

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Р.С. Ковальцова¹, С.Ф. Задворьев^{2*}, Н.Н. Петрова¹¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург² СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», Санкт-Петербург

ANXIETY AND DEPRESSION IN CARDIAC SURGICAL PATIENTS

R.S. Kovaltsova¹, S.F. Zadvorev^{2*}, N.N. Petrova¹¹ Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia² City General Hospital No 2, Saint Petersburg, Russia

E-mail: zadvoryevsf@yandex.ru

Аннотация

Целью исследования стал анализ выраженности и обратимости пред- и послеоперационных аффективных нарушений у пациентов, перенесших коронарное шунтирование (КШ) низкого хирургического риска.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ когорты пациентов ($n = 79$, 70% женщин, возраст $61,1 \pm 6,0$ лет), перенесших плановое КШ низкого риска (средний риск по EuroSCORE II $1,08 \pm 0,71\%$). Для скрининга аффективных расстройств применяли шкалы тревоги и депрессии Гамильтона, шкалу тревожности Спилбергера. Обследования проводили перед операцией, через 3 недели, 3 и 6 месяцев после операции КШ.

Результаты. Показано, что до операции преобладали случаи высокой реактивной тревожности при умеренной личностной тревожности, распространенность депрессии составила 32%. К окончанию наблюдения отмечено значимое снижение выраженности депрессии по шкале Гамильтона ($-3,7 \pm 3,5$ пункта, $p = 0,012$) и реактивной тревожности по шкале Спилбергера ($-9,9 \pm 8,4$ пункта, $p < 0,0001$). У пациентов с более высокими уровнями тревоги и депрессии отмечен более высокий риск послеоперационных пароксизмов желудочковой тахикардии (уровни тревоги и депрессии по шкалам Гамильтона соответственно $11,0 \pm 1,4$ и $11,5 \pm 3,5$ балла у пациентов с желудочковой тахикардией, $4,1 \pm 1,5$ и $4,9 \pm 3,8$ балла у пациентов без нее, $p = 0,01$ и $p = 0,027$).

Выводы. Из полученных результатов следует, что аффективные расстройства у пациентов, перенесших КШ низкого хирургического риска, складываются из предоперационных тревожных и депрессивных реакций на болезнь, регрессирующих в течение полугода, и предсуществующих тревожных и депрессивных расстройств. Предоперационная тревога является предиктором послеоперационных аритмий.

Ключевые слова: психокardiология, тревога, депрессия, коронарное шунтирование.

Abstract

Purpose. To study the severity and reversibility of pre- and post-operative affective disorders in patients undergoing low surgical risk coronary artery bypass grafting (CABG).

Materials and methods. Retrospective analysis of the cohort of patients ($n = 79$, 70% females, mean age 61.1 ± 6.0 years) who underwent planned low-risk CABG (mean EuroSCORE II risk $1.08 \pm 0.71\%$). To screen the affective disorders, Hamilton Anxiety and Depression Scales and Spielberger Anxiety Scale were used before surgery, in 3 weeks, in 3 months and in 6 months after it.

Results. It has been shown that before surgery, cases of high reactive anxiety with moderate personal anxiety prevailed; depression prevalence was 32%. By the end of the observation, significant decrease in depression by Hamilton scale (-3.7 ± 3.5 point, $p = 0.012$) and by Spielberger Anxiety Scale (-9.9 ± 8.4 point, $p < 0.0001$) were seen. Patients who had higher Anxiety and Depression Hamilton scores had also higher risk of post-operative ventricular tachycardia (Hamilton anxiety and depression scores were 11.0 ± 1.4 and 11.5 ± 3.5 points in patients with ventricular tachycardia and 4.1 ± 1.5 and 4.9 ± 3.8 points in patients without it, $p = 0.01$ and $p = 0.027$, respectively).

Conclusion. The obtained results demonstrate that in patients who underwent low-risk CABG, affective disorders depend on pre-operative anxiety and depressive reactions to the disease which are regressing for half a year as well as on pre-existing anxious and depressive diseases. Pre-operative anxiety is a predictor of post-operative cardiac arrhythmias.

Key words: psychocardiology, anxiety, depression, coronary artery bypass grafting.

Ссылка для цитирования: Ковальцова Р.С., Задворьев С.Ф., Петрова Н.Н. Тревога и депрессия у кардиохирургических пациентов. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2022; 1: 32–35.

Введение

Пери- и послеоперационные неврологические и психиатрические осложнения, связанные с коронарным шунтированием (КШ) у пациентов с ишемической болезнью сердца, являются предикторами смертности у оперированных пациентов [1, 2]. Наиболее полно изучена послеоперационная когнитивная дисфункция,

отмечаемая, в зависимости от использованных диагностических критериев, у 10–50% пациентов с КШ [3, 4]. Актуальна проблема аффективных нарушений у кардиохирургических пациентов в периоперационном периоде [5]. Тревога может выступать одним из факторов риска смерти и госпитализаций с острыми сердечно-сосудистыми состояниями в отдаленном

Таблица 1

Характеристика соматического статуса обследованных пациентов (n = 79)

Показатель	Характеристика
Артериальная гипертензия 2–3-й степени, %	84
Перенесенный инфаркт миокарда, %	67
Средний функциональный класс стенокардии \pm CO	2,53 \pm 0,91
Баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий в анамнезе, %	14
Курение, %	33
Дислипидемия, %	63
Ранее перенесенное ОНМК, %	14
Сахарный диабет, %	39
Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, %	5
Средний функциональный класс ХСН \pm CO	1,73 \pm 0,73
ФП в анамнезе, %	17
Хроническая почечная недостаточность, %	9
Частота пульса до операции \pm CO, уд/мин	71,1 \pm 8,0
Признаки постперикардотомного синдрома после операции, %	57
Среднее число наложенных анастомозов за вмешательство \pm CO	2,49 \pm 0,79
Средний периоперационный риск по EuroSCORE II \pm CO, %	1,08 \pm 0,71
Средняя длительность пережатия аорты \pm CO, минуты	46,5 \pm 27,7
Пароксизмальная форма ФП в послеоперационном периоде, %	10
Желудочковая тахикардия в послеоперационном периоде, %	6

Примечание. ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ФП – фибрилляция предсердий, CO – стандартное отклонение.

