ та кардіалгії і дизритмії ($p < 0,05$).

У гастроентерологічній групі превалювали високі ІП таких порушень як підвищена фізична стомлюваність ($p < 0,01$), дратівлива слабкість ($p < 0,01$), фізична гіперестезія ($p < 0,01$), неадекватно знижений настрій ($p < 0,05$), ідеаторна і моторна загальмованість ($p < 0,05$), туга, смуток ($p < 0,01$), фіксованість на власному здоров'ї ($p < 0,01$), сенестопатії ($p < 0,01$), а також вегетативні показники: порушення апетиту ($p < 0,05$) та диспепсичні розлади ($p < 0,01$).

Серед пацієнтів неврологічної групи мали місце більшість вище перелічених симптомів, що були характерними для пацієнтів обох груп, проте, їх інтенсивність була значною. Винятком стали декілька симптомів: підвищена психічна стомлюваність ($p < 0,01$), психічна гіперестезія ($p < 0,01$), неадекватно знижений настрій ($p < 0,05$), добові коливання настрою ($p < 0,01$), а також агрипнічні розлади (засинання, тривалості і глибини сну, сонливість вдень) ($p < 0,01$), головний біль ($p < 0,05$) та запаморочення ($p < 0,05$).

Таким чином, клініко-психопатологічна симптоматика у хворих гастроентерологічного профілю відрізнялась астено-депресивно-іпохондричними включеннями, у кардіологічних пацієнтів — обсервиво-тривожно-фобічними, а у неврологічних хворих мав місце більший поліморфізм із змішаною симптоматикою із переважанням астено-депресивних вегетативних проявів.

Отримані нами результати свідчать про необхідність удосконалення існуючої системи надання спеціалізованої допомоги хворим первинної загальносоматичної мережі. На нашу думку, перспективним напрямком вирішення даної проблеми є створення денних психіатричних стаціонарів в поліклініках загальносоматичного профілю, що, з одного боку, відповідає вимогам концепції ВООЗ щодо раннього виявлення хвороб [1], а саме: захворювання, що виявляється, повинне мати велику медико-соціальну значимість; потрібно мати можливість діагностики латентної стадії; дослідження повинне бути прийнятним для населення; виявлення хворих необхідно зробити безперервним, а не епізодичним; повинна існувати можливість лікування виявленої хвороби, а з іншого — сучасній стратегії реформування вітчизняної системи надання психіатричної допомоги.

Список літератури

1. World Health Organization. Choosing interventions: effectiveness, quality, costs, gender and ethics (EQC). Global programme on evidence for health policy (GPE). — Geneva: WHO, 2000.
2. Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care / [N. Sartorius, T. B. Ustun, Y. Lecrubier, H. U. Wittchen] // Br. J. Psychiatry. — 1996 (suppl). — P. 38—43.
3. Local area deprivation and urban-rural differences in anxiety and depression among people older than 75 years in Britain / K. Walters, E. Breeze, P. Wilkinson [et al.] // Am. J. Public Health. — 2004 Oct; Vol. 94 (10). — P. 1768 — 74.
4. Strik J. J. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction / J. J. Strik, J. Denollet // J. Am. Coll. Cardiol. — 2003. — Vol. 42 (10). — P. 1801—1807.
5. Guthrie E. Симптоми, необ'яснимі з медичної точки зору, у пацієнтів служб первинного звена медичної допомоги / E. Guthrie // Новости медицины и фармации. — 2010. — № 315. — С. 32—39.
6. Aiarzaguena J. M. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms / J. M. Aiarzaguena, G. Grandes, I. Gaminde // Psychol. Medicine. — 2007. — Vol. 37. — P. 283—294.
7. Mandelli L. Improvement of cognitive functioning in mood disorder patients with depressive symptomatic recovery during treatment: an exploratory analysis / L. Mandelli, A. Serretti, C. Colombo // Psychiatr. Clin. Neurosci. — 2006. — Vol. 60. — P. 598—604.
8. Психокордиологія / [А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, М. Ю. Дробіжев, С. В. Иванов]. — М.: МИА, 2005. — 778 с.
9. Напреєнко О. К. Депресії та тривога в загальномедичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) / О. К. Напреєнко // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2002. — № 1. — С. 7—12.

