

УДК 615.851:616.336-003.7

*Е.Г. Гриневиц***СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ИХ КОРРЕКЦИЯ**

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: калькулезный холецистит, пограничные психические расстройства.

Рост числа больных с пограничными психическими расстройствами (ППР) в Украине и странах СНГ связан с ухудшением экологической и социально-экономической обстановки. В структуре ППР большой удельный вес занимают психические нарушения экзогенно-органической и соматической природы [1-11].

Проблема взаимоотношений ППР и соматической патологии является одной из важных в современной психиатрии.

Ряд авторов отмечают высокий уровень невротической и невротоподобной симптоматики

при заболеваниях сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочеполовой систем, органов дыхания, патологии позвоночника и суставов [12-16].

Однако вопросы, касающиеся структуры психических расстройств при калькулезном холецистите до сих пор остаются неизученными.

Цель исследования: на основе комплексного анализа особенностей психических расстройств непсихотического уровня у больных калькулезным холециститом разработать и научно обосновать систему коррекционных и реабилитационных мероприятий.

Материал и методы исследования

Проведено клиническое, клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое исследование 261 пациента с калькулезным холециститом (КХ) в возрасте от 20 до 70 лет. Из них основную группу составили 140 человек с психическими расстройствами непсихотического уровня (ПРНУ). В контрольную группу вошли 65 чел. (первая и вторая контрольные группы). 56 чел. исключены из-за отсутствия ПРНУ. Сравнимые группы стандартизированы по полу, возрасту, давности заболевания. В каждой группе условно выделены подгруппы «а» и «б» в зависимости от клиники непсихотических психических расстройств (подгруппа «а» — пациенты с КХ с

начальными формами ППР и подгруппа «б» — больные КХ с клинически очерченными формами ППР).

В основной группе больных (140 чел., 68,29%) применена разработанная нами система коррекционных и реабилитационных мероприятий.

В первую контрольную группу (35 чел., 17,07%) входили пациенты с КХ, которые находились на лечении в клинике кафедры факультетской хирургии ДонГМУ.

Вторая контрольная группа (30 чел., 14,63%) состояла из больных КХ, лечившихся традиционными способами в гастроэнтерологическом отделении клиники кафедры внутренних болезней №1 ДонГМУ.

Результаты исследования

В результате проведенного исследования у 66 (32,19±3,26%) пациентов диагностировали начальные проявления ППР (НП ППР), характеризующиеся нестойкостью, структурной незавершенностью синдромов и носящие временный характер. Структура НП ППР представлена астеническими, астено-вегетативными, астено-депрессивными (82,1±4,72%), тревожно-фобическими (16,7±4,59%) и истерическими (3,03±2,11%) реакциями. Пациенты с НП ППР

предъявляли жалобы на свое психоэмоциональное состояние только при прицельном опросе. В этой же группе лиц отмечали редуцирование психических расстройств при выздоровлении от КХ.

В клинической картине начальных проявлений ППР (66 чел., 32,19±3,26%) чаще всего встречались астенические расстройства в сочетании с вегетативными проявлениями (82,1±4,72%). 28(42±6,08%) больных отмечали раздражительность, нетерпимость, чувство тре-

воги, тоски, пониженное настроение. На общую слабость, падение инициативы, быструю утомляемость указывали 32 чел. ($48 \pm 6,15\%$), ухудшение внимания, рассеянность, плохую память — 26 чел. ($39 \pm 6\%$), ожидание чего-то плохого, страхи — 20 чел. ($30,1 \pm 5,65\%$). Головные боли испытывали 35 чел. ($53,03 \pm 6,14\%$). Нарушения сна, отсутствие ощущения отдыха после ночного сна было у 33 чел. ($49 \pm 6,15\%$).

Распространенность клинически очерченных ППР является наиболее высокой в возрасте 41-50 лет.