периоде у пациентов после кардиохирургических операций [6]. У пациентов с низким ожидаемым хирургическим риском прогнозируется более значимый вклад психологического компонента в клиническую картину, и изучение данного вопроса важно для для повышения качества медицинской помощи этой категории больных.

Цель исследования: анализ выраженности и обратимости пред- и послеоперационных аффективных нарушений у пациентов, перенесших КШ низкого хирургического риска.

Материалы и методы

Обследованы 79 пациентов (средний возраст 61,1 \pm 6,0 лет), которые перенесли в плановом порядке операцию КШ без гипотермии в сочетании с экстракорпоральным кровообращением (44 пациента) или без такового (35 пациентов). Доля мужчин составила 30,4%. Средний индекс массы тела составил 29,3 \pm 4,3 кг/м². 71% пациентов на момент исследования состояли в браке, 3% пациентов перед операцией имели инвалидность 2-й или 3-й группы, большинство пациентов имели неоконченное (48%) или оконченное (45%) высшее образование.

Критерии включения:

- 1) плановое КШ низкого хирургического риска (пациенты с исходно низкой соматической отягощенностью – EuroSCORE II < 5,0%) в сочетании с резекцией аневризмы левого желудочка или без таковой, без одномоментного протезирования или пластики клапанов сердца;
- 2) согласие на участие в исследовании и наблюдении.

Критерии исключения:

- 1) верифицированное до операции психическое расстройство;
- 2) черепно-мозговые травмы в анамнезе;
- 3) злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем.

Все пациенты дали добровольное согласие на участие в наблюдении и анализ медицинских данных. Для оценки исходного соматического состояния оценивали распространенность соматических заболеваний, периоперационный риск по шкале EuroSCORE II. После операции фиксировали появление осложнений, в том числе признаки постперикардотомного синдрома, нарушений ритма сердца. За время наблюдения не было зарегистрировано случаев смерти пациентов.

Структура соматической патологии и характеристика соматического состояния обследованных пациентов представлены в табл. 1.

Для оценки выраженности пред- и послеоперационной тревоги и депрессии использовали клинико-шкальный метод. Применяли шкалу тревоги Гамильтона, шкалу депрессии Гамильтона, шкалу тревожности Спилбергера с определением уровней личностной и реактивной тревожности. Клинико-психологическое обследование проводили до операции, через 3 недели, 3 и 6 месяцев после операции.

Для статистической обработки результатов использовали методы дескриптивной статистики, тест Колмогорова – Смирнова с целью оценки распределения переменных, тест Уилкоксона, критерий Манна – Уитни, корреляционный анализ по Пирсону и по Спирмену. Статистическая обработка результатов проводилась в программной среде SPSS 23.0 (IBM Inc., США).

Таблица 2

Частота и выраженность аффективных расстройств до операции и по окончании реабилитационного периода (n = 79)

Шкала	До операции	Через 3 недели	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
Шкала тревожности Спилбергера				
Реактивная тревожность, $M \pm m$, баллы	45,7 ± 9,6	40,4 ± 8,9 ($p = 0,00006$)	36,6 ± 7,7 ($p = 0,00008$)	35,8 ± 7,3 ($p = 0,0008$)
Реактивная тревожность – низкий уровень (30 баллов и ниже), доля пациентов	5%	11%	21%	12,5%
Реактивная тревожность – средний уровень (31–44 балла), доля пациентов	47,5%	54%	60%	81,5%
Реактивная тревожность – высокий уровень (45 баллов и выше), доля пациентов	47,5%	35%	19%	6%
Личностная тревожность, $M \pm m$, баллы	38,9 ± 7,5	40,0 ± 7,9	38,6 ± 7,8	37,0 ± 8,0
Личностная тревожность – низкий уровень (30 баллов и ниже), доля пациентов	10,5%	11%	16%	22%
Личностная тревожность – средний уровень (31–44 балла), доля пациентов	68,5%	59%	62%	69%
Личностная тревожность – высокий уровень (45 баллов и выше), доля пациентов	21%	30%	22%	9%
Шкала депрессии Гамильтона				
Уровень депрессии, $M \pm m$, баллы	5,2 ± 4,0	3,7 ± 3,5 ($p = 0,003$)	2,5 ± 3,6 ($p = 0,0002$)	1,5 ± 2,4 ($p = 0,00012$)
Отсутствие клинической депрессии, доля пациентов	67,5%	88%	88%	93%
Легкая степень депрессии (от 8 баллов), доля пациентов	30,5%	12%	12%	7%
Умеренная – тяжелая – крайне тяжелая степень депрессии (от 20 баллов), доля пациентов	2%	0%	0%	0%
Шкала тревоги Гамильтона				
Уровень тревоги, $M \pm m$, баллы	4,4 ± 3,5	3,1 ± 3,1 ($p = 0,0028$)	2,4 ± 3,0 ($p = 0,0004$)	1,5 ± 2,0 ($p = 0,000004$)
Отсутствие клинической тревоги, доля пациентов	85%	90%	96%	100%
Умеренная тревога (от 8 баллов), доля пациентов	15%	10%	4%	0%

Примечание. p – уровень достоверности различий относительно исходного уровня тревоги или депрессии перед операцией; $M \pm m$ – среднее арифметическое, стандартная ошибка среднего.

Результаты

Характеристика уровня личностной и ситуативной тревожности, частоты и выраженности аффективных нарушений у пациентов перед операцией и после нее представлена в табл. 2.

