

Б. С. Федак

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АСТЕНИЧНИХ ПРОЯВІВ
У ХВОРИХ НА ГОСТРІ СТАНИ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ**

Б. С. Федак

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АСТЕНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ СОСТОЯНИЯМИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

B. Fedak

**CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ASTHENIC
MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH ACUTE THERAPEUTIC CONDITIONS**

У статті викладені дані з клініко-психопатологічного та патопсихологічного вивчення хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), інфаркт міокарда (ІМ), гіпертонічні кризи (ГК), транзиторні ішемічні атаки (ТІА), виразкову хворобу шлунку і дванадцятипалої кишки. Виокремлені провідні психопатологічні синдроми у хворих на гострі стани терапевтичного профілю, встановлено чотири варіанти астеничного синдрому соматогенного походження: астеничний, астено-тривожний, астено-депресивний, диссомнічний.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, гіпертонічна хвороба, транзиторні ішемічні атаки, астеничний синдром.

В статье изложены данные по клинико-психопатологическому и патопсихологическому изучению больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), инфарктом миокарда (ИМ), гипертонической болезнью (ГБ), транзиторными ишемическими атаками (ТИА). Выделены ведущие психопатологические синдромы у больных с острыми состояниями терапевтического профиля, установлено четыре варианта астенического синдрома соматогенного происхождения: астенический, астено-тревожный, астено-депрессивный, диссомнический.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, транзиторные ишемические атаки, астенический синдром.

The article presents data on the clinical and psychopathological pathopsychologic study of patients with coronary heart disease (CHD), myocardial infarction (MI), essential hypertension (EH), transient ischemic attacks (TIAs). Highlighted in leading psychiatric syndromes in patients with acute conditions therapeutic profile, there are four options asthenic syndrome somatogenic origin: asthenic, asthenic-anxious, asthenic-depressive and dyssomnic.

Keywords: coronary heart disease, myocardial infarction, essential hypertension, asthenic syndrome.

У теперішній час в Україні існує стійка тенденція до збільшення кількості гострих патологічних станів нехірургічного профілю. Насамперед, це стосується таких станів, як ішемічна хвороба серця (ІХС), інфаркт міокарду (ІМ), кризи у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) і транзиторні ішемічні атаки (ТІА), бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки, діабетична кома, тощо.

Найбільш загрозливою ця тенденція є для серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань. Це послужило підставою для затвердження державно-цільової програми боротьби з серцево-судинними і судинно-мозковими захворюваннями. Разом з тим, у роботах багатьох дослідників вказується на недостатню розробку медико-психологічного аспекту цієї проблеми (Н. О. Марута, 2010 р. [2], Т. С. Міщенко із співавторами, 2007 р. [6], А. А. Агію, 2000 [8]).

У вирішенні цієї проблеми є кілька системоутворюючих напрямів, які потребують наукового дослідження і впровадження нових організаційних форм реалізації. Одним з таких напрямів є розроблення новітніх програм медико-психологічного супроводу хворих на серцево-судинні і судинно-мозкові захворювання на різних етапах їх лікування і реабілітації (В. І. Коростій, 2013[3], Кириухін із співавторами, 2007 [2]). Це стосується й інших гострих станів різної системно-органної приналежності.

Певна кількість наукових досліджень показує значний рівень афективних і невротичних розладів у цієї категорії пацієнтів (М. В. Маркова, 2008 р. [5], Б. В. Михайлов, 2009 р.[7], М. L. Hackett, 2005 [9], М. Н. Долженко, 2006 [1]). Разом з тим, є невизначеними питання особливостей формування розладів психічної сфери, їх перебігу та взаємозв'язку безпосередньо з соматичним захворюванням. Невирішеними є також питання реабілітації цих

хворих із застосуванням психокорекційних та психотерапевтичних заходів. Особливо це стосується хворих на ІХС, ІМ, гіпертонічні кризи (ГК) і ТІА, бронхіальну астму, виразкову хворобу шлунку і дванадцятипалої кишки, діабетичну кому.