У 139 ($67,8 \pm 3,26\%$) больных психические нарушения приобретали характер клинически очерченных симптомокомплексов. Среди них 19 чел. ($13,97 \pm 2,91\%$) с острыми невротизмами и 8 чел. ($5,76 \pm 1,98\%$) — с затяжными. Ведущими синдромами очерченных ППР пациентов с КХ были: астенический (55 чел., $39,0 \pm 4,14\%$), астено-невротический (29 чел., $21,0 \pm 3,45\%$), тревожно-фобический (25 чел., $18,0 \pm 3,26\%$) и астено-депрессивный (24 чел., $17,5 \pm 3,22\%$). Кроме того, выделены астено-обсессивный (4 чел., $3,0 \pm 1,45\%$) и психоорганический (2 чел., $1,5 \pm 1,03\%$) синдромы, в рамках классифицируемых МКБ-10 аффективных расстройств настроения (F32, F34,1) и невротических расстройств (F40, F40,0, F41,1, F41,2, F43,2, F45,0, F45,2, F48,0). Оценка этих состояний проводилась на уровне синдромов из-за разнообразного и сочетанного влияния психогенных и соматогенных факторов, участвовавших в их формировании, а также «наложения» психопатологических нарушений на жалобы, связанные с основным соматическим заболеванием.

При гиперстеническом варианте астенического синдрома доминировали раздражительная слабость, пониженное настроение, нетерпеливость в сочетании с «усталостью, не ищущей покоя», психическая гиперэстезия. Гипостенический вариант астенического синдрома проявлялся в постоянном чувстве усталости, падении инициативы, пассивности. Отмечены также когнитивные нарушения (ухудшение внимания, невозможность быстрого принятия решения и др.).

Выраженность аффективного компонента (тревога, внутренний дискомфорт, раздражительное недовольство, значительные колебания настроения в течение суток, грусть, тоску, снижение жизненного тонуса, отсутствие радости жизни) в сочетании с различными вариантами астенического синдрома и вегетативными проявлениями были присущи астено-депрессивному синдрому.

Астено-ипохондрический синдром характеризовался значительной фиксированностью пациентов на состоянии своего здоровья, стремлением к получению медицинской помощи. Вместе с тем, отмечалось наличие астенических (раздражительная слабость, повышенная психическая и физическая утомляемость) и эмоциональных (понижение настроения, тревога, чувство тоски) нарушений, а также большая выраженность вегетативных расстройств (лабильность пульса и АД, головные боли, сенесталгии, потливость).

Тревожно-фобический синдром включал страхи внезапного «выхода» камней и закупорки камнем желчного протока у 8 ($32,0 \pm 9,33\%$) и 17 ($68,0 \pm 9,33\%$) исследуемых соответственно, предстоящей операции у 24 чел. ($96,0 \pm 3,92\%$). Однако фобии не достигали психотического уровня и не носили навязчивый характер. Средний уровень тревоги сочетался с неустойчивостью эмоциональной сферы у 15 ($60,0 \pm 9,8\%$) пациентов. Тревожность в сочетании с немотивированным беспокойством, раздражительностью, необходимостью «держаться в руках» наблюдали у 16 чел. ($64,0 \pm 9,6\%$). У 9 ($36,0 \pm 9,6\%$) больных выявлен высокий уровень тревоги с тосливо-унылым настроением (иногда без видимой причины), нервозностью, бессонницей.

Для астено-обсессивного синдрома были характерны образные навязчивости в сочетании с астеническими проявлениями. Обсессии были представлены навязчивыми мыслями и сомнениями о состоянии своего здоровья, неуверенности в правильности выбранного метода лечения у 3 чел. ($75,0 \pm 21,65\%$) и переживаниями, связанными с режимом питания и двигательной активности у 1 чел. ($25,0 \pm 21,65\%$).

Психоорганический синдром диагностирован у лиц пожилого возраста и характеризовался классической триадой. При этом у больных отмечали усиление аффективных расстройств при «желчной колике».

Анализ динамики клинически очерченных форм ППР в сравнении с особенностями течения КХ выявил ряд закономерностей:

1. У 64 больных ($46,0 \pm 4,23\%$) наблюдалась обратная связь взаимодействия психического и соматического: ухудшение физического самочувствия сопровождалось редукцией ПРНУ у пациентов с КХ и, наоборот, при улучшении соматического состояния происходило усиление психопатологических проявлений.

2. У 33 чел. ($24,0 \pm 3,62\%$) характер и выраженность ППР оставались неизменными и од-

нообразными независимо от течения соматического заболевания. Отмечалось несоответствие между психопатологическими проявлениями и причинами их формирования.

3. У 42 пациентов (30,0±3,89%) клинические проявления очерченных форм ППР находились в тесной зависимости от течения КХ. Психические расстройства были наиболее выраженными при утяжелении соматического состояния и купировались при регрессе основного заболевания. Непсихотические психические нарушения усиливали страдания больных и способствовали обострениям КХ.

Анализ полученных данных послужил основой для разработки коррекционных и реабилитационных мероприятий.