Данные, представленные в табл. 2, показывают, что среди обследованных пациентов исходно преобладают лица с умеренной личностной тревожностью. Согласно самооценке пациентов, почти в половине наблюдений имеется высокий уровень тревоги перед операцией. При этом после операции доля пациентов с высокой реактивной тревожностью снижается. В среднем уровень реактивной тревожности по шкале Спилбергера в течение первых 3 недель снизился на $5,2 \pm 8,4$ пункта ($p = 0,00006$). Для показателя личностной тревожности такой динамики отмечено не было ($+1,1 \pm 7,7$ пункта, $p = 0,57$). Использование шкал экспертной оценки продемонстрировало снижение как уровня тревоги, так и уровня депрессии уже через 3 недели после операции в среднем на $1,7 \pm 1,7$ балла по шкале тревоги ($p = 0,000004$) и на $2,0 \pm 2,4$ балла по шкале депрессии

Гамильтона ($p = 0,000003$). Согласно экспертной оценке, также наблюдалось значимое снижение уровня тревоги к моменту окончания реабилитации пациентов ($-3,2 \pm 3,8$ пункта, $p = 0,028$). Аналогичная динамика отмечена для депрессии ($-3,7 \pm 3,5$ пункта, $p = 0,012$).

Уровни тревоги и депрессии, оцененные клинико-шкальным методом, не зависели от пола, в то время как уровень тревожности согласно самооценке у женщин и мужчин существенно отличался (реактивная тревожность составила $51,4 \pm 7,6$ балла у женщин и $43,6 \pm 9,5$ балла у мужчин, $p = 0,019$, личностная – $44,0 \pm 7,3$ балла у женщин и $36,9 \pm 6,6$ балла у мужчин, $p = 0,006$). Следует отметить, что уровень тревоги у обследованных пациентов не обнаружил достоверной зависимости от уровня личностной тревожности.

Не было отмечено взаимосвязи между уровнем личностной или реактивной тревожности до операции, наличием соматических заболеваний у пациентов до операции. При этом обращает внимание корреляция между частотой пульса и уровнем тревоги ($r = 0,32$, $p = 0,029$) и уровнем депрессии ($r = 0,30$, $p = 0,043$) по

шкалам Гамильтона. У пациентов с более высокими показателями тревоги и депрессии до операции отмечена большая распространенность послеоперационных пароксизмов желудочковой тахикардии (уровни тревоги и депрессии по шкалам Гамильтона составили соответственно $11,0 \pm 1,4$ и $11,5 \pm 3,5$ балла у пациентов с желудочковой тахикардией, $4,1 \pm 1,5$ и $4,9 \pm 3,8$ балла у пациентов без нее, $p=0,01$ и $p=0,027$).

Обсуждение

Согласно данным метаанализов, предоперационный скрининг психических нарушений позволяет оценить риск послеоперационной тревоги и депрессии у пациентов, подвергаемых КШ [7, 8]. Данные по распространенности депрессии у пациентов перед и после коронарного шунтирования сопоставимы с результатами зарубежных регистровых исследований [9]. В то же время нами не обнаружен рост частоты депрессии после вмешательства, как это отмечено в работе В. Krobmacher и соавт. [10], где состояние пациентов оценивалось при помощи самоопросника Госпитальной шкалы, а риски развития депрессии в послеоперационном периоде коррелировали с тяжестью осложнений после вмешательства.

Снижение частоты и уровня тревоги после КШ отражает динамику нозогенной тревожной реакции личности.

Полученные данные указывают на необходимость коррекции расстройств настроения в предоперационном периоде КШ. На примере исследований по оценке влияния психологического консультирования перед большими абдоминальными оперативными вмешательствами [11] видно, что такого рода интервенции позволяют снизить интенсивность боли и тревожность у пациентов.

Результаты исследования свидетельствуют в пользу целесообразности сочетания в обследовании пациентов методов самооценки (посредством шкалы Спилбергера) и экспертной оценки (по шкале Гамильтона). Именно клинико-шкальная оценка установила наличие депрессивных нарушений легкой степени в трети случаев с отчетливой положительной динамикой на момент окончания реабилитационного периода.

При интерпретации результатов следует учитывать, что они были получены на группе преимущественно соматически стабильных пациентов с низким риском осложнений, что влияет на риски развития реактивных аффективных расстройств, их глубину и длительность.

Заключение

У пациентов, подвергаемых плановой операции КШ низкого хирургического риска, спектр пред- и послеоперационных эмоциональных нарушений складывается из предоперационных тревожных и депрессивных реакций на ситуацию (субклинической или клинической выраженности), уровень которых снижается уже через 3 недели после хирургического вмешательства и регрессирует к шестому месяцу после операции. Выраженность тревоги и депрессии в существенной мере определяет как психологическую, так и физическую составляющую качества жизни пациентов. Более высокий уровень тревоги ассоциирован с послеоперацион-

ными желудочковыми нарушениями ритма сердца. Как тревога, так и депрессия опосредуют функциональные возможности пациентов, что отражается в результатах теста 6-минутной ходьбы. Результаты экспертной оценки тревоги оказались лучшими предикторами послеоперационных жизнеугрожающих нарушений ритма сердца в сравнении с самооценкой пациентов. Клинико-шкальная оценка тревоги может быть использована для определения групп риска нарушений ритма сердца в послеоперационном периоде коронарного шунтирования.