10. Напреєнко А. К. Депрессивные расстройства в амбулаторной общесоматической практике / А. К. Напреєнко, Н. Латчман // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — № 1 (9) — С. 46—49.

11. Дзеружинська Н. О. Коморбідні психічні розлади у похилих пацієнтів загальної медичної (кардіологічної) практики: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Н. О. Дзеружинська. — К., 2003. — 28 с.

12. Підаєв А. В. Проблеми організації психіатричної, психотерапевтичної і психологічної допомоги в загальносоматичній мережі / А. В. Підаєв, С. І. Табачников // Архів психіатрії. — 2003. — Т. 9. — № 1 (32). — С. 4—5.

13. Подкорытов В. С. Проблема депрессий в общесоматической практике / В. С. Подкорытов // Там само. — 2003. — Т. 9. — № 1 (32) — С. 69—71.

14. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів / В. Д. Мішиєв. — Львів: Вид-во Мс. — 2004. — 208 с.

15. Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О. С. Чабан, О. О. Хаустова. — К.: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. — 96 с.

16. Михайлов Б. В. Проблеми депрессий в общесоматической практике / Б. В. Михайлов // Здоров'я України. — 2006. — № 3 (136). — С. 18—19.

17. Марута Н. А. Новые возможности терапии депрессивных расстройств / Н. А. Марута // Там само. — 2008. — № 7/1 (додатковий). — 5 с.

18. Маркова М. В. Депрессивные расстройства в сети первичной медицинской помощи: из «диагностических невидимок» — на арену общемедицинской практики / М. В. Маркова // Medix. AntiAging. — 2009. — № 5 (11). — С. 18—22.

19. Соломко С. Б. Особенности патоморфозу, принципы дифференціальної діагностики й амбулаторної психотерапії сучасних соматоформних розладів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 19.00.04 «Медицина психологія» / С. Б. Соломко. — Х., 2010. — 18 с.

20. Діагностика та лікування психосоматичних розладів в загальній медичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому Х): Методичні рекомендації / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, О. Ю. Жабенко. — Київ, 2009. — 40 с.

21. Табачников О. Ю. Непсихотичні психічні розлади у учнів шкіл нового типу (клініко-психопатологічні, соціально-психологічні, психологічні закономірності формування, профілактика і корекція): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / О. Ю. Табачников. — Х., 2001. — 33 с.

22. Маркова М. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабич // Новости медицины и фармации. — 2008, № 243. — С. 71—74.

Надійшла до редакції 04.08.2010 р.

В. А. Демченко

Городская психоневрологическая больница № 2 г. Киева

Клініко-психопатологічні особливості психічних розладів у пацієнтів общесоматического профіля в аспекте необхідності інтеграції психіатричної допомоги в первинну медико-санітарну сеть

Путем анкетирования и скринингового изучения 2894 пациентов Центральной поликлиники одного из районов г. Киева, выявлено 816 пациентов с психическими расстройствами. На основе их исследования установлена нозологическая структура, выделены синдромальные и симптоматические клинико-психопатологические особенности психических расстройств, присущих пациентам амбулаторного звена общесоматической сети. Сделан вывод о необходимости интеграции психиатрической помощи в первичную медико-санитарную сеть.

Ключевые слова: психические расстройства, общесоматическая сеть, интеграция.

V. A. Demchenko

Psychoneurological Hospital № 2, Kyiv

Clinic-psychopathologic features of psychiatric disorders in patients somatic profile in the sense of the need to integrate mental health care into primary health care network

Through questionnaires and screening study in 2894 patients in Central Polyclinic one of the districts of Kyiv, identified 816 patients with mental disorders. Based on their research, established nosological structure, syndromes and symptomatic clinical-psychopathological characteristics of mental disorders inherent in patients outpatient somatic network were selected. The need to integrate mental health care into primary health care network was justified.

Keywords: mental disorders, somatic network, integration.