Коррекция проведена 140 больным КХ.

Метод поэтапной коррекции ПРНУ у больных КХ базировался на концепции комплексного, многоуровневого психотерапевтического воздействия по А.Т. Филатову (1983). В соответствии с этой концепцией психотерапевтическое воздействие охватывало три основных направления (биологическое, психологическое и социальное).

Цели и задачи психотерапии менялись в зависимости от уровня мероприятий и особенностей клинических проявлений ППР. Для лиц с НП ППР применяли психогигиенические и психопротективные мероприятия, а для больных с клинически очерченными ППР- коррекционные и реабилитационные.

При проведении психогигиенических и психопротективных мероприятий для пациентов с субклиническими формами ППР применяли разъяснительную, косвенную психотерапию, гипноз-отдых, аутогенную тренировку низшей ступени (освоение приемов самовнушения).

Психотерапевтическая коррекция для больных с клинически очерченными формами ППР состояла из пяти этапов. Психокоррекционные мероприятия заключались в комплексном использовании в различных комбинациях методов: разъяснительная, опосредованная, потенцирующая психотерапия, сократовский диалог, гетеротренинг, внушение наяву, эриксоновский гипноз, гипноз-отдых, экспресс-терапия (приемы самовнушения, аутогипноза), поддерживающая терапия и др.

Длительность сеансов составляла не менее 45 минут. С каждым больным было проведено по 10-12 индивидуальных занятий с освоением

навыков экспресс-терапии и самовнушения.

Положительная динамика наблюдалась практически у всех пациентов. Клиническое выздоровление отмечали у 125 чел. (89,28±2,61%), отсутствие изменений — у 8 чел. (5,71±1,96%). Возникновение качественно новых психических нарушений с течением времени выявлено у 3 чел. (2,14±1,22%). В контрольной группе наблюдали противоположную динамику: регресса ПРНУ не было выявлено (34 чел., 52,31±6,28%), формировалась тенденция к «углублению» и утяжелению клиники ППР (8 чел., 12,31±4,08%).

Комплексную оценку эффективности системы коррекции ПРНУ у пациентов с КХ определяли путем исчисления коэффициентов медицинской, социальной и экономической эффективности, а также интегрального показателя (Короп А.Ф., 1985).

Интегральный или общий коэффициент эффективности системы коррекции непсихотических психических расстройств у больных КХ определяли как произведение коэффициентов медицинской, экономической и социальной эффективности:

$$P_i = P_m \cdot P_c \cdot P_s \quad (1)$$

Для больных клинической группы он составлял:

$$P_{i1} = P_{m1} \cdot P_{c1} \cdot P_{s1} = 0,92 \cdot 0,84 \cdot 0,71 = 0,55 \quad (2)$$

Для больных контрольной группы:

$$P_{i2} = P_{m2} \cdot P_{c2} \cdot P_{s2} = 0,35 \cdot 0,54 \cdot 0,58 = 0,11 \quad (3)$$

При сравнении формул 2 и 3 видно, что $P_{i1} > P_{i2}$ в пять раз.

Таким образом, у больных КХ начальные проявления ППР ограничиваются преобладанием астенической симптоматики, наличием сочетанных реакций с сомато-вегетативными включениями, тревожно-фобическими нарушениями.

Общими особенностями клинически очерченных ППР пациентов с КХ является полиморфизм психопатологических проявлений, тесная связь их содержания с симптоматикой соматического заболевания. Ведущая роль принадлежит астеническому, астено-ипохондрическому и астено-депрессивному синдромам в сочетании с вегетативными проявлениями, при меньшем клиническом значении астено-обсессивного и психоорганического синдромов.

Применение системы коррекции ПРНУ у больных КХ в комплексе терапевтических мероприятий лечебно-профилактических учреждений значительно повышает эффективность лечения.

СТРУКТУРА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ У ХВОРИХ КАЛЬКУЛЕЗНИМ ХОЛЦИСТИТОМ ТА ЕФФЕКТИВНІСТЬ ЇХ КОРРЕКЦІЇ

Донецький державний медичний університет

Проведено клініко-психопатологічне та психологічне дослідження хворих на калькулезний холіцистит з метою виявлення психічних розладів непсихотичного рівня. Виділена структура початкових проявлень, а також клінічно окреслених форм ППР при цій патології та основні синдроми: астеничний, астено-депресивний, астено-іпохондричний у сполученні з вегетативними розладами. Коррекція проведена 140 пацієнтам з калькулезним холіциститом. Втілення системи корекції ПРНР у хворих КХ до комплексу терапевтичних заходів лікувально-профілактичних установ України збільшує ефективність лікування в п'ять разів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 1 (5). — С.80-83).