Литература

1. Rezende P.C., Hueb W., Garzillo C.L. et al. Ten-year outcomes of patients randomized to surgery, angioplasty, or medical treatment for stable multivessel coronary disease: effect of age in the Medicine, Angioplasty, or Surgery Study II trial // *J Thorac Cardiovasc Surg.* — 2013. — V. 146. — № 5. — P. 1105–1112.
2. Van Dijk D., Spoor M., Hijman R. et al. Cognitive and cardiac outcomes 5 years after off-pump vs on-pump coronary artery bypass graft surgery // *JAMA.* — 2007. — V. 297. — № 7. — P. 701–708.
3. Mehta A., Gleason T., Wechsler L. et al. Perioperative stroke as a predictor of mortality and morbidity in patients undergoing CABG // *J Clin Neurosci.* — 2017. — V. 44. — P. 175–179.
4. Kennedy E.D., Choy K.C.C., Alston R.P. et al. Cognitive outcome after on- and off-pump coronary artery bypass grafting surgery: a systematic review and meta-analysis // *J Cardiothorac Vasc Anesth.* — 2013. — V. 27. — № 2. — P. 253–265.
5. Poole L., Ronaldson A., Kidd T. et al. Pre-surgical depression and anxiety and recovery following coronary artery bypass graft surgery // *J Behav Med.* — 2017. — V. 40. — № 2. — P. 249–258.
6. Szükely A., Balog P., Benkő E. et al. Anxiety predicts mortality and morbidity after coronary artery and valve surgery — a 4-year follow-up study // *Psychosom Med.* — 2007. — V. 69. — № 7. — P. 625–631.
7. McKenzie L.H., Simpson J., Stewart M. A systematic review of pre-operative predictors of post-operative depression and anxiety in individuals who have undergone coronary artery bypass graft surgery // *Psychol Health Med.* — 2010. — V. 15. — № 1. — P. 74–93.
8. Correa-Rodriguez M., Ejheisheh M.A., Suleiman-Martos N. et al. Prevalence of depression in coronary artery bypass surgery: a systematic review and meta-analysis // *J Clin Med.* — 2020. — V. 9. — № 4. — P. 909.
9. Stanicki P., Szarpak J., Wieteska M. et al. Postoperative depression in patients after coronary artery bypass grafting (CABG) — a review of the literature // *Pol Przegl Chir.* — 2020. — V. 92. — № 6. — P. 32–38.
10. Korbmacher B., Ulbrich S., Dalyanoglu H. et al. Perioperative and long-term development of anxiety and depression in CABG patients // *Thorac Cardiovasc Surg.* — 2013. — V. 61. — № 8. — P. 676–681.
11. Marinelli V., Danzi O.P., Mazzi M.A. et al. PREPARE: PreOperative Anxiety REDuction. One-year feasibility RCT on a brief psychological intervention for pancreatic cancer patients prior to major surgery // *Front Psychol.* — 2020. — V. 11. — P. 62.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ СВОЕВРЕМЕННОМУ ОБРАЩЕНИЮ БОЛЬНЫХ СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Ю.В. Богушевская

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск

CLINICAL FACTORS PREVENTING TIMELY VISITS OF PATIENTS WITH SOMATIZATION DISORDERS TO PSYCHIATRIC SPECIALISTS

Yu.V. Bogushevskaya

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

E-mail: yuliyabogushevskaya@yandex.ru

Аннотация

В статье представлен анализ изучения клинических и клинико-динамических особенностей соматизированных расстройств (СР), которые препятствуют своевременному обращению больных к врачу-психиатру и оказанию специализированной помощи. Целью настоящего исследования являлось изучение роли клинических разновидностей и типов СР, предрасполагающих к формированию коморбидной патологии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 284 больных СР, которые находились на госпитализации в дневном стационаре ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона» и психосоматическом отделении ОБУЗ «Курская областная наркологическая больница» с диагнозом «F45.0. Соматизированное расстройство». Методами исследования являлись клинико-психопатологический, клинико-динамический, использованы описательная статистика, критерий ϕ (угловое преобразование Фишера).

Результаты. Клинические разновидности и типы соматизированных расстройств определяют прогноз динамических особенностей, своевременность выявления СР и получения больными специализированной психиатрической помощи. Сердечно-дыхательная и желудочно-кишечная разновидности простого типа СР способствуют более раннему обращению больных за психиатрической помощью, не предрасполагают к формированию коморбидной патологии. Болевая и псевдоневрологическая разновидности простого типа способствуют непрофильному обращению больных за помощью, препятствуют ранней диагностике и своевременности направления к врачу-психиатру, характеризуются узким спектром коморбидных состояний. Сердечно-дыхательная и болевая разновидности сочетанного типа и сердечно-дыхательная, болевая и желудочно-кишечная разновидности сочетанного типа препятствуют получению специализированной психиатрической помощи. Сочетанные типы СР предрасполагают к формированию более широкого спектра коморбидных состояний, приводят к стойким изменениям личности – соматизированному развитию личности.

Выводы. По результатам исследования предложены модели организации психиатрической помощи больным соматизированными расстройствами, направленные на своевременную диагностику и маршрутизацию в первичном звене здравоохранения.

Ключевые слова: соматизированные расстройства, коморбидные состояния, организация психолого-психиатрической помощи.

Abstract

The author analyzes clinical and clinical-dynamic peculiarities of somatization disorders (SD) which prevent patients from timely consulting a psychiatrist and receiving a specialized care.

Purpose. To study the role of clinical variants and types of SD which predispose the development of comorbid pathologies.

Materials and methods. 284 patients with SD who were treated at a one day-care unit in St. Pantelimon Clinical Psychiatric Hospital in Kursk and in the psychosomatic department in Kursk Regional Narcological Hospital with diagnosis F45.0 Somatization disorder. Research methods: clinical-psychopathological, clinical-dynamic, descriptive statistics, criterion ϕ (Fisher transformation).

Results. SD clinical variants and types determine prognosis, dynamic characteristics, timely detection and timely specialized psychiatric care. Cardio-respiratory and gastrointestinal simple SD types make patients seek for timely psychiatric help, and comorbid pathologies are not likely to develop in them. In case of pain and pseudo-neurological simple types, patients usually refer to non-professionals what delays timely preliminary diagnostics and qualified psychiatric help; such types are characterized by a narrow spectrum of comorbid conditions. Combined cardio-respiratory and pain types and combined cardio-respiratory, pain and gastrointestinal types also stand in a way of the timely received specialized psychiatric care. Combined types of somatization disorders suggest the development of a wider range of comorbid conditions and cause persistent personality changes – somatized personality.

Conclusions. On analyzing the obtained results, the author has proposed models for the implementation of psychiatric help to patients with somatization disorders which would help to have timely diagnostics and adequate routing in a primary care setting.

Key words: somatization disorders, comorbid conditions, psychological and psychiatric help.

Ссылка для цитирования: Богушевская Ю.В. Клинические факторы, препятствующие своевременному обращению больных соматизированными расстройствами за психиатрической помощью. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2022; 1: 36–41.