Невирішеними є питання визначення клінічної структури і динаміки формування непсихотичних психічних розладів у цієї категорії хворих і патогенетичних механізмів їх формування на психологічному рівні. Також невирішеними є питання взаємодії закладів швидкої і невідкладної допомоги, територіальних лікувально-профілактичних закладів і санаторно-курортних закладів. Невизначеним є питання формування сталої системи психотерапевтичної корекції і ступеневої психосоціальної реабілітації хворих на ІХС, ІМ, ГК і ТІА, бронхіальну астму, виразкову хворобу шлунку і дванадцятипалої кишки, діабетичну кому.

Усе вище викладене дало змогу обґрунтувати проведення нашого дослідження, метою якого було дослідження астеничних проявів у хворих, які перенесли гострі стани терапевтичного профілю.

Було обстежено 187 хворих, в тому числі 34 хворих на ІХС, 37 хворих на ІМ, 39 хворих на ГК і 38 — з ТІА, 39 хворих на виразкову хворобу шлунку і дванадцятипалої кишки і 54 хворих як контрольна група; з них — 65 % чоловіків та 35 % жінок, віком від 20 до 60 років. Дослідження проводилось у міській лікарні швидкої та невідкладної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова м. Харкова, Центрі екстреної медичної допомоги обласної клінічної лікарні.

Були застосовані такі методи дослідження: клініко-психопатологічний (із застосуванням структурованого діагностичного інтерв'ю), психодіагностичний (шкала реактивної тривоги та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна, опитувальник якості життя (ЯЖ-100), шкала М. Гамільтона для оцінки депресії, методика визначення типів акцентуацій характеру

К. Леонгарда — Г. Шмішека, методика діагностики показників і форм агресії А. Баса і А. Даркі), клініко-катамнестичний, соціально-демографічний, статистичний.

Клініко-психопатологічне обстеження хворих показало таке.

У хворих обох груп скарги формувалися безпосередньо після купірування больових проявів, як правило, без побічних психотравмуючих впливів

Безпосередній причинно-наслідковий зв'язок астенічної симптоматики і швидкість її синдромологічного оформлення дозволили нам ідентифікувати ці прояви як астенічний синдром соматичного походження (АССП).

Соматогенний астенічний симптомокомплекс у обстежених хворих формувався швидко і був безпосередньо пов'язаний із соматичним станом.

Вираженість АССП зростала із ступенем важкості соматичного захворювання.

Першими ознаками АССП були прояви фізичної та психічної астенії, загальна слабкість, підвищена втомлюваність, відчуття знесилення, зниження здатності до концентрації уваги, неухважність, диссомнічні порушення, головний біль.

Досить швидко приєднувались розлади емоційно-вольової сфери: хвороблива дратівливість, запальність, коливання настрою з превалюванням негативних емоцій, пригніченість, понурість, відчуття туги, внутрішнього дискомфорту з елементами тривожності.

Незважаючи на те, що симптоматика була досить вираженою, хворі певний час не акцентували на ній увагу, сприймаючи її як другорядне, хоча і неприємне «доповнення» до соматичного захворювання.

Різноманітна синдромологічна структурованість АССП дозволила виокремити чотири основні варіанти: 1) астенічний (88 осіб); 2) астено-тривожний (41 особа); 3) астено-депресивний (32 особи); 4) диссомнічний (26 осіб).

Частоту розподілу виокремлених синдромів у хворих на соматичні захворювання із АССП наведено в таблиці. Найпоширенішим симптомом у хворих на соматичні захворювання з **астенічним варіантом** АССП була загальна слабкість, яка спостерігалася майже у кожного хворого цієї підгрупи (92,1 ± 2,9 %), і за поширеністю достовірно перевищувала середній показник в групі пацієнтів із АССП (80,0 ± 3,3 %).