E.G. Grinevich

THE STRUCTURE NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH GALLSTONE DISEASE AND EFFICIENCY OF THEIR CORRECTION

Donetsk State Medical University

Clinical, psychopathological and psychological investigation of the patients with gallstone disease with the purpose of revealing of non-psychotic mental disorders was conducted. The structure of beginner manifestations, clinically completed forms of borderline mental disorders and main syndromes (asthenic, asthenic and depressive, astenic and hypochondrial in combination with vegetative disorders) was morbed. In 140 patients with gallstone disease correction was carried out. The inclusion of the correction system into the complex of therapeutic measures in Ukrainian medical foundation practice may increase effectiveness of treatment times as much. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 1 (5). — P.80-83).

Литература

1. Семке В.Я. К проблеме систематики пограничных состояний //Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 1987.- Т.87.- Вып.11.- С.1673-1679.
2. Табачников С.И., Панченко О.А., Найденко С.И. Эмоционально-волевая тренировка, как один из методов профилактики и коррекции нервно-психических и психосоматических расстройств //Укр. вісник психоневрології.- Харків, 1995.- Вип.2(6).- С.337-338.
3. Блохина В.П., Лисица Г.И., Лошенова О.К., Маловик Е.Г. Диагностика невротических расстройств у студентов медицинского ВУЗа в аспекте психогигиены и психопрофилактики: Депонированная рукопись.- Днепропетровск,1988.- 12с.
4. Вертоградова О.П., Поляков С.Э., Степанов И.Л., Довженко Т.В., Волошин П.В. Організаційні та наукові аспекти реабілітації при захворюваннях нервової системи //Укр. вісник психоневрології.- Харків,1994.- Вип.3.- С.3-7.
5. Кутько И.И. Актуальные проблемы научных исследований в области психиатрии на современном этапе // Диагностика та лікування психічних захворювань в Україні: Матер. Міжнарод. Конф.- Київ: Акміс, 1995.- С.31-32.
6. Михайлов Б.В. Концептуальные направления развития психотерапии, психопрофилактики в Украине //Укр. вісн. психоневрології. Харків, 1995. - Т.3, вип.1. - С.23-25.
7. Напресенко О.К., Коляденко Н.В. Застосування фітоферментної терапії при психічних розладах у хворих з патологією системи травлення //Діагностика та лікування психічних захворювань в Україні: Матеріали Міжнарод. конф.- Київ:Акміс,1995.- С.72.
8. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.- (Руководство для врачей).- Ростов-на-Дону: изд-во «Феникс»,1997.- 576с.
9. Марута Н.А., Теренковский Д.И., Явдак И.А., Семикина Е.Е., Колядко С.П. Резистентность невротических расстройств // Матер. межд. конф. психиатров. 16-18 февраля, Москва.- М.: РЦ «Фармединфо»,1998.- С.365.
10. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Марута Н.А., Сердюк А.И. Организационные принципы построения психотерапии в психиатрической практике // Матер. межд. конф. психиатров. 16-18 февраля, Москва.- М.: РЦ «Фармединфо»,1998.- С.224.
11. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства.- (Руководство для врачей).- М. «Медицина».- 1986.- 385с.
12. Валавичене Л. Психозоматическое состояние больных заболеваниями суставов во время их медицинской реабилитации на курорте Друскининкай // Актуальные проблемы курортной профилактики, лечения и реабилитации.- Вильнюс, 1987.- С.191-194.
13. Виш И.М., Романюк В.А., Дорошенко В.А., Зайцева В.Т. Психотерапия и электросон в системе комплексного лечения и реабилитации больных, страдающих заболеваниями органов пищеварения //Актуальные вопросы дальнейшего совершенствования диагностики и лечения больных на курорте.- Харьков, 1987.- С.235.
14. Генно А.А. Комплексное исследование психического состояния у больных ревматоидным артритом: Депонированная рукопись.- Тарту,1987.- 8с.
15. Сердюк А.И. Особенности эмоциональных нарушений у больных уролитиазом и их психотерапия на курорте.- 14.01.16.- Автореф....канд. мед. наук.- Харків.- 1996.- 22с.

Поступила в редакцию 11.10.98г.