Введение

Соматизированные расстройства (СР), проявляющиеся множественными, часто изменяющимися жалобами соматического характера, не подтвержденными клинически, являются сложной медико-социальной и экономической проблемой [1]. Необходимость многочисленных лабораторно-инструментальных обследований больных СР создает дополнительную нагрузку на специалистов первичного звена здравоохранения. Существует точка зрения о несвоевременности обращения больных СР за психиатрической помощью по ряду причин [2, 3]. Исследователи отмечают у больных непонимание происхождения симптомов и страх перед обращением в психоневрологические учреждения [1]. Ряд авторов считают необходимым оптимизировать подходы к организации взаимодействия специалистов общей практики и психиатрической службы, повышению компетентности врачей первичного звена в области психосоматической патологии [4–6].

Среди описанных нами ранее социально-демографических, информационных, психологических и других факторов, препятствующих обращению за психиатрической помощью, важную роль играют клинические особенности СР. Сложности диагностики и своевременного выявления больных СР обусловлены присоединением коморбидных состояний, что затрудняет лечение, ухудшает прогноз для выздоровления и существенно влияет на качество жизни больных [7, 8].

Целью настоящего исследования являлось изучение роли клинических разновидностей и типов соматизированных расстройств, предрасполагающих к формированию коморбидной патологии.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 284 больных соматизированными расстройствами, которых специалисты первичного звена здравоохранения направили на прием к врачу-психиатру с диагнозом «F45.0. Соматизированное расстройство». На момент обследования они находились на госпитализации в дневном стационаре ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона» и психосоматическом отделении ОБУЗ «Курская областная наркологическая больница», где им был выставлен клинический диагноз и обозначены коморбидные состояния. Все обследованные были женщины в возрасте от 28 до 45 лет (средний возраст составил $33,6 \pm 0,5$ года). По социально-демографическим показателям больные были уравнианы. Ранее нами описан своеобразный портрет больных СР: лица женского пола, жители сельской местности, с невысоким образовательным статусом, низкой квалификацией трудовой деятельности [9]. Для формирования исследовательских групп важным критерием являлась длительность периода необращения за специализированной помощью. Наблюдающийся у больных СР на протяжении ряда лет феномен предложено обозначать как избегающее врача-психиатра поведение [9]. Критериями исключения стало наличие соматических заболеваний в стадии обострения, органических заболеваний головного мозга, черепно-мозговых травм в анамнезе.

Для более полной объективной оценки состояния больных проводили тщательное соматическое и неврологическое обследование с участием специалистов (терапевт, невролог, эндокринолог и др.).

Первую группу (контрольную) составили 108 больных, которые обратились к врачу-психиатру в течение года. Ее представители после рекомендаций врачей первичной медицинской сети обратились к врачу-психиатру в течение относительно короткого периода времени пришли за специализированной помощью.

Во вторую группу вошли 74 больных СР, которые на протяжении длительного времени (от года до 6 лет) не обращались в психиатрические учреждения. Специалисты, к которым они обратились, к врачу-психиатру их не направляли. Это был контингент больных с явлениями соматизации, которые предпочли нетрадиционные способы лечения (прием гомеопатических препаратов), самостоятельное назначение лечебной физкультуры (ЛФК), кинезотерапии, экзотического массажа, других оздоровительных процедур, обращались к целителям и знахарям.

Третью группу составили 102 больные, которые, несмотря на рекомендации специалистов первичного звена здравоохранения обратиться за психиатрической помощью, не следовали их советам и проявляли избегающее врача-психиатра поведение на протяжении длительного времени (от года до 6 лет).

Методами исследования являлись клинко-психопатологический, клинко-динамический, использованы описательная статистика, критерий Φ (угловое преобразование Фишера).

Принявшие участие в исследовании больные были ознакомлены с целью его проведения, получили разъяснения в отношении методов и подписали информированное согласие. Проведение исследования соответствовало этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания Комитета по этике Курского государственного медицинского университета № 5 от 14.05.2015).

Результаты и обсуждение

Переходя к результатам исследования, остановимся на клинических разновидностях и типах СР. По наличию у больных диагностических симптомов обозначены следующие разновидности СР: желудочно-кишечная, болевая, псевдоневрологическая и сердечно-дыхательная. Каждая рассматривается в рамках простого типа. Наличие в клинической картине расстройства диагностических симптомов со стороны 2 или 3 разновидностей свидетельствует о сочетанном типе расстройства. В табл. 1 представлены клинические разновидности и типы СР в исследовательских подгруппах.

У больных первой группы, которые обратились за психиатрической помощью в относительно короткий период, доминировали сердечно-дыхательная (45 больных, 41,6%) и желудочно-кишечная (38 больных, 35,18%) разновидности простого типа СР.

Болевая разновидность СР была характерна для 24 больных второй группы (32,43%), псевдоневрологическая — для 29 (39,19%).

В третьей группе зафиксировано преобладание сочетанных типов СР: сердечно-дыхательной и болевой разновидности СР у 38 (37,25%) больных, сердечно-

Таблица 1

Частотное распределение клинических разновидностей и типов СР в исследовательских группах

Клинические разновидности СР	Первая группа (n = 108)		Вторая группа (n = 74)		Третья группа (n = 102)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сердечно-дыхательная разновидность простого типа	45	41,6	3	4,06	6	5,88
Желудочно-кишечная разновидность простого типа	38	35,18	3	4,06	11	10,8
Болевая разновидность простого типа	3	2,7	24	32,43	7	6,86
Псевдоневрологическая разновидность простого типа	5	4,62	29	39,19	9	8,82
Сердечно-дыхательная и болевая разновидности сочетанного типа	9	8,3	7	9,45	38	37,25
Сердечно-дыхательная, болевая и желудочно-кишечная разновидности сочетанного типа	8	7,40	8	10,81	31	30,39

Таблица 2

Частотное распределение обращаемости больных СР к специалистам здравоохранения и представителям нетрадиционной медицины

Специалисты	Первая группа (n = 108)		Вторая группа (n = 74)		Третья группа (n = 102)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Терапевт	38	35,19	31	41,89	62	60,78
Невролог	34	31,48	44	59,46	69	67,64
Кардиолог	15	14,28	3	4,05	70	68,62
Эндокринолог	10	9,26	9	12,16	15	14,70
Гастроэнтеролог	5	4,63	2	2,70	11	10,78
Гинеколог	6	5,56	2	2,70	6	5,88
Мануальный терапевт, кинезотерапевт, гомеопат, остеопат, вертебролог, подиатр	0	0	53	71,62	3	2,94
Целитель, экстрасенс	0	0	16	21,62	2	1,96

дыхательной, болевой и желудочно-кишечной разновидности у 31 (30,39%) больной.