Більш ніж у ¾ хворих з астенічним варіантом АССП діагностувалися швидка втомлюваність (85,2 ± 3,8 %), дратівливість, нестриманість (82,4 ± 4,0 %), утруднене

засипання (75,0 ± 4,6 %), поширеність яких також достовірно перевищувала таку у хворих із АССП в середньому (відповідно 69,7 ± 3,8 %, 59,3 ± 4,1 % та 52,4 ± 4,2 %). Широко були представлені в цієї підгрупі також такі психопатологічні симптоми як нестерпність гучних звуків, яскравого світла та погіршення пам'яті (відповідно 67,05 ± 5,0 % та 66,1 ± 6,2 % проти 44,1 ± 4,1 %).

Також більш ніж у половині випадків при астенічному варіанті АССП у хворих на соматичні захворювання відзначалися головний біль, відчуття важкості в голові (61,0 ± 6,4 %), розсіяність, неухважність (55,9 ± 6,5 %) і плаксивість (52,5 ± 6,6 %).

У хворих з **астено-тривожним варіантом** АССП на першому місці за частотою діагностування також була загальна слабкість, однак без суттєвого переважання (70,7 ± 7,1 %), і майже з такою ж частотою реєструвалася тривожність, поширеність якої в 1,5 рази перевищувала середній показник у хворих із АССП (53,6 ± 7,8 % проти 42,1 ± 4,1 %).

В 60,9 ± 7,6 % випадків в цієї підгрупі діагностувалася швидка втомлюваність, в 53,7 ± 7,8 % — дратівливість, нестриманість.

Для пацієнтів з **астено-депресивним варіантом** АССП найбільш характерними виявилися загальна слабкість (71,9 ± 7,9 %) і хворобливо знижений настрій, причому останній симптом достовірно перевищував середній показник у хворих із АССП (68,8 ± 8,2 % проти 44,1 ± 4,1 %).

Достовірно частіше в цієї підгрупі діагностувалися також образливість (62,5 ± 8,6 % проти 40,0 ± 4,1 %), відсутність відчуття бадьорості після нічного сну (59,4 ± 8,7 % проти 42,1 ± 4,1 %), байдужість, апатія (53,1 ± 8,8 % проти 42,1 ± 4,1 %), туга (53,3 ± 9,3 % проти 25,5 ± 3,6 %).

Превалюючими психопатологічними симптомами, достовірно більше представленими, ніж в середньому у хворих на соматичні захворювання із АССП, при **диссомнічному варіанті** були утруднене засипання (76,9 ± 8,3 % проти 52,4 ± 4,2 %), поверховий, неспокійний сон (73,0 ± 8,7 % проти 48,3 ± 4,2 %) та відсутність відчуття бадьорості після нічного сну (65,4 ± 9,3 % проти 42,1 ± 4,1 %). Характерними психопатологічними проявами АССП в цієї підгрупі були також загальна слабкість (61,5 ± 9,5 %) і швидка втомлюваність (57,7 ± 9,7 %).

Результати зіставлення частоти діагностування чотирьох основних психопатологічних симптомів при різних варіантах соматогенного астенічного симптомокомплексу у хворих на соматичні захворювання подано в таблиці.

Зіставлення частоти діагностування провідної симптоматики в структурі виокремлених варіантів основних психопатологічних синдромів АССП у хворих на соматичні захворювання