Проанализируем взаимосвязь клинической разновидности СР и выбора больными специалистов первичного звена здравоохранения и представителей нетрадиционной медицины, к услугам которых прибегали обследованные до момента обращения за помощью в психиатрические учреждения.

Больные первой группы с преобладающими сердечно-дыхательной и желудочно-кишечной разновидностями простого типа СР наиболее часто обращались к терапевту (38 больных, 35,19%) и неврологу (34 больных, 31,48%). После рекомендаций соответствующих специалистов они обратились за помощью к врачу-психиатру в относительно короткий период (в течение года).

Больные второй группы (53 обследованных, 71,62%), у которых доминировали болевая и псевдоневрологическая разновидности СР, длительное время (от года до 6 лет) обращались за помощью к представителям нетрадиционной медицины (целители, знахари) (табл. 2). Они предпочли самостоятельно выбранные способы лечения (прием гомеопатических препаратов, ЛФК, кинезотерапия, массаж, оздоровительные процедуры – гирудотерапия). Такие специалисты, как массажист, тренер по фитнесу, кинезотерапевт, гомеопат, целители и экстрасенсы в силу своей некомпетентности не могли диагностировать СР и направить таких больных на консультацию к врачу-психиатру. На втором месте по частоте в этой группе зафиксированы обращения к врачу-неврологу (44 обследо-

ванных, 59,46%). К врачу-психиатру они обратились после изучения информации о своем состоянии в сети Интернет, где в поисковых запросах фигурировали термины «психосоматика», «психосоматические расстройства» и предлагались разнообразные виды психологической и психотерапевтической помощи. Обращения к терапевту во второй группе были на третьем месте (31 больная, 41,89%).

Больные третьей группы с преобладанием сочетанных типов СР в течение длительного времени (от года до 6 лет) наблюдались у врачей разных учреждений первичной медицинской сети: к врачу-кардиологу обратились 70 (68,62%) больных, к неврологу – 69 (67,64%) больных, к терапевту – 60,78%. Несмотря на рекомендации указанных специалистов получить консультацию врача-психиатра, больные уклонялись от обращения в психиатрические учреждения.

Продолжая изучение роли клинических проявлений СР в формировании избегающего врача-психиатра поведения, остановимся на проблеме коморбидности, которая имеет место при дифференциальной диагностике явлений соматизации, осложняет лечение и ухудшает прогноз заболевания. Больные, направленные специалистами первичной медицинской сети к врачу-психиатру с предварительным диагнозом «соматизированное расстройство» (F45.0), на момент госпитализации в дневной стационар и психосоматическое отделение обнаруживали проявления сочетанной психической патологии. В табл. 3 представлено частотное распределение коморбидных состояний в исследовательских

Таблица 3

Частотное распределение коморбидных состояний у больных СР в первой и второй исследовательских группах

Коморбидные состояния	Первая группа (n = 108)		Вторая группа (n = 74)		Критерий Фишера φ	p-значение
	абс.	%	абс.	%		
Недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1)	6	5,5	8	10,81	1,188	0,1531
Хроническое болевое соматоформное расстройство	0	0	7	9,46	–	0,0015
Ипохондрическое расстройство (F45.2)	14	12,96	18	24,32	1,629	0,384
Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3)	12	11,11	10	13,51	0,422	0,3944
Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.4; F44.6)	8	7,4	28	37,83	4,214	0,0001
Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F41.0)	5	4,63	8	10,81	1,475	0,1077
Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	12	11,11	10	13,51	0,422	0,3949
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)	6	5,5	8	10,81	1,188	0,1531
Депрессивный эпизод легкой степени (F32.0)	18	16,66	–	–		Не применимо
Депрессивный эпизод средней степени (F32.1)			26	35,14		Не применимо
Ипохондрические черты личности	7	6,48	28	37,84	4,448	0,0001
Психастенические черты личности	6	5,5	8	10,81	1,188	0,1531
Ригидные черты личности	5	4,63	8	10,81	1,475	0,0982
Возбудимые черты личности	6	5,6	14	18,92	2,502	0,005
Демонстративные черты личности	12	11,11	36	48,64	4,341	0,0001

группах. Для статистического подтверждения наличия коморбидных соматизированным расстройствам состояний был использован критерий углового преобразования Фишера.

В первой исследовательской группе у больных СР, которые обратились за специализированной помощью в течение года (относительно короткий период), статистически не подтверждается наличие коморбидных состояний. Доминирующие в этой группе простые типы СР – сердечно-дыхательная и желудочно-кишечная разновидности – являются клиническими факторами, определяющими более благоприятный прогноз в отношении своевременности обращения к врачу-психиатру, не предрасполагают к формированию коморбидных состояний.

При сравнительной оценке частоты встречаемости коморбидных состояний во второй исследовательской группе выявлено сочетание соматизированных расстройств с диссоциативными расстройствами (28 человек, 37,83%) и изменениями личности по демонстративному (36 больных, 48,64%), ипохондрическому (28 больных, 37,84%) и возбудимому (14 больных, 18,92%) типам на уровне значимых статистических различий ($p < 0,01$).

Во второй группе доминирующие здесь простые типы (болевая и псевдоневрологическая разновидности) вступают в одностороннюю коморбидную взаимосвязь с диссоциативным расстройством (на уровне статистической значимости). Синдромы СР с увеличением продолжительности периода необращения за специализированной помощью вступали в коморбидную связь с истерическим синдромом по механизму патологического синергизма (усиления). Болевые и псевдоневрологические симптомы СР формировали диссоциативное расстройство (истеро-конверсионные симптомы).

В таблице 4 видно, что у больных СР третьей группы обнаружены коморбидные взаимосвязи с недифференцированным соматоформным расстройством (уровень статистической тенденции) и ипохондрическим, паническим, генерализованным тревожным, смешанным тревожно-депрессивным расстройством и соматоформной вегетативной дисфункцией (уровень статистической значимости). Наличие в течение нескольких месяцев необъяснимых болевых ощущений, отсутствие понятных результатов многочисленных обследований, низкая эффективность лечения у разных специалистов приводили к появлению сниженного настроения, сопровождающегося тревожными опасениями, мыслями о неизлечимости, фиксацией на мрачных сторонах жизни, исчезновению интереса к занятиям, которые ранее доставляли удовольствие. Нарастание беспокойства вследствие неясности результатов многочисленных исследований, обозначенное термином «катастрофизация боли» [2], способствовало присоединению тревожных расстройств – панического и генерализованного тревожного. Тревожные опасения тяжелого непонятного заболевания достигали выраженности, необходимой для диагностики генерализованного тревожного расстройства (опасения будущих неудач, ощущение волнения, трудности в сосредоточении; моторное напряжение – суетливость, головные боли напряжения, дрожь, невозможность расслабиться; вегетативная гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипноэ, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту)). Они провоцировали усугубление тревожности по поводу физического недомогания (механизм патологического синергизма), усиливали непрерывное течение.

Клиническим своеобразием коморбидных СР депрессивных состояний является присутствие одновременно и тревожности, и депрессии. Более широкий спектр

Таблица 4

Частотное распределение коморбидных состояний у больных СР в первой и третьей исследовательских группах

Коморбидные состояния	Первая группа (n = 108)		Третья группа (n = 102)		Критерий Фишера φ	p-значение
	абс.	%	%	абс.		
Недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1)	6	5,5	10,81	15	2,029	0,0231
Хроническое болевое соматоформное расстройство	0	0	9,46	5		0,257
Ипохондрическое расстройство (F45.2)	14	12,96	24,32	34	2,847	0,0004
Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3)	12	11,11	13,51	32	3,008	0,003
Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.4; F44.6)	8	7,4	37,83	14	1,363	0,1021
Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F41.0)	5	4,63	10,81	28	4,206	0,0001
Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	12	11,11	13,51	36	3,429	0,0001
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)	6	5,5	10,81	24	3,381	0,0002
Депрессивный эпизод легкой степени (F32.0)	18	16,66	—	—		
Депрессивный эпизод средней степени (F32.1)			35,14	43		
Ипохондрические черты личности	7	6,48	37,84	63	6,866	0,0001
Психастенические черты личности	14	12,96	58,1	56	4,829	0,0001
Ригидные черты личности	3	2,77	16,21	28	4,906	0,0001
Возбудимые черты личности	6	5,6	18,92	34	4,583	0,0001
Демонстративные черты личности	12	11,11	32	31,37	4,548	0,0004

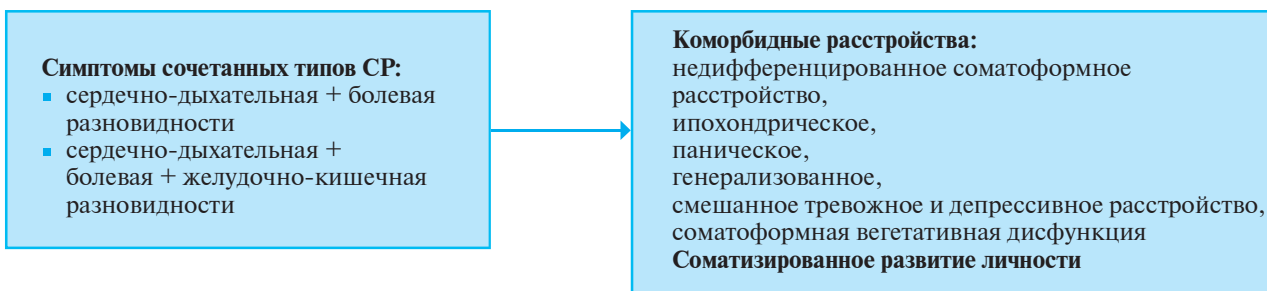


Рисунок. Механизм формирования коморбидных связей у больных третьей группы (синергизма и синтропии)

коморбидных состояний в третьей группе свидетельствует о синтропическом взаимодействии. Усложнением клинической картины СР на протяжении ряда лет в третьей группе является присоединение стойких изменений личности по большему количеству типов в сравнении с первой группой (механизм синергизма). Выраженные изменения личности подтверждаются на уровне статистической значимости, соответствуют динамическому варианту соматизированных расстройств — соматизированному развитию личности (рисунок).

Выводы

Клинические разновидности и типы соматизированных расстройств определяют прогноз динамических особенностей, своевременность выявления СР и получения больными специализированной психиатрической помощи. Сердечно-дыхательная и желудочно-кишечная разновидности простого типа СР способствуют более раннему обращению больных за психиатрической помощью, не предрасполагают к формированию коморбидной патологии.

Болевая и псевдоневрологическая разновидности простого типа способствуют непрофильному обра-

щению больных за помощью, препятствуют ранней диагностике и своевременности направления к врачу-психиатру, характеризуются узким спектром коморбидных состояний.

Сердечно-дыхательная и болевая разновидности сочетанного типа и сердечно-дыхательная, болевая и желудочно-кишечная разновидности сочетанного типа препятствуют получению специализированной психиатрической помощи. Сочетанные типы СР предрасполагают к формированию более широкого спектра коморбидных состояний, приводят к стойким изменениям личности — соматизированному развитию личности.

Полученные результаты показали, что выбор больными соматизированными расстройствами видов помощи, специалистов первичного звена здравоохранения определяется клинической разновидностью СР. Желудочно-кишечная и сердечно-дыхательная разновидности простого типа СР являются прогностически более благоприятными для своевременного выявления и оказания психиатрической помощи.