Варіанти астенічного синдрому соматичного походження			
астенічний (n = 88)	астено-тривожний (n = 41)	астено-депресивний (n = 32)	диссомнічний (n = 26)
1). Загальна слабкість (92,1 ± 2,9 %)	1). Загальна слабкість (70,7 ± 7,1 %)	1). Загальна слабкість (71,9 ± 7,9 %)	1). Утруднене засипання (76,9 ± 8,3 %)
2). Швидка втомлюваність (85,2 ± 3,8 %)	2). Тривожність (53,6 ± 7,8 %)	2). Хворобливо знижений настрій (68,8 ± 8,2 %)	2). Поверховий, неспокійний сон (73,0 ± 8,7 %)
3). Дратівливість, нестриманість (82,9 ± 4,0 %)	3). Швидка втомлюваність (60,9 ± 7,6 %)	3). Образливість (62,5 ± 8,6 %)	3). Відсутність бадьорості після нічного сну (65,4 ± 9,3 %);
4). Утруднене засипання (75,0 ± 4,6 %)	4). Дратівливість, нестриманість (53,6 ± 7,8 %)	4). Відсутність бадьорості після нічного сну (59,4 ± 8,7 %)	4). Загальна слабкість (61,5 ± 9,5 %)
5). Нестерпність гучних звуків, яскравого світла (67,05 ± 5,0 %)	5). Плаксивість (46,3 ± 7,2 %)	5). Байдужість, апатія (53,1 ± 8,8 %)	5). Швидка втомлюваність (57,7 ± 9,7 %)

Таким чином, аналіз клінічних проявів дав змогу сформувати уявлення про клінічну структуру розладів психічної сфери у хворих на гострі стани терапевтичного профілю.

В гострому періоді спостерігається астенична симптоматика в різних варіантах синдромологічного оформлення.

Це послужило підставою для визначення цих проявів як астеничного синдрому соматогенного походження.

Разом з тим, різні співвідношення клінічної феноменології дозволили виокремити 4 варіанти АССП — астеничний, астено-тривожний, астено-депресивний, диссомнічний.

Таке структуроване уявлення дає змогу сформувати диференційовану систему ранніх лікувально-відновних і реабілітаційних медико-психологічних втручань.

Список літератури

1. Долженко М. Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / М. Н. Долженко // Практична ангіологія. — 2006. — Т. 2, № 1. — С. 17—23.
2. Кирюхин О. Л. Комплексная оценка и коррекция психических нарушений у больных ишемической болезнью сердца / О. Л. Кирюхин, Н. А. Гасанов, Д. Р. Ракита // Клиническая медицина. — 2007. — № 8. — С. 29—32.
3. Коростій В. І. Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях // Медична психологія. — 2013. — Т. 8, № 3 (31). — С. 56—63.
4. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // НейроNews. Психоневрологія і нейропсихіатрія. — 2010. — № 5 (24). — С. 83—90.

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

6. Мищенко Т. С. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции / Мищенко Т. С., Шестопалова Л. Ф., Мищенко В. Н. / Международный неврологический журнал. — 2007, № 2 (12). — С. 26—30.

7. Михайлов Б. В. Емоційні порушення у осіб, що перенесли інфаркт міокарда та мозковий інсульт // Український вісник психоневрології. — 2009. — Т. 17, вип. 2 (59). — С. 40—44.

8. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality in elderly Americans / [A. A. Ariyo, M. Haan, C. M. Tangen et al.] // Circulation. — 2000. — 102: 1773—9.

9. Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies / [Hackett M. L., Yapa C., Parag V. et al.] // Stroke. — 2005. — Vol. 36. — P. 1330—1340.

Надійшла до редакції 24.01.2014 р.

ФЕДАК Богдан Степанович, кандидат медичних наук, головний лікар Комунального закладу охорони здоров'я «Обласна клінічна лікарня Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»; Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії; Центральна клінічна лікарня «Укрзалізниці», м. Харків; e-mail: psychotherapy@med.edu.ua

FEDAK Bogdan Stepanovych, PhD, MD, Head Physician of the Community Public Health "The Regional Hospital — Center of Urgent Medical Care and Disaster Medicine"; Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education, Psychotherapy Department; Central Clinical Hospital "Ukrzaliznytsi", Kharkiv; e-mail: psychotherapy@med.edu.ua