Болевая и псевдоневрологическая разновидности простого типа СР усложняют раннюю диагностику из-за

высокой частоты обращаемости к специалистам непрофильных учреждений. Обнаруженные факты самостоятельного назначения оздоровительных процедур, приема гомеопатических препаратов, других экзотических способов лечения свидетельствуют о необходимости разработки особых подходов к проведению просветительной и психообразовательной работы с такими больными. Для больных СР с болевой и псевдоневрологической разновидностями простого типа СР остаются фактом позднее обращение к врачу-психиатру (от 2 до 6 лет), значительная продолжительность получения малоэффективной терапии. Здесь имеет место не столько избегающее поведение, сколько нарушение осознания болезни, непонимание необходимости специализированной психиатрической помощи. Обращение указанного контингента больных к неврологу и терапевту, несмотря на возрастающую нагрузку на этих специалистов в первичной медицинской сети, является единственной возможностью выявить их и направить к врачу-психиатру.

Наличие сочетанных типов СР очевидно повышает нагрузку на врачей первичного звена здравоохранения, в разы увеличивает обращаемость к кардиологу, терапевту, гастроэнтерологу. Обозначенные сочетанные типы СР приводят к затягиванию своевременности обращения к врачу-психиатру — формированию избегающего врача-психиатра поведения, хронизации расстройств соматизации, присоединению коморбидных состояний. Полученные данные необходимо использовать при разработке дифференцированных моделей оказания психиатрической помощи, алгоритмов ранней диагностики, своевременного выявления и маршрутизации больных СР в первичной медицинской сети.

Литература

1. Александровский Ю.А. Организация психиатрической помощи больным с пограничными психическими расстройствами // Психиатрия: национальное руководство. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — С. 117–124 [Aleksandrovskij Yu.A. Organization of psychiatric care for patients with borderline mental disorders // Psihiatriya: nacional'noe rukovodstvo. 2-e izd., pererab. i dop. — Moscow: GEOTAR-Media, 2020. — P. 117–124. In Russian].
2. Погосов А.В., Ласков В.Б., Богушевская Ю.В. Причины необоснованного обращения больных с соматизированными расстройствами к врачам общемедицинской практики // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2018. — № 4. — С. 40–46. [Pogosov A.V., Laskov V.B., Bogushevskaya Yu.V. The reasons for the unjustified treatment of patients with somatized disorders to doctors of general medical practice // Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika. — 2018. — № 4. — P. 40–46. In Russian].
3. Цыганков Б.Д., Малыгин Я.В., Исмаилова С.Ф. Психологические факторы, влияющие на активность поиска медицинской помощи пациентами, страдающими пограничными психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2014. — Т. 84. — № 3. — С. 9–14. [Cygankov B.D., Malygin Ya.V., Ismailova S.F. Psychological factors influencing the activity of seeking medical care by patients suffering from borderline mental disorders // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. — 2014. — T. 84. — № 3. — P. 9–14. In Russian].
4. Андриющенко А.В. Организация психиатрической помощи в учреждениях общесоматической сети в рамках интегративной медицины // Психическое здоровье. — 2011. — № 1. — С. 31–41. [Andryushchenko A.V. Organization of psychiatric care in institutions of the general somatic network within the framework of integrative medicine // Psihicheskoe zdorov'e. — 2011. — № 1. — P. 31–41. In Russian].
5. Барденштейн Л.М., Кекелидзе З.И., Макушкин Е.В. и др. Современный образовательный процесс подготовки врача-психиатра // Российский психиатрический журнал. — 2015. — № 5. — С. 4–11. [Bardenshtejn L.M., Kekelidze Z.I., Makushkin E.V. et al. Modern educational process of training a psychiatrist // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. — 2015. — № 5. — P. 4–11. In Russian].
6. Довженко Т.В., Бобров А.Е., Краснов В.Н. и др. Психиатрическая помощь в первичном звене здравоохранения: обеспеченность и потребность // Социальная и клиническая психиатрия. — 2016. — Т. 26. — № 1. — С. 50–58. [Dovzhenko T.V., Bobrov A.E., Krasnov V.N. et al. Psychiatric care in primary health care: security and need // Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. — 2016. — V. 26. — № 1. — P. 50–58. In Russian].
7. Краснов В.Н. Противоречия в современном понимании коморбидности в психиатрии // Психическое здоровье человека XXI века. — 2016. — С. 264–267. [Krasnov V.N. Contradictions in the modern understanding of comorbidity in psychiatry // Psihicheskoe zdorov'e cheloveka XXI veka. — 2016. — P. 264–267. In Russian].
8. Собенников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства. — Иркутск, 2014. — 304 с. [Sobennikov V.S. Somatization and somatoform disorders. — Irkutsk, 2014. — 304 p. In Russian].
9. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Клинические, личностно-психологические и социально-демографические факторы, препятствующие обращению больных соматизированными расстройствами за специализированной психиатрической помощью // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2017. — № 4. — С. 22–31. [Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V. Clinical, personality-psychological and socio-demographic factors that prevent patients with somatized disorders from seeking specialized psychiatric care // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. — 2017. — № 4. — P. 22–31. In Russian].
10. Довженко Т.В., Царенко Д.М., Юдеева Т.Ю. Биполярное аффективное расстройство. Клинические аспекты и коморбидность с другими расстройствами // Консультативная психология и психотерапия. — 2020. — Т. 28. — № 1. — С. 166–179. [Dovzhenko T.V., Tsarenko D.M., Yudeeva T.Yu. Bipolar affective disorder. Clinical aspects and comorbidity with other disorders // Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya. — 2020. — V. 28. — № 1. — P. 166–179. In Russian].
11. Dijkstra-Kersten S.M.A., Sitnikova K., van Marwijk H.W.J. et al. Somatisation as a risk factor for incident depression and anxiety // J Psychosom Res. — 2015. — V. 79. — № 6. — P. 614